



**FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO**

SE HA EMITIDO EL ACUERDO QUE DICE:

San Salvador, 15 de junio de 2017, ACTA No. 23.06.2017, ACUERDO No. 357.06.2017. La Junta Directiva del Fondo de Protección de Lisiados y Discapacitados a Consecuencia del Conflicto Armado, emitió y ratificó el acuerdo siguiente: "b) Aprobar la actualización del Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud, adjunto a la presente Acta, que tiene como objetivo definir y establecer las políticas, normas y procedimientos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud, dependencia orgánica y funcional de la Unidad de Prestaciones y Rehabilitación, con el fin de lograr optimizar la administración de los recursos, brindar un servicio de calidad de las prestaciones en salud y especie a las personas beneficiarias, así mismo facilitar la gestión en la entrega de la prestación económica adicional y el cumplimiento de los requerimientos complementarios provenientes de las diferentes comisiones evaluadoras. **COMUNÍQUESE**". Rubricado por: Presidenta: "IRMA. S. AMAYA"; Representante de AOSSTALGFAES: "ILEGIBLE"; Representante de ASALDIG: "ILEGIBLE"; Representante de ALFAES: "ILEGIBLE"; Representante de ALGES: "ILEGIBLE"; Representante de IPSFA: "ILEGIBLE"; Representante de ISRI: "ILEGIBLE"; Representante de MTPS: "ILEGIBLE"; y Representante de MINSAL: "ILEGIBLE".

Lo que se transcribe para los efectos pertinentes.


Dr. Marlon Mendoza Fonseca
Gerente General




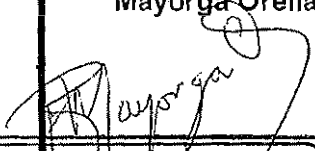

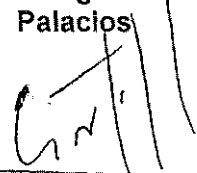
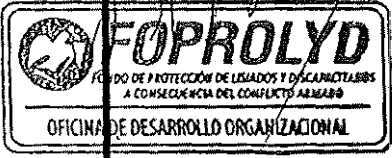

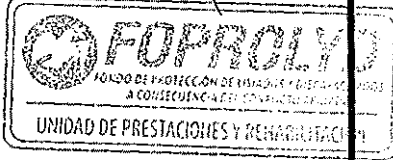
FOPROLYD

**FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO**

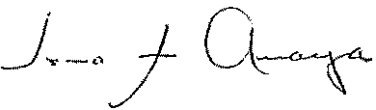
**MANUAL DE POLÍTICAS, NORMAS Y
PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO
DE SEGUIMIENTO Y CONTROL EN SALUD**

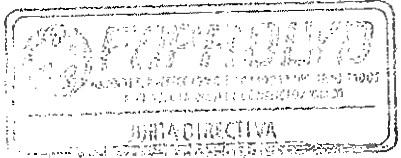
**Junio
2017**

	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud	Fecha: 15-06-2017	
		Rev.: 01	Pág. 2 de 106

Coordinado por: Ing. José Renato Mayorga Orellana	Elaborado por: Dra. Susana Escobar	Revisado por: Dra. Ingrid de Palacios
		
		
Firma y Sello	Firma y Sello	Firma y Sello
Fecha:	Fecha:	Fecha:

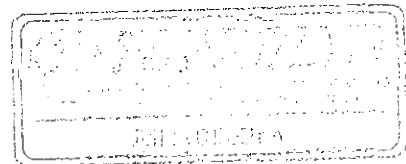
Aprobado y autorizado por:
Junta Directiva






Firma y Sello

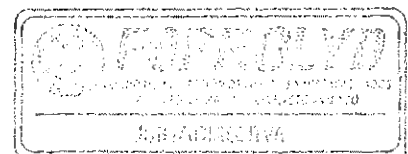
Fecha:




	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud	Fecha: 15-06-2017	
		Rev.: 01	Pág. 3 de 106

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	4
2.	OBJETIVO	4
3.	BASE LEGAL	4
4.	POLÍTICAS	7
5.	NORMAS	9
6.	PROCEDIMIENTOS	15
	6.1 Otorgamiento de prestaciones en especies a personas beneficiarias	15
	6.2 Gestión de prestaciones en servicios de salud a personas beneficiarias	18
	6.3 Otorgamiento de especies o servicios no adjudicados y por compras emergentes	21
	6.4 Emisión de referencias médicas para dictamen de discapacidad	24
	6.5 Visitas domiciliarias a personas beneficiarias con mayores limitaciones de acceso	26
	6.6 Verificación hospitalaria y de circunstancias de lesión en requerimientos solicitados	29
	6.7 Administración de contratos y convenios con suministrantes	32
	6.8 Validación de pago de viáticos a personas beneficiarias con discapacidad del 60% o más	36
	6.9 Implementación de grupos de desarrollo personal	38
	6.10 Formación de facilitadores comunitarios	39
	6.11 Servicios de atención psicológica	43
	6.12 Atenciones en el área de rehabilitación física y salud mental	45
7.	GLOSARIO Y SIGLAS	47
8.	LINEAMIENTOS PARA SU ACTUALIZACION	49
9.	APROBACIÓN	49
10.	CONTROL DE CAMBIOS RELEVANTES	49
11.	REFERENCIAS	50
12.	CONTROL DE VERSIONES	50
13.	ANEXOS	51
	13.1 Diagramas de Flujos	51
	13.2 Formularios e informes	67
	13.3 Cuadro de Especies a entregar por FOPROLYD	105



	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud	Fecha: 15-06-2017	
		Rev.: 01	Pág. 4 de 108

NOMBRE DEL MANUAL

Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud

1. INTRODUCCIÓN

El presente manual se ha elaborado con base en el marco legal institucional vigente, en la búsqueda de tener herramientas técnico-administrativas que faciliten la operativización en cada uno de los procedimientos que se realizan en el Departamento de Seguimiento y Control en Salud (DSYCS), parte integrante de la Unidad de Prestaciones y Rehabilitación (UPYR), así como coadyuvante para alcanzar los objetivos encomendados y orientar al personal adscrito a ésta área de trabajo sobre la ejecución de las actividades, constituyéndose en una guía de la forma de operar e intervenir en el quehacer institucional y como pauta para el desarrollo y evaluación de las actividades.

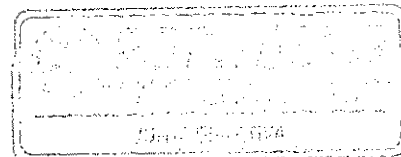
Las políticas servirán como directrices que ayudarán en la administración y gestión de los procedimientos a ejecutarse en DSYCS, cumpliendo con las normas establecidas para lograr una administración eficiente. Para cada uno de los procedimientos se detallan de forma lógica los pasos secuenciales a seguir, definiendo el responsable por cada actividad a ejecutarse, con el propósito de lograr una administración eficiente y otorgando las prestaciones en salud física y mental, así como en la entrega de especies a las personas beneficiarias del Fondo de Protección de Lisiados y Discapacitados a Consecuencia Armado (FOPROLYD) de forma oportuna.

2. OBJETIVO

Definir y establecer las políticas, normas y procedimientos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud, dependencia orgánica y funcional de la Unidad de Prestaciones y Rehabilitación, con el fin de lograr optimizar la administración de los recursos, brindar un servicio de calidad de las prestaciones en salud y especie a las personas beneficiarias, así mismo facilitar la gestión en la entrega de la prestación económica adicional y el cumplimiento de los requerimientos complementarios provenientes de las diferentes comisiones evaluadoras.

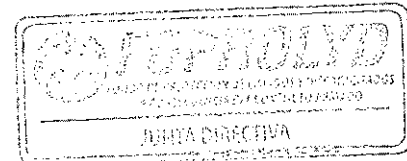
3. BASE LEGAL

- Constitución de la República de El Salvador, Decreto Legislativo (DL) N° 38, Diario Oficial (DO) N° 234, Tomo 281 de fecha 16 de diciembre de 1983.
- Ley de Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, DL N° 888, DO N° 95, Tomo N° 347 de fecha 24 de mayo de 2000
- Ley de Beneficio para la Protección de los Lisiados y Discapacitados a Consecuencia del Conflicto Armado, DL 416, DO 09, Tomo 318 de fecha 14 de enero de 1993
- Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor, DL N° 717, DO N°38, Tomo 354 de fecha 25 de febrero de 2002
- Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud, DL No. 307 de fecha 10 de marzo de 2016



- Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres, DL No.520, Publicado en el DO No.2, Tomo 390, de fecha 4 de enero del 2011.
- Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres, DL No.520, Publicado en el DO No.2, Tomo 390, de fecha 4 de enero del 2011.
- Ley de Medicamentos, DL 1008, DO 043, Tomo 394 de fecha 02 de marzo de 2012
- Reglamento de la Ley de FOPROLYD, reformado por DL N° 811, del 6 de enero de 2000, publicado el 14 de febrero de 2000
- Reglamento Especial de la Comisión Técnica Evaluadora, Acta N°38.09.2015, Acuerdo N° 555.09.2015 de fecha 18 de septiembre de 2015.
- Reglamento de Prestaciones a las Personas Beneficiarias de FOPROLYD. Acta N° 13.03.2016. Acuerdo N° 196.03.2016 de fecha 31 de marzo de 2016.
- Reglamento del Departamento de Información y Orientación Capítulo I Art. 1. Capítulo II Art. 2-7, Acta N° 15.04.2012, Acuerdo N° 256.04.2012 de fecha 19 de abril de 2012
- Política Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad, Acuerdo Ejecutivo N° 138 de fecha 4 de abril de 2014.
- Política Nacional de Salud Mental, Sistema Nacional de Salud, Junio 2010.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de fecha 13 de diciembre de 2006
- Convenios vigentes con el Sistema Nacional de Salud y otras Instituciones.
- Contratos y Órdenes de Suministros establecidos entre Proveedores y FOPROLYD.
- Instructivo para el Manejo y Uso del Fondo Circulante de Monto Fijo de Prestaciones de FOPROLYD, aprobado en Acta No. 02.01.2014, Acuerdo No. 33.01.2014 de fecha 16 de enero de 2014
- Acuerdos de Junta Directiva:

NÚMEROS	ACUERDO
380.05.2011	Prestación adicional de viáticos para movilización de personas beneficiarias.
763.10.2012	Circunstancia de lesión y presentación de testigos
507.08.2013	Establecer estrategias de control sobre los tiempos de entrega de las contra referencias por parte de los médicos especialistas contratados.





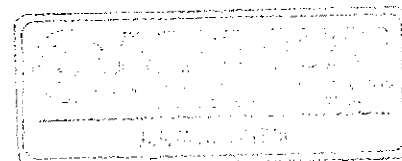
Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del
Departamento de Seguimiento y Control en Salud


Fecha: 15-06-2017

Rev.: 01

Pág. 6 de 106

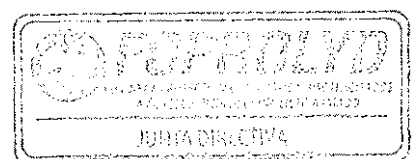
NÚMEROS	ACUERDO
839.12.2013	Verificar la distancia a los Establecimientos de Salud donde reciben la atención médica las personas beneficiarias, por medio de las visitas médicos domiciliarios.
110.02.2014	Reestructuración Organizativa de la Sección de Salud Mental y Terapia Ocupacional.
398.07.2014	Aprobación del Programa de Salud Mental.
595.10.2014	Nombramiento del personal de cada Unidad Organizativa como miembro de las comisiones evaluadoras de oferta y los respectivos permisos de que cada jefatura debe brindar para este fin.
678.11.2014	Regulaciones y procedimientos relacionados con la entrega de viáticos a beneficiarios con Discapacidad Total.
220.04.2016	Realizar acciones dentro del Manual de Políticas, Normas y Procedimientos de SYCS posterior a observaciones de la Unidad de Auditoría Interna del periodo 01 de enero al 31 de diciembre 2014.
77.02.2017	Prioridad a las actividades de seguimiento y control en salud y visitas domiciliarios, sobre los requerimientos de las Comisiones Evaluadoras.
113.02.2017	Mantener fija la entrega de viáticos mensual a personas beneficiarias.
167.03.2017	Dificultad para cumplir la alta demanda de requerimientos solicitados por las Comisiones Evaluadoras, así como disposiciones para entrevistar a testigos.




	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud	Fecha: 15-06-2017	
		Rev.: 01	Pág. 7 de 108

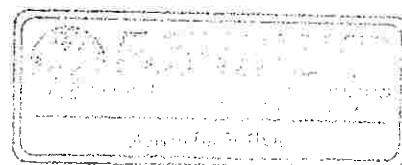
4. POLÍTICAS


- 4.1 Las disposiciones contenidas en el presente manual son de observancia y aplicación general para las unidades de gestión involucradas en los procedimientos descritos en el mismo.
- 4.2 Las actividades del Departamento de Seguimiento y Control en Salud (DSYCS), dependencia orgánica y funcional de la Unidad de Prestaciones y Rehabilitación (UPYR), se sustentarán en el Marco Legal vigente, con especial énfasis en los principios, derechos humanos y obligaciones constitucionales de las personas con discapacidad, teniendo como horizonte la consecución de la rehabilitación e inclusión social de las personas que tienen esta condición a consecuencia del conflicto armado.
- 4.3 El personal de salud, técnico y administrativo de FOPROLYD deberá buscar la justa y recta aplicación en materia de rehabilitación de la población beneficiaria, poniendo en práctica los protocolos de salud definidos y reglamentados por FOPROLYD, con un enfoque de cumplimiento de derechos.
- 4.4 Para el ejercicio de las facultades, competencias y atribuciones legales conferidas a la Entidad y a la Unidad de Prestaciones y Rehabilitación; las actividades programadas y plasmadas en el Plan de Trabajo del Departamento de Seguimiento y Control en Salud, se desarrollarán conforme a la Ley de FOPROLYD, Reglamento de la citada Ley, demás normativa aplicable vigente y en apego al presente Manual.
- 4.5 El personal de salud de FOPROLYD propiciará la atención y la gestión de los casos de personas beneficiarias, aplicando un enfoque biopsicosocial.
- 4.6 El Seguimiento en Salud incluirá actividades de promoción de la salud y educación, tanto a las personas beneficiarias como a los cuidadores de éstos.
- 4.7 Las actividades de seguimiento y control en salud y visitas domiciliarias a las personas con discapacidad total serán prioridad en su ejecución sobre los requerimientos de las comisiones evaluadoras.
- 4.8 Las prestaciones en especie y servicios de salud se otorgarán con base en las evaluaciones y recomendaciones realizadas por Comisión Técnica Evaluadora (CTE) y al aval que la misma emita por prescripciones de especialistas externos a FOPROLYD.
- 4.9 Toda prestación en especie y servicios de salud que ha sido autorizada por la CTE, podrá facilitarse o entregarse sucesivamente por el Departamento de Seguimiento y Control en Salud sin necesidad de una nueva autorización, siempre y cuando se tome en cuenta la periodicidad indicada en la receta, referencia del médico tratante o Reglamento de Prestaciones.



	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud	Fecha: 15-06-2017	
		Rev.: 01	Pág. 8 de 106

- 4.10 Las prestaciones en servicios de salud físico – mental y especies se otorgarán por lesiones o afectaciones registradas como secuelas del conflicto armado, así como las enfermedades o condiciones que las compliquen, previa autorización de la Comisión Técnica Evaluadora o contempladas en los diferentes Planes, Programas y Reglamentos aprobados por Junta Directiva, fomentando la debida racionalidad y el adecuado uso de las prestaciones otorgadas.
- 4.11 Las gestiones y entrega de las prestaciones en servicios de salud y en especies a la población beneficiaria, serán promovidas con base en los Principios de Igualdad, Equidad y Transversalidad de Género.
- 4.12 La persona beneficiaria deberá someterse a los procesos de rehabilitación procurando el buen uso de los servicios y especies que se le otorgan, de no cumplirlos, DSYCS recomendará a Junta Directiva reconvenir sobre lo actuado y/o recuperación del costo de la prestación.
- 4.13 Para el control, productividad y el uso racional de los recursos institucionales para la entrega de las prestaciones en especies y servicios de salud, se aplicarán los diversos sistemas Informáticos de FOPROLYD. En caso de falla en la Red de Comunicaciones Institucional u otra causa grave que imposibilite el uso del Sistema Informático, para no suspender el proceso de atención a las personas usuarias, éste se realizará de forma manual utilizando los Instrumentos pre Impresos y posteriormente ingresar las actividades al Sistema, una vez restablecida la falla.



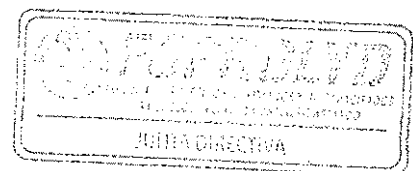
	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud	Fecha: 15-06-2017	
		Rev.: 01	Pág. 9 de 108


5. NORMAS

5.1 Corresponde a la Junta Directiva de FOPROLYD la autorización del presente manual.

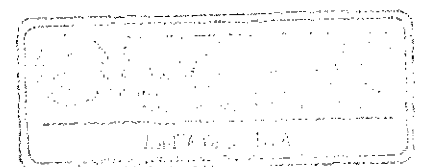
5.2. ATENCIÓN EN SALUD FISICA - MENTAL


- 5.2.1. El Departamento de Seguimiento y Control en Salud verificará el proceso de referencia y entrega de especies suministradas a las personas beneficiarias.
- 5.2.2. Una especie nueva se entregará de acuerdo al estado y funcionalidad general de la entregada previamente, así como a las situaciones normadas en el Reglamento de Prestaciones de Personas Beneficiarias de FOPROLYD y en el presente Manual, considerando para ello los períodos mínimos de vida media útil definidos en Anexo 12.3
- 5.2.3. El período mínimo definido para la entrega de especies, podrá variar de acuerdo a situaciones normadas en el Reglamento de Prestaciones a Personas Beneficiarias de FOPROLYD y en el presente Manual, así como a la vida útil de las especies, sin necesidad de una nueva autorización por parte de la CTE. En casos especiales como las especies de consumo frecuente (bolsas, sondas, vendas, pañales desechables, material de curación, etc.), la entrega podrá variar debido a situaciones excepcionales de salud de la persona beneficiaria, dejando registro en el Sistema Informático y Manifiesto escrito en el expediente.
- 5.2.4. Cuando se entreguen especies en un período menor al establecido, el personal responsable deberá justificar dicha acción con un Manifiesto, registrándola en el Sistema Informático y en el expediente de la persona beneficiaria.
- 5.2.5. La periodicidad de entrega de especies entrará en vigencia a partir de la primera entrega posterior a la fecha de aprobación del presente manual.
- 5.2.6. Las referencias médicas para la elaboración y entrega de especies, para evaluación de dictamen de lesiones, controles hospitalarios subsecuentes, psicoterapia y tratamientos de terapia física tendrán vigencia de 15 días calendario a partir de su fecha de emisión. Las referencias por emergencias tendrán validez de 24 horas.
- 5.2.7. La entrega de medicamentos a terceras personas se realizará siempre y cuando presente la siguiente documentación:
- Recetas a nombre de la persona beneficiaria con firma y sello del médico tratante, el sello del centro de salud y la fecha de la atención.
 - DUI de la persona beneficiaria y de la persona autorizada.
 - Carta de autorización de entrega de medicamentos a terceros, según formato entregado por FOPROLYD (AUTERC – 01)
- 5.2.8. Para facilitar el otorgamiento de las prestaciones en especie, incluyendo medicamentos, se podrá realizar a través de proveedores o terceras personas, disminuyendo así las limitaciones de acceso o de otra índole.
- 5.2.9. El personal de salud de FOPROLYD, de acuerdo a su criterio profesional, podrá emitir las referencias necesarias, con el fin de actualizar tratamientos y/o uso de especies prescritas con anterioridad, relacionadas con la (s) lesión (es) ponderadas.



	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud	Fecha: 15-06-2017	
		Rev.: 01	Pág. 10 de 106

- 5.2.10. El personal de psicología y fisioterapia podrá emitir referencias a centros de salud para que las personas beneficiarias inicien o continúen tratamientos psicológicos o de fisioterapia, de acuerdo a su domicilio.
- 5.2.11. Cuando una persona beneficiaria requiera tratamiento médico o quirúrgico, derivados de una consulta previa y no se tenga registro de éste, CTE valorará solicitar un resumen autorizado por el médico tratante que justifique lo solicitado para la autorización del mismo.
- 5.2.12. Cuando una persona beneficiaria es referida para atención de Fisioterapia y/o Terapia Ocupacional por algún miembro del Equipo Multidisciplinario de DSYCS, será evaluada por el personal de Fisioterapia y en aquellos casos que FOPROLYD no pueda cumplir dicho requerimiento, el personal emitirá una referencia al establecimiento correspondiente, de acuerdo a su domicilio.
- 5.2.13. Para iniciar tratamientos de fisioterapia, terapia ocupacional y psicología a personas beneficiarias en el área de rehabilitación física de FOPROLYD o en Oficinas Regionales, se atenderá según cita programada por el personal del área referida.
- 5.2.14. Para que la persona beneficiaria solicite nuevo tratamiento de fisioterapia, se deben haber finalizado las sesiones iniciadas o no estar en tratamiento al momento de realizar dicha solicitud.
- 5.2.15. Para dar el alta del tratamiento fisioterapéutico o psicológico a la persona beneficiaria, se deberán cumplir los siguientes criterios:
- La finalización completa de su tratamiento.
 - La no asistencia injustificada a 2 sesiones consecutivas programadas en las Oficinas de FOPROLYD
 - Por no encontrarse a la persona beneficiaria en 2 visitas domiciliarias consecutivas programadas de común acuerdo.
- 5.2.16. Toda inasistencia injustificada por la persona beneficiaria a una sesión de fisioterapia o de psicología, será considerada como realizada para fines de seguimiento a su caso.
- 5.2.17. Las personas beneficiarias que gocen de otra prestación similar de servicios de salud y especies en cualquier Institución del Sistema de Salud y Seguridad Social, recibirán de FOPROLYD éstas mismas prestaciones, siempre y cuando dichas instituciones manifiesten por escrito o por correo electrónico que no pueden suplir la prestación.
- 5.2.18. Las prestaciones en especies y de servicios de salud deberán estar relacionadas con el tratamiento preventivo y curativo de las lesiones documentadas, así mismo se podrá brindar prestaciones por las complicantes y complicaciones de estas.
- 5.2.19. En toda entrega de especies (aparatos de ayuda mecánica, insumos médicos, medicamentos, etc.), la persona beneficiaria deberá firmar o estampar huella, haciendo constar que recibe la especie a entera satisfacción. Si la persona beneficiaria estampa huella deberá firmar una tercera persona a ruego o si por alguna circunstancia la persona beneficiaria no firma, ni estampa huella, se debe justificar el motivo en las observaciones del formulario diseñado para tal fin.



	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud	Fecha: 15-06-2017	
		Rev.: 01	Pág. 11 de 106

5.2.20. La reposición de especies será por una sola vez dentro del período establecido en el anexo N°12.3 o por criterio del personal médico o de fisioterapia, en las siguientes circunstancias:

- i. Daño: Mostrando la especie deteriorada al personal de salud de FOPROLYD, entregando la especie dañada.
- ii. Extravío: Se limitará la entrega a un evento, dentro del periodo de entrega establecido.
- iii. Robo: Presentando denuncia policial.

En los tres casos la persona beneficiaria deberá firmar el Manifiesto por servicios de salud o especie, sin validar viático.

5.2.21. El reemplazo o sustitución de una especie por otra de diferentes características dentro del periodo establecido en el anexo No. 12.3, no incurre en validación de viático.

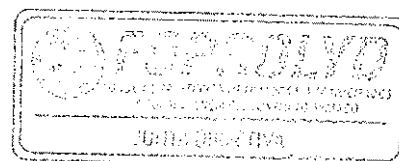
5.2.22. La reparación de especies (sillas de ruedas, lentes, otoamplifonos, entre otras) se realizará solo en las que hayan sido entregadas por FOPROLYD.


5.2.23. El seguimiento a los servicios y atenciones en salud físico – mental a personas beneficiarias, se realizará bajo la estrategia de Gestión de Casos, cumpliendo los criterios de acercamiento que son: limitaciones de acceso por su mayor nivel de discapacidad, por la situación geográfica y vial del domicilio, por ser persona adulta mayor, por su limitado acceso a servicios de información y/o por encontrarse privados de libertad; con priorización en las atenciones a mujeres que cumplan con cualquiera de estos criterios.

5.2.24. La atención de visitas domiciliarias para personas beneficiarias que cumplan con los criterios de acercamiento, deberá incluir:

1. Educación en cuidados preventivos y rehabilitación, involucrando a su cuidador.
2. Entrega de insumos médicos y especies para el tratamiento y rehabilitación, según corresponda.
3. Entrega de referencias al Centro de Salud más cercano que tenga la especialidad médica según la lesión, cuando aplique.
4. Actualizar los datos generales de la persona beneficiaria y el cuidador, cuando aplique.

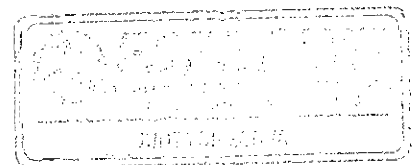
5.2.25. Todo servicio en salud se coordinará y/o canalizará en las instituciones de las redes locales del Sistema Nacional de Salud, excepto aquellos casos en los que la institución de la red local de salud no los brinde, se gestionará con proveedores privados, dejando constancia de los trámites realizados.




	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud	Fecha: 15-06-2017	
		Rev.: 01	Pág. 12 de 106

5.2.26. La validación del pago de viáticos a las personas beneficiarias con discapacidad del 60% o más, se hará efectivo para cubrir sus necesidades derivadas de traslado, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- a. Se validará un viático por día, independientemente del número de atenciones recibidas en una misma fecha como parte de su proceso de rehabilitación.
- b. La distancia mínima debe de ser de 1 km desde su domicilio al Centro de Salud, Oficinas de FOPROLYD o lugar donde ha sido convocado, excepto aquellas que requieran de un cuidador. Lo anterior se deberá hacer constar en el informe médico de visita domiciliar.
- c. Recibir la atención médica, en salud mental o en terapia física por sus lesiones o por enfermedades complicantes cuando sean referidos por médicos de FOPROLYD.
 - i. En situaciones de emergencia comprobable.
 - ii. Presentando la tarjeta de consulta subsecuente del centro hospitalario donde la persona beneficiaria recibe la atención médica o en fisioterapia.
 - iii. Por ser convocadas por personal de FOPROLYD para atenciones psicológicas individuales, pero no por asistir a grupos de desarrollo personal, orientaciones psicológicas ni intervenciones en crisis.
- d. Cuando la persona beneficiaria se presente directamente a retiro de medicamentos permanentes al Centro de Salud u Oficinas de FOPROLYD, de acuerdo a la fecha estrictamente correspondiente.
- e. Por los planes terapéuticos (curaciones, nebulizaciones, exámenes y evaluaciones preoperatorias, aplicación de antimicrobianos, toma de exámenes de laboratorio o gabinete, etc.) siempre que sean autorizados por la Comisión Técnica Evaluadora, excepto los que sean brindados de forma domiciliar o por medicamentos de tipo neurotropas, analgésicos, antiinflamatorios, esteroides o aquellos que sean de dosis única.
- f. Cuando la especie entregada corresponda al período estipulado según se describe en el Cuadro de Especies a Entregar por FOPROLYD (Anexo N°12.3). Así mismo se debe de tomar en cuenta las especies e insumos que no forman parte del inventario de CERPROFA (Anexo 12.4).
- g. Las reparaciones realizadas a una misma especie, tendrán hasta una máximo de tres viáticos validados, al ser recibida a satisfacción por la persona beneficiaria
- h. Mantener la entrega de viáticos validados en un número máximo de trece para otorgar mensualmente a cada persona beneficiaria, independientemente la fecha en que la persona beneficiaria recibió la atención o servicio en salud.



	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud	Fecha: 15-06-2017	
		Rev.: 01	Pág. 13 de 106

- i. Cuando la persona beneficiaria no haya sido atendida en la cita programada o no se haya entregado el medicamento permanente, debiendo verificarlo el personal médico de atención, registrando la justificación en el expediente o en el Sistema Informático.

5.2.27. Las metodologías de trabajo y los recursos psicopedagógicos necesarios para la implementación de las acciones de salud mental, deberán adecuarse a los perfiles de las personas beneficiarias de FOPROLYD, con la finalidad de atenderlas de manera óptima.

5.2.28. El equipo multidisciplinario de DSYCS deberá elaborar periódicamente propuestas creativas o acciones tendientes a mejorar el estado de salud de las personas beneficiarias.

5.2.29. La programación de todas las actividades de campo dependerá de la condición de seguridad que exista en la zona del domicilio de la persona beneficiaria o del tipo de actividad a realizar, debiendo informar a su coordinador inmediato o jefatura para las respectivas consideraciones en Seguridad Ocupacional.

5.2 ATENCIÓN A REQUERIMIENTOS DE COMISIONES EVALUADORAS.

5.2.1 El cumplimiento de requerimientos de las diferentes Comisiones Evaluadoras, tales como: Verificaciones de circunstancias de lesión, investigaciones hospitalarias, incluyendo el traslado de expedientes con los diferentes requerimientos completos, se realizarán en los plazos que establece la Ley del FOPROLYD para la resolución de los casos, siempre que DSYCS posea los recursos humanos y logísticos necesarios para cubrir dicha demanda.

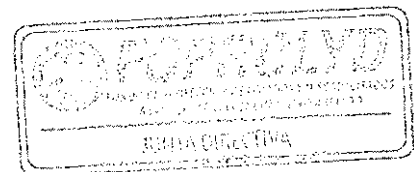
5.3 FUNCIÓN ADMINISTRATIVA


5.3.1 Todo el personal de DSYCS registrará en el Sistema Informático las actividades que realizan, de forma oportuna, completa y veraz.

5.3.2 Los Administradores de Contratos y Convenios del Departamento de Seguimiento y Control en Salud deberán controlar y administrar la ejecución de contratos, órdenes de suministros y convenios adquiridos con proveedores de servicios de salud y especies (farmacias, médicos especialistas, laboratorios, etc.), así como verificar el cumplimiento y entrega de los mismos.

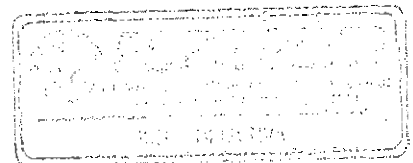
5.3.3 El médico asignado para Convenios establecidos con el Ministerio de Salud, Ministerio de la Defensa Nacional y otras Instituciones, deberá realizar el seguimiento correspondiente, con el objeto de asegurar la calidad del servicio estipulado, informando oportunamente a la administración superior, por intermedio de la jefatura de la Unidad de Prestaciones y rehabilitación, sobre situaciones que puedan estar afectando la prestación de un servicio o la entrega de una especie.

5.3.4 La persona Coordinadora de Salud Mental estimará y apoyará en la gestión de los recursos que sean necesarios para el cumplimiento de los objetivos de los planes psicoterapéuticos y en los diferentes componentes del Programa de Salud Mental, incluyendo convenios, alianzas y demás coordinaciones interinstitucionales.



	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud	Fecha: 15-06-2017	
		Rev.: 01	Pág. 14 de 106

- 5.3.5 El personal de DSYCS que realice convocatoria para entrega de servicios de salud, especies y/o cumplimiento de requerimientos, las deberá efectuar mediante correo nacional, telefónico y otros medios, dejando constancia en el sistema informático y /o en el expediente físico.
- 5.3.6 Toda modificación o actualización de la información que ha sido registrada en el Sistema Informático y que se requiera del soporte técnico de la Unidad de Informática, deberá ser gestionada a través o con aprobación de la Jefatura del Departamento de Seguimiento y Control en Salud.
- 5.3.7 El Departamento de Seguimiento y Control en Salud deberá implementar estrategias que permitan brindar atenciones a las personas beneficiarias quienes tienen limitaciones de acceso por su mayor nivel de discapacidad, por la situación geográfica y vial del domicilio, por desastres naturales, por violencia y otras circunstancias regidas en la normativa vigente.
- 5.3.8 Las especies, servicios o materiales que no estén adjudicados, que sean de menor cuantía y no sean cubiertas a través de los diferentes convenios, se gestionarán a través del Fondo Circulante del Monto Fijo de Prestaciones a Personas Beneficiarias, a fin de agilizar su entrega oportuna.
- 5.3.9 El personal de DSYCS deberá dejar constancia escrita de gestiones, eventos imprevistos, novedades y toda información que facilite o justifique las atenciones brindadas o rechazadas a la población beneficiaria, solicitante de beneficio, proveedores, etc.



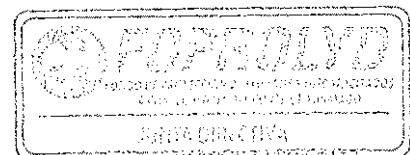


CÓDIGO: DSYCS - 01

6 PROCEDIMIENTOS

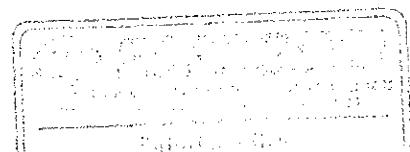
6.1 OTORGAMIENTO DE PRESTACIONES EN ESPECIES A PERSONAS BENEFICIARIAS EXISTENTES EN ALMACÉN O ADJUDICADAS A SUMINISTRANTES.

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
1	INICIO		
2	Persona beneficiaria	Se presenta en FOPROLYD para solicitar especie o se determina la necesidad en visita domiciliar realizada por personal de FOPROLYD.	<p>Si se presenta a las oficinas de FOPROLYD referirse al Manual de DAYOR, para ver el proceso 6.2 ORIENTACIÓN, RECEPCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PERSONAS BENEFICIARIAS.</p> <p>Si durante la visita domiciliar surge la necesidad de reponer o de sugerir una nueva especie para la persona beneficiaria, se deberá plasmar en el informe de visita.</p>
3	Personal médico o de fisioterapia	Revisa el expediente físico o electrónico para verificar si la solicitud corresponde a sus lesiones, si la especie se ha entregado previamente y si la fecha de última entrega no sea menor al plazo establecido en el cuadro del anexo 12.3	<p>En caso de ser solicitud por primera vez y/o ameritar prescripción médica, se trasladará la actividad a CTE para analizar si procede la entrega de especies.</p> <p>De lo contrario, seguir con el paso 4.</p> <p>Si la Persona beneficiaria es con discapacidad total, referirse al proceso 6.8 para el pago de viáticos del presente manual.</p>



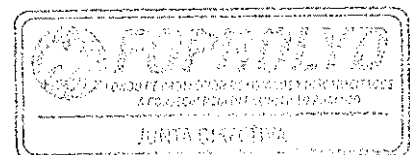


No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
4	Personal médico o de fisioterapia	Elabora, emite, firma y sella referencia médica (REFHOS-01) y orienta a la persona beneficiaria donde será entregada la especie.	<p>Si la entrega de la especie es por suministrante, seguir con el paso 5.</p> <p>Si es por medio del Almacén de FOPROLYD o es entregada en campo, seguir con el paso 9.</p> <p>La original de la referencia médica se entrega a la persona beneficiaria para presentarla al suministrante de la especie y la copia se archiva al expediente.</p> <p>Si la entrega de especie es en un período de tiempo menor al estipulado en la presente normativa, deberá dejar constancia de la debida justificación en el sistema informático o en el expediente.</p> <p>Si en el criterio del profesional que entrega la especie, verifica que hay mal uso o abuso de la prestación o valora la necesidad de investigación de campo, referirá el caso a la jefatura inmediata.</p>
5	Persona beneficiaria	Firma o estampa huella en la referencia médica.	Si por su discapacidad la persona beneficiaria no firma ni estampa huella, firmará tercera persona.
6	Persona beneficiaria	Se presenta donde el suministrante para recibir la especie.	
7	Suministrante	Remite documentación del suministro de la especie al administrador de contrato.	Para el pago correspondiente, remitirse al procedimiento 6.7 ADMINISTRACIÓN DE CONTRATOS Y CONVENIOS CON SUMINISTRANTES del presente manual.
8	FIN		





No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
9	Personal médico o de fisioterapia	Registra la especie a entregar en sistema informático de Almacén e imprime el Comprobante de Entrega de Especie (COMESP-02)	<p>Si la especie es entregada en FIPROLYD, seguir con el paso 10.</p> <p>Si la especie es entregada en campo, seguir con el paso 11.</p> <p>En casos meritorios Personal médico o de fisioterapia elaborará Constancia de Viático.</p> <p>Si la entrega de especie es en un período de tiempo menor al estipulado en la presente normativa, deberá dejar constancia de la debida justificación en el sistema informático o en el expediente.</p> <p>Si en el criterio del profesional que entrega la especie, verifica que hay mal uso o abuso de la prestación o valora la necesidad de investigación de campo, referirá el caso a la jefatura inmediata.</p>
10	Personal de Almacén	Entrega la especie a satisfacción de la persona beneficiaria, y seguir con el paso 12.	Se debe estampar firma o huella de la persona beneficiaria o de la tercera persona autorizada en recibir la especie.
11	Personal médico o de fisioterapia	Entrega la especie a satisfacción de la persona beneficiaria y remite original del Comprobante de entrega de especie al Almacén.	
12	Personal de Almacén	Remite original del Comprobante de entrega de especie al AREX.	
13	FIN		

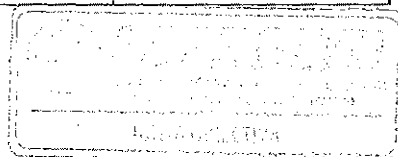




CODIGO: DSYCS-02

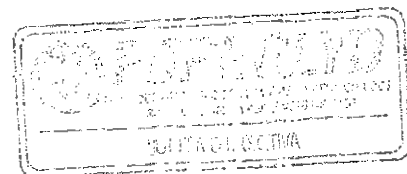
6.12 GESTIÓN DE PRESTACIONES EN SERVICIOS DE SALUD A PERSONAS BENEFICIARIAS.

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
1	INICIO		
2	Persona beneficiaria	Se presenta en FOPROLYD a solicitar el servicio de salud.	Referirse al Manual de DAYOR, para el proceso 6.2 ORIENTACIÓN, RECEPCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LAS PERSONA BENEFICIARIAS.
3	Médicos de DSYCS	Elabora, emite, firma y sella referencia médica (REFHOS-01), para que la persona beneficiaria sea atendida en el Centro de Salud.	La referencia médica debe ser emitida acorde a las lesiones registradas de la persona beneficiaria, a las complicaciones y complicantes de estas; además, podrá emitir referencia del caso al Equipo multidisciplinario, considerando para ello los Criterios de Acercamiento de Prestaciones en Salud. La original de la referencia médica se entrega a la persona beneficiaria para presentarla al suministrante del servicio y la copia se archiva al expediente.
4	Persona beneficiaria	Firma o estampa huella en la referencia médica.	Si por su discapacidad la persona beneficiaria no firma ni estampa huella, firmará tercera persona.
5	Persona beneficiaria	Se presenta en el Centro de Salud, para recibir la atención médica.	En caso de necesitar exámenes médicos complementarios, seguir con el paso 6. De lo contrario, seguir con el paso 14.
6	Persona beneficiaria	Se presenta en FOPROLYD a solicitar exámenes.	
7	Médicos de DSYCS	Elabora, emite, firma y sella referencia médica según el formato (REFHOS-01).	En caso de ser solicitud por primera vez y/o ameritar prescripción médica, se trasladará la actividad a CTE para analizar si procede la entrega de especies. La original de la referencia médica se entrega a la persona beneficiaria para presentarla al suministrante del servicio o especie y la copia se archiva al expediente.



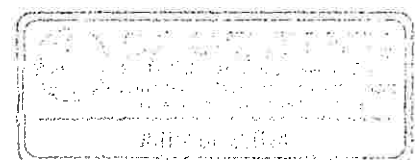


No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
8	Persona beneficiaria	Firma o estampa huella en la referencia médica.	Si la persona beneficiaria estampa huella firmará a ruego tercera persona
9	Médicos de DSYCS	Remiten copia de referencia médica a archivo de expedientes, para el escaneo correspondiente.	
10	Persona beneficiaria	Se presenta donde el suministrante para recibir el servicio.	
11	Suministrante	Envía a DSYCS los resultados de los exámenes médicos	De acuerdo a los plazos establecidos en el contrato o convenio.
12	Médico de DSYCS	Contacta a persona beneficiaria y le entrega los resultados de los exámenes	
13	Persona beneficiaria	Se presenta al Centro de Salud.	
14	Centro de Salud	Programa cita médica de control subsecuente y entrega receta de medicamentos o especies.	En caso de tener en existencia los medicamentos o especies prescritos, serán entregados por dicha Institución. Si no cuentan con lo prescrito por el médico tratante, deberán entregar a la persona beneficiaria constancia o carta de no existencia, seguir con el paso 15. En caso de que el Centro de Salud, tenga convenio con FOPROLYD, continuar con el paso 4 del procedimiento 6.7 ADMINISTRACIÓN DE CONTRATOS Y CONVENIOS CON SUMINISTRANTES.
15	Persona beneficiaria	Se presenta en FOPROLYD a solicitar el suministro de los medicamentos o especies.	En caso de ser solicitud por primera vez y/o ameritar prescripción médica, se trasladará la actividad a CTE para analizar si procede la entrega de especies. De lo contrario, seguir con el paso 16.





No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
16	Médicos de DSYCS	Registra y emite en el sistema informático la receta médica, el comprobante de entrega de especies y gestiona con la farmacia la entrega de medicamentos en FOPROLYD; o con el Almacén de FOPROLYD o suministrante la entrega de la especie (COMESP- 01).	A solicitud de la persona beneficiaria, personalmente podrán retirar el medicamento en las farmacias contratadas para tal fin. Si por alguna razón, la persona beneficiaria no puede pasar a retirar el medicamento, puede autorizar a una tercera persona (parientes o amigos) de acuerdo a normativa 5.1.4 del presente Manual.- El médico de DSYCS, completará el formulario (AUTERC - 01), para autorizar al suministrante la entrega de medicamentos a la tercera persona.
17	Suministrante	Se presenta en FOPROLYD para entregar los medicamentos o especies solicitados, con su respectiva factura	De acuerdo a los plazos establecidos en el contrato o convenio.
18	Persona beneficiaria	Firma o estampa huella en factura y en el comprobante de entrega de especies emitida por el Médico DSYCS.	El comprobante de entrega de especies emitido por el médico DSYCS se adjunta a su respectivo expediente. Si la persona beneficiaria estampa huella firmará a ruego tercera persona.
19	FIN		

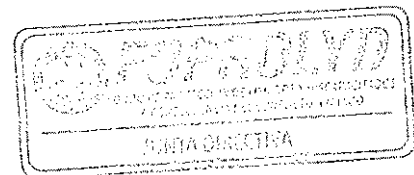




CODIGO: DSYCS - 03

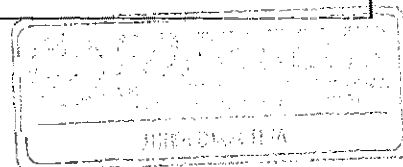
6.3 OTORGAMIENTO DE ESPECIES O SERVICIOS NO ADJUDICADOS Y POR COMPRAS EMERGENTES DE MENOR CUANTÍA

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
1	INICIO		
2	Persona beneficiaria	Solicita provisión de especie o servicio.	Si el otorgamiento de la especie o servicio es por primera vez, seguir con el paso 3. De lo contrario, continuar con el paso 5. Se debe presentar prescripción médica en los casos que amerite.
3	Personal de DSYCS	Envía solicitud a CTE, por medio del sistema informático	
4	Comisión Técnica Evaluadora	Autoriza o deniega la entrega de especie o servicio acorde a las lesiones de la persona beneficiaria.	
5	Personal de DSYCS.	Solicita cotización de especie o servicio y gestiona la obtención de fondos, emitiendo memorándum.	Se gestiona a través de fondo circulante, SEGÚN INSTRUCTIVO PARA EL MANEJO Y USO DEL FONDO CIRCULANTE de la Unidad Financiera Institucional.
6	Personal de DSYCS.	Coordina con suministrante y persona beneficiaria la fecha de entrega de especie o servicio en FOPROLYD, hospitales o con proveedor.	
7	Persona beneficiaria	Se presenta para la entrega de referencia médica o especie en el hospital, con el suministrante o en FOPROLYD.	En caso de entregarse por el suministrante o en el hospital, seguir con el paso 8. De lo contrario, seguir con el paso 16.
8	Persona beneficiaria	Se presenta ante el suministrante u hospital para recibir especie o servicio.	
9	Suministrante	Elabora y envía al personal de DSYCS la factura y la documentación probatoria correspondiente.	La persona beneficiaria deberá de firmar o estampar la huella digital en la factura, en constancia de haber recibido la especie o servicio.





No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
10	Personal de DSYCS	Recibe la factura y la documentación probatoria, a la cual el Encargado del Fondo Circulante de Monto Fijo de Prestaciones dará el VoBo.	La Jefatura y personal de DSYCS validarán la documentación. Cuando el otorgamiento es de especie, la documentación necesaria es: 1) Factura validada 2) El comprobante de entrega de especies, en los casos que corresponda. Cuando el otorgamiento es por servicio, la documentación necesaria es: 1) Factura o recibo validado. 2) Contra-referencia médica validada, con resultados de exámenes o dictamen cuando corresponda. 3) Copia de DUI y NIT cuando corresponda
11	Colaborador Administrativo	Digita la contra-referencia en el Sistema de lesionados, cuando aplique.	
12	Personal de DSYCS	Remite a Archivo General de Expedientes la contra-referencia y/o el comprobante de entrega de especies para su correspondiente escaneo.	
13	Personal de DSYCS	Remite factura a Jefatura del Departamento de Seguimiento y Control en Salud para su autorización.	
14	Personal de DSYCS	Entrega al Encargado del Fondo Circulante de Monto Fijo de Prestaciones la factura que ampara la prestación del servicio o entrega de especie.	
15	FIN		
16	Personal de DSYCS	Recibe la especie y factura brindada por el suministrante.	En los casos que corresponda el personal de DSYCS valida la documentación.
17	Personal de DSYCS	Imprime el comprobante de entrega de especies (COMESP - 02).	
18	Persona beneficiaria	Firma o estampa huella digital en factura y en comprobante de entrega de especies.	Si por su discapacidad la persona beneficiaria no firma ni estampa huella, firmará tercera persona.





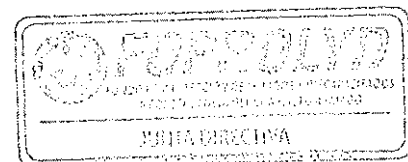
Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del
Departamento de Seguimiento y Control en Salud

Fecha: 15-06-2017

Rev.: 01

Pág. 23 de 106

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
19	Personal de DSYCS	Remite factura a Jefatura del Departamento de Seguimiento y Control en Salud para su revisión y autorización.	
20	Personal de DSYCS	Una vez autorizada, envía a UFI la factura que ampara la prestación del servicio o entrega de especie.	
21	Personal de DSYCS	Remite a Archivo General de Expedientes el comprobante de entrega de especies para su correspondiente escaneo.	
22	FIN		

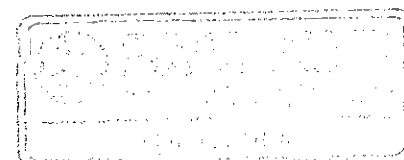




CODIGO: DSYCS - 04

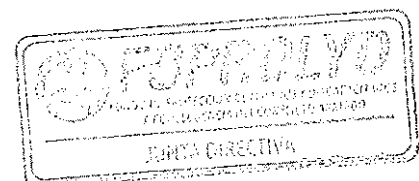
6.4 EMISIÓN DE REFERENCIAS MÉDICAS PARA DICTAMEN DE DISCAPACIDAD A SOLICITANTES O PERSONAS BENEFICIARIAS.

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
1	INICIO		
2	Persona beneficiaria o Solicitante	Se presenta a FOPROLYD para solicitar referencia médica para dictamen de discapacidad.	La solicitud puede ser para realizar las evaluaciones siguientes: <ul style="list-style-type: none">- Primera Evaluación del Solicitante.- Recurso de Revisión.- Recurso de Apelación.- Por la Comisión Especial de Casos de Excepción.- Por renovación de referencia.
3	Médico de DSYCS	Emite y entrega a la persona beneficiaria / solicitante la referencia médica con base a indicación de Comisión Evaluadora correspondiente.	Verifica que no se refiera a la persona beneficiaria / solicitante más de una vez con un mismo Médico Especialista o misma Especialidad en el actual proceso de evaluación. La original de la referencia médica se entrega a la persona beneficiaria o solicitante para presentarla al suministrante del servicio y la copia se archiva al expediente.
4	Persona beneficiaria o Solicitante	Firma o estampa huella en la referencia médica.	La copia es anexada al expediente y remitido por el médico de DSYCS al Archivo General de Expedientes, para el escaneo respectivo.
5	Trabajador Social en DAYOR	Tramita y registra en el sistema informático la cita para evaluación médica.	Si la cita es para el mismo día, gestiona el transporte y seguir con el paso 7.
6	Persona beneficiaria o Solicitante	Se presenta en FOPROLYD en la fecha establecida para ser trasladada al hospital o clínica para su respectiva evaluación.	Ver Manual del Departamento de Atención y Orientación.





No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
7	Persona beneficiaria o Solicitante	Se presenta al hospital o clínica para su respectiva evaluación.	Si amerita exámenes complementarios, seguir con el paso 8. De lo contrario, seguir con el paso 13.
8	Persona beneficiaria o Solicitante	Se presenta a FOPROLYD a solicitar exámenes complementarios	
9	Médico de DSYCS	Emite referencia para exámenes complementarios.	La original de la referencia médica se entrega a la persona beneficiaria para presentarla al suministrante del servicio y la copia se archiva al expediente.
10	Persona beneficiaria / solicitante	Se presenta donde el suministrante de servicio a que se le realice el examen complementario indicado.	
11	Suministrante de servicio	Entrega resultados en FOPROLYD	
12	Administrador de Contrato o Colaborador Administrativo	Distribuye y entrega resultados de exámenes al médico especialista que lo ha requerido.	
13	FIN		

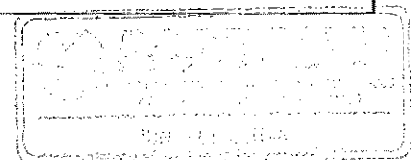




CODIGO: DSYCS - 05

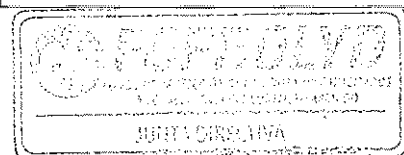
6.5 VISITAS DOMICILIARES A PERSONAS BENEFICIARIAS CON MAYORES LIMITACIONES DE ACCESO.

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
1	INICIO		
2	Encargados de programación	Realizan la programación de visitas domiciliarias a las personas beneficiarias.	La visitas domiciliarias responden a: <ul style="list-style-type: none">- Solicitud de CTE.- Personas beneficiarias que cumplen los Criterios de Acercamiento de Prestaciones en Salud (ver Glosario).- Por Acuerdos de JD.- Recomendaciones de los miembros del equipo multidisciplinario de DSYCS (Gestión de casos). Ingresar al sistema informático de transporte la programación semanal de visitas.
3	Médicos de campo, Fisioterapeutas, psicólogos o trabajadores sociales	Revisa el expediente físico y/o electrónico según programación establecida.	Se debe verificar, según la disciplina lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">- Dirección y teléfono de la persona beneficiaria.- Lesiones registradas.- Especies entregadas.- En los casos de población FAES tramitar carta de no existencia de especie o servicio con CEFAFA.- Pendientes por cumplir- Atenciones brindadas por especialistas.- De requerir entrega de especies, las gestiona a través del sistema informático con la Oficina de Almacén y Activo Fijo.
4	Médicos de campo, Fisioterapeutas, psicólogos o trabajadores sociales	Comunica a la persona beneficiaria vía telefónica o medio electrónico la fecha y objetivo de la visita. Registra coordinación en el sistema informático	Con el objeto de garantizar que la persona beneficiaria se encuentre en su domicilio el día de la visita.





No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
5	Médicos de campo, Fisioterapeutas, psicólogos o trabajadores sociales	Prepara la papelería, documentación correspondiente y especies según verificación realizada.	
6	Médicos de campo, Fisioterapeutas, psicólogos o trabajadores sociales	Realiza visita domiciliar y elabora reporte de visita o informe de tratamiento brindado según formato por especialidad.	<p>Según la disciplina las acciones realizadas en la visita domiciliar son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">- Entrevista a persona beneficiaria y a cuidador.- Revisión física o examen médico a la persona beneficiaria.- Visita exploratoria del estado de salud mental.- Tratamiento psicoterapéutico o terapia breve.- Tratamiento en fisioterapia.- Emisión de referencias según corresponda.- Entrega de especies según corresponda.- Recomendaciones y educación en salud física y mental o rehabilitación física.- Plan a seguir. <p>Si la persona beneficiaria se encuentra en el domicilio, seguir con el paso 7.</p> <p>De lo contrario, se completa el formulario diseñado para tal fin (CONSVI - 01) y seguir con el paso 8.</p> <p>Las visitas domiciliarias pueden ser suspendidas por:</p> <ul style="list-style-type: none">- Delincuencia- Inaccesibilidad- Indisponibilidad la persona beneficiaria- Desperfectos mecánicos del transporte institucional- Indicaciones superiores- Falta de tiempo en la cobertura de la ruta.- Otros inconvenientes.





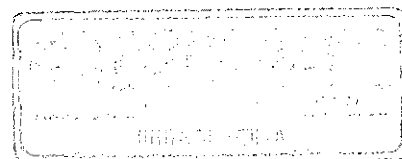
Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del
Departamento de Seguimiento y Control en Salud

Fecha: 15-06-2017

Rev.: 01

Pág. 28 de 106

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
7	Persona beneficiaria	Firma o estampa huella en el reporte de visita domiciliar	Si por su discapacidad la persona beneficiaria no firma ni estampa huella, firmará tercera persona
8	Médicos de campo, Fisioterapeutas, psicólogos o trabajadores sociales	Ingresa en el Sistema Informático el resultado de la visita.	Se ingresa en el Sistema Informático las referencias emitidas, especies entregadas, pendientes por cumplir, fecha sugerida de próxima visita, efectividad o no de la visita, tratamiento de fisioterapia, atención psicológica o social y otras observaciones.
9	Médicos de campo, Fisioterapeutas, psicólogos o trabajadores sociales	Realiza las coordinaciones interinstitucionales para la implementación del plan de atención integral propuesto a la persona con discapacidad, cuando se requiera.	Ingresa en el sistema informático las gestiones realizadas (Gestión de Caso).
10	Médicos de campo, Fisioterapeutas, psicólogos o trabajadores sociales	Anexa informes al expediente físico y lo traslada al Archivo General de Expedientes para su escaneo.	Si se ha realizado una Gestión de Caso, las disciplinas involucradas elaborarán un informe final.
11	FIN		

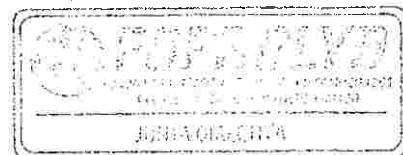




CODIGO: DSYCS - 06

6.6 VERIFICACIÓN HOSPITALARIA Y DE CIRCUNSTANCIAS DE LESIÓN EN REQUERIMIENTOS SOLICITADOS POR COMISIONES EVALUADORAS

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
1	INICIO		
2	Comisión Evaluadora	Podrá requerir: Verificación Hospitalaria, seguir con el paso 3. Verificación de Circunstancias de Lesión, seguir con el paso 19	Para el caso de verificación hospitalaria de ser necesario se contará con la autorización del solicitante o persona beneficiaria, para poder revisar su expediente médico hospitalario. (VER MANUAL DE POLÍTICAS, NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE DAYOR)
3	Colaborador Administrativo	Recibe requerimientos de las Comisiones Evaluadoras, por medio del correo electrónico institucional o físicamente, y los entrega al Médico encargado de programar requerimientos hospitalarios.	
4	Médico encargado de programar requerimientos hospitalarios	Realiza la programación de verificación hospitalaria.	
5	Médico encargado de programar requerimientos hospitalarios	Remite al Colaborador Administrativo el listado de centros de salud a visitar y nombre de las personas a investigar e informa al médico de campo la programación para realizar la verificación hospitalaria.	
6	Colaborador Administrativo	Elabora Oficios para gestionar la visita del personal médico al Centro de Salud y revisar expedientes clínicos específicos.	Si el requerimiento está dirigido a UCADFA, se realiza gestión de Oficio a través de Gerencia General.
7	Colaborador Administrativo	Entrega a Jefatura del DSYCS los Oficios para revisión, firma y sello.	
8	Jefatura del DSYCS	Revisa, firma y sella Oficios y los regresa al Colaborador Administrativo.	
9	Colaborador Administrativo	Distribuye a los médicos de campo los Oficios de acuerdo a programación.	
10	Médico de Campo	Revisa el requerimiento solicitado.	





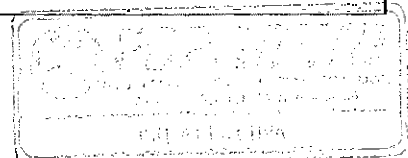
Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del
Departamento de Seguimiento y Control en Salud

Fecha: 15-06-2017

Rev.: 01

Pág. 30 de 106

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
11	Médico de Campo	Ingresa al sistema informático de transporte la programación semanal de visitas.	
12	Médico de Campo	Realiza la revisión del expediente clínico en el Centro de Salud.	
13	Médico de Campo	Elabora un informe de verificación hospitalaria (VERHOS-01), detallando la existencia o no del expediente clínico (VERHOS-02), fecha, motivos de la consulta, y demás información de acuerdo a lo solicitado por la Comisión que emite el requerimiento.	En caso de realizar una verificación infectiva, se reprogramará.
14	Personal del Centro de Salud	Firma y sella el informe de verificación hospitalaria.	A solicitud de FOPROLYD el Centro de Salud podrá emitir respuesta vía correo electrónico, la cual se imprimirá y adjuntará al expediente para ser analizada por la Comisión Evaluadora correspondiente.
15	Médico de Campo	Ingresa en el Sistema Informático el resultado de la verificación hospitalaria.	
16	Médico de Campo	Entrega informe al Médico encargado de programar requerimientos hospitalarios.	
17	Médico encargado de programar requerimientos hospitalarios	Anexa al expediente el informe, e identifica si los requerimientos están completos.	Si los requerimientos están completos, traslada el expediente a la Comisión solicitante. De lo contrario, lo traslada a la Unidad de Gestión correspondiente.
18	FIN		
19	Colaborador Administrativo	Recibe requerimientos de las Comisiones Evaluadoras para verificación de circunstancias de lesión y los entrega al Trabajador Social encargado de programar requerimientos de circunstancia de lesión.	Si son entrevistas a vecinos del lugar del solicitante o persona beneficiaria, seguir con el paso 20. Si son para entrevistas a testigos, seguir paso 24.





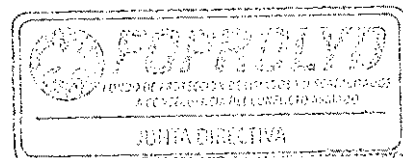
Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del
Departamento de Seguimiento y Control en Salud

Fecha: 15-06-2017

Rev.: 01

Pág. 31 de 108

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
20	Trabajador Social encargado de programar requerimiento de circunstancia de lesión	Elabora la programación de entrevistas para realizar las verificaciones de circunstancias de lesión. Además, comunica a Trabajador Social de campo sobre dicha programación.	Ingresa al sistema de transporte la programación semanal de visitas para ser autorizada por la Jefatura de UPYR o DSYCS.
21	Trabajador Social de campo	Prepara la papelería a utilizar conforme la entrevista programada y revisa el expediente para cumplir lo requerido.	
22	Trabajador Social de campo	Realiza entrevista en campo y elabora informe de entrevista según formato (CIRLES-01 / VERLES-01 / VERLES-02)	En caso de realizar una verificación inefectiva, regresar a paso 20. En caso contrario, seguir con el paso 27.
23	Trabajador Social de campo	Convoca al solicitante o Persona beneficiaria para presentar testigos a las oficinas de FOPROLYD o donde ambos coordinen.	Se les convoca por medio de vía telefónica o correo. Los testigos son convocados para realizar la entrevista de verificación de lesión, en oficinas de FOPROLYD o donde ambos coordinen.
24	Testigo	Se presenta al lugar convenido con el Trabajador Social de campo.	
25	Trabajador Social de campo	Realiza la entrevista a testigo.	
26	Testigo	Firma o estampa huella en el informe de entrevista.	Cuando se realiza en las Oficinas de FOPROLYD, deberá ser firmado también por el colaborador jurídico.
27	Trabajador Social de campo	Ingresa en el Sistema Informático el resultado de la entrevista y traslada informe al Trabajador Social encargado de programar requerimientos de circunstancia de lesión.	
28	Trabajador Social encargado de programar requerimientos de circunstancia de lesión	Verifica el cumplimiento de los requerimientos.	Si los requerimientos están completos, traslada el expediente a la Comisión solicitante. De lo contrario, lo traslada a la Unidad de Gestión correspondiente.
29	FIN		

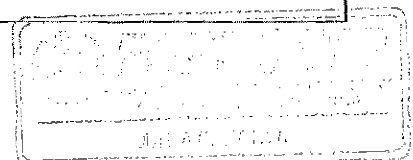




CODIGO: DSYCS- 07

6.7 ADMINISTRACIÓN DE CONTRATOS Y CONVENIOS CON SUMINISTRANTES

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
1	INICIO		
2	Administrador de Documentos Contractuales o de Convenios	Recibe de UACI la orden de compra o contrato; o de Unidad Jurídica los nuevos convenios y prórrogas.	El Solicitante recibe los documentos contractuales en los casos de convenios hospitalarios.
3	Administrador de Documentos Contractuales o de Convenios	Ingresa y activa en el sistema informático el suministro o servicio adjudicado.	Informa a las Unidades de Gestión correspondientes lo contratado o convenido.
4	Unidades de Gestión	Emiten referencias para personas beneficiarias o solicitantes.	
5	Persona beneficiaria o solicitante	Se presenta con la referencia donde el suministrante para recibir servicios o especies.	
6	Suministrante	Elabora factura o recibo del servicio brindado, remitiendo documentación (factura y otros) al Administrador de Documentos Contractuales o de Convenio.	<p>El suministro puede consistir en: especies, medicamentos, evaluaciones, exámenes médicos, servicios hospitalarios.</p> <p>Al recibir la documentación se deberá verificar que esté completa según lo solicitado.</p> <p>En el caso de farmacias y/o proveedores de medicamentos, deberán incluir, si así corresponde, los cambios de precios de los medicamentos, en cumplimiento al Listado de Precios de la Dirección Nacional de Medicamentos.</p>

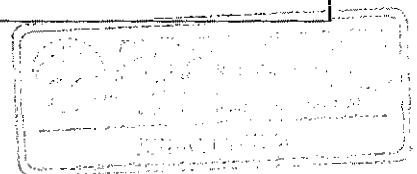




No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
7	Administrador de Documentos Contractuales o de Convenios.	Registra y firma la recepción de la factura o recibo, referencia de evaluaciones médicas así como documentos complementarios, en un libro específico para este fin.	<p>Cuando el otorgamiento es de especie, la documentación complementaria es:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Comprobante de entrega de especie de la persona beneficiaria.2) Notas explicativas en los casos pertinentes.3) Factura firmada o con la huella digital de la persona beneficiaria en casos de medicamentos.4) Cuadro detalle de atención original y copia (copia será el control de recepción de documentación). <p>Cuando el otorgamiento es por servicio, la documentación complementaria es:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Contra-referencia médica, con resultados de exámenes cuando corresponda.2) Cuadro detalle de atención.3) Notas explicativas en los casos que amerite. <p>Cuando el otorgamiento es por medicamentos, la documentación complementaria es igual que el otorgamiento de especies más:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Cuando sea meritorio la actualización de Listado de Precios de Medicamentos.
8	Administrador de Documentos Contractuales o de Convenios	Registra la información de las facturas en el sistema informático para descargar el monto del saldo contratado.	<p>En caso necesario, el Colaborador administrativo brinda apoyo al administrador de Documentos Contractuales o de Convenio.</p> <p>Ver Sub procedimiento "CONTRA-REFERENCIAS" en el paso 16.</p>
9	Administrador de Documentos Contractuales o de Convenios	Genera en el sistema informático el Acta de Recepción de bienes, servicios y obras (ACTSUM - 01 / ACTHOS-01)	

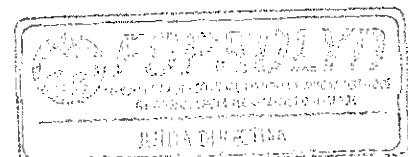


No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
10	Administrador de Documentos Contractuales o de Convenios	Firma el Acta de Recepción de bienes, servicios y obras, entrega la documentación a la Jefatura de DSYCS.	
11	Jefatura de DSYCS	Revisa documentación y firma Acta de Recepción de bienes, servicios y obras.	
12	Jefatura de DSYCS	Entrega la documentación Administrador de Documentos Contractuales o de Convenio.	
13	Administrador de Documentos Contractuales o de Convenios.	Remite a UFI la factura o recibo, el acta de recepción de bienes, servicios y obras y cuadro detalle para su revisión y análisis.	<p>En caso necesario, el Colaborador administrativo brinda apoyo al administrador de Documentos Contractuales o de Convenio</p> <p>El cuadro detalle contiene el nombre del proveedor, número de Orden de Compra o Contrato o nombre del Convenio, número de factura cuando corresponda, nombre de la persona beneficiaria, el número de expediente, fecha de atención, los servicios o especies médicas suministradas con sus respectivos costos.</p> <p>Si del análisis resultan observaciones, éstas deberán ser corregidas oportunamente, dejando constancia escrita en casos necesarios.</p>
14	Administrador de Documentos Contractuales o de Convenio o el Colaborador Administrativo	Recibe la documentación de UFI y convoca a suministrante, para la firma del acta de recepción de bienes, servicios y obras.	El Quedan lo entregará TES una vez verifique la documentación.
15	Administrador de Documentos Contractuales o de Convenio o Colaborador Administrativo	Escanea y registran en el Sistema Informático la factura y el Acta de Recepción de bienes, servicios y obras. Envía original de Acta de recepción de bienes, servicios y obras a UACI.	FIN





No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
		Sub procedimiento de CONTRA – REFERENCIAS	
1	INICIO		
2	Médico de DSYCS encargado de validación	Revisa y valida resultado descrito en la contra-referencia y entrega a Colaborador Administrativo.	
3	Colaborador Administrativo	Digita en sistema informático las contra-referencias y suministros de servicios y especies.	Si las contra-referencias son para evaluación de dictamen de discapacidad solicitado por alguna Comisión de evaluación, seguir con 4. Si son de suministros de servicios y especies médicas, remite la documentación al archivo general de expedientes para ser escaneados.
4	Médico de DSYCS encargado de validación	Revisa en el expediente físico o electrónico el cumplimiento de las indicaciones médicas de las comisiones evaluadoras.	En caso de cumplir con las indicaciones médicas, seguir con el paso 6. De lo contrario, remite expediente con requerimientos incompletos al Archivo General de expedientes mientras se completan las evaluaciones médicas.
5	Médico DSYCS encargado de validación	Entrega a Colaborador Administrativo los expedientes ordenados para ser trasladados a las respectivas Comisiones Evaluadoras	
6	Colaborador Administrativo	Entrega mediante memorándum los expedientes a las respectivas comisiones evaluadoras, registrándolo en el sistema informático	Envía las contra-referencias recibidas de hospitales por tratamientos a beneficiarios al archivo general de expedientes para su escaneo.
7	FIN		

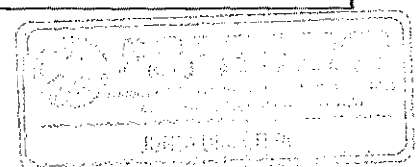




CODIGO: DSYCS - 08

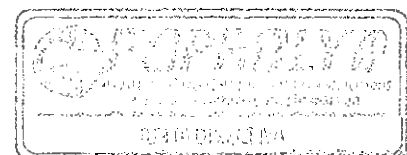
**6.8 VALIDACIÓN DE PAGO DE VIÁTICOS A PERSONAS BENEFICIARIAS CON
DISCAPACIDAD DEL 60% o MÁS**

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
1	INICIO		
2	Persona beneficiaria o representante	Se presenta a FOPROLYD con la constancia de viáticos para solicitar el pago por atención en salud física y mental recibida externamente o por entrega de especie.	En caso que FOPROLYD entregue la especie o brinde atención medica por CTE, la constancia de viáticos debe ser elaborada en FOPROLYD.
3	Médico de DSYCS	Verifica en el sistema informático si la persona beneficiaria tiene una discapacidad mayor o igual al 60%.	Considerar lo establecido en los Acuerdos de Junta Directiva N° 380.05.2011 y 678.11.02.2014 y en las Normativas vigentes
4	Médico de DSYCS	Revisa que la constancia esté relacionada con su lesión y que sea derivado de una recomendación de los médicos de FOPROLYD.	
5	Médico de DSYCS	Verifica que la constancia de viáticos cumpla con los requisitos establecidos y esté debidamente completada.	Los requisitos a cumplir son: 1) Solicitud de viático debidamente lleno por el personal de la Institución que lo atendió, firma y sello del profesional, sello de la Institución. 2) Diagnóstico por el cual fue atendido. 3) Tipo de consulta o atención. 4) Lugar y fecha de atención brindada. 5) Distancia de traslado descrita en Informe de Visita Médico Domiciliar (no es indispensable) En caso que cumpla con los requisitos establecidos, seguir con el paso 8. De lo contrario, seguir con el paso 6. Para el caso de atención medica externa, los documentos necesarios para hacer efectivo el pago de los viáticos son: 1) Constancia de viáticos





No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
			Para la entrega de especies, son: 6. Constancia de viáticos En el caso de entrega de viáticos a terceras personas por solicitud de la persona beneficiaria, son: 1) Formulario de Autorización a Terceros para Recibir Pago de viáticos, debidamente completado. 2) Fotocopia del D.U.I. de la persona autorizada por la persona beneficiaria para recibir el (los) viáticos (s), solicitada por Encargado de Fondo Circulante.
6	Médico de DSYCS	Orienta a la persona beneficiaria para superar el incumplimiento de los requisitos.	Con base a criterio médico, se valorará trasladar caso para seguimiento de las atenciones en salud y/o Gestión de Caso.
7	Persona beneficiaria o representante	Presenta nuevamente la constancia de viáticos con los requisitos cumplidos.	
8	Médico de DSYCS	Ingresa en el Sistema informático la información del pago de viáticos.	
9	Médico de DSYCS	Emite, firma y sella el recibo de viáticos.	
10	Médico de DSYCS	Envía recibo de viáticos y documentos que lo amparan al Encargado del Fondo Circulante de Monto Fijo de Prestaciones.	
11	Encargado del Fondo Circulante de Monto Fijo de Prestaciones.	Realiza el pago de viáticos	VER EL INSTRUCTIVO PARA EL MANEJO Y USO DEL FONDO CIRCULANTE DE PRESTACIONES DE LA UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL
12	FIN		

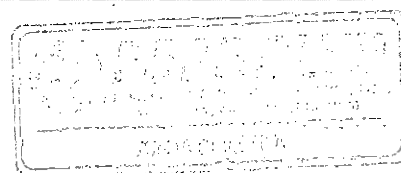




CODIGO: DSYCS - 09

6.9 IMPLEMENTACIÓN DE GRUPOS DE DESARROLLO PERSONAL PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
1	Inicio		
2	Profesional en Psicología	Define un lugar accesible y selecciona las personas beneficiarias que serán atendidas.	Las personas beneficiarias se seleccionan con los criterios siguientes: 1. Los que tienen registrada lesión del estado mental y conducta. 2. Disponibilidad e interés. 3. Referido por personal de salud de FOPROLD. 4. Por iniciativa propia y familiares cuidadores. 5. Y otros que lo demanden en función de los objetivos de la Ley de FOPROLYD. Se definen los temas, la duración del proceso (número de meses que durarán los talleres) en base a las particularidades del grupo.
3	Profesional en Psicología	Convoca a las personas beneficiarias que participarán en el grupo de atención, gestiona el local de trabajo y la alimentación para participantes.	La convocatoria se hace a través de visitas domiciliarias, vía telefónica y otros medios. Realizar coordinaciones interinstitucionales y con actores locales.
4	Profesional en Psicología	Prepara el material psicopedagógico para implementar la sesión de trabajo	Incluye la carta didáctica, el material de apoyo psicopedagógico y el equipo audiovisual necesario.
5	Profesional en Psicología	Desarrolla la sesión de trabajo, que básicamente incluye: 1. Recepción y registro de participantes 2. Desarrollo de la sesión de trabajo. 3. Cierre de la Jornada.	El contenido de la sesión de trabajo debe basarse en las necesidades detectadas en los participantes.
6	Profesional en Psicología	Registra la actividad en el Sistema Informático Institucional.	El proceso se repite a partir de la actividad 3 siempre que se programa una sesión de atención grupal y estará regido en tiempo y frecuencia por el sub programa de sesiones que establece el programa de salud mental.
7	Profesional en Psicología	Clausura la actividad grupal	Si FOPROLYD dispone de recursos, la clausura conlleva una actividad recreativa y de esparcimiento, que se realiza en centros recreativos.
8	FIN		

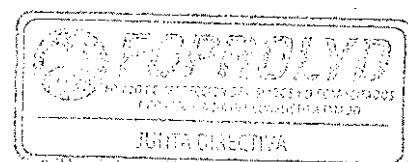




CODIGO: DSYCS - 10

6.10 FORMACIÓN DE FACILITADORES COMUNITARIOS
FASE I: FORMACIÓN

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
1	Inicio		
2	Profesionales en Psicología	Elaboran plan de formación de facilitadores comunitarios.	Se consideran los siguientes aspectos: 1. Se define el perfil de los participantes (con voluntad expresa de ser parte del proceso, la participación es sin remuneración, con habilidades mínimas para la conducción de grupos, con liderazgo positivo en su comunidad, participación previa en los grupos de desarrollo personal). 2. Los participantes deberán formar parte del Universo definido. 3. Definición del número de horas de las capacitación, número de sesiones, horas por sesión y las temáticas a desarrollar.
3	Profesionales en Psicología	Definen y gestiona el lugar donde se desarrollarán los Talleres.	El equipo de psicólogos, tomando a consideración los recursos con los que cuenta la institución, definirá la forma en que se desarrollará la capacitación, sea esta reuniendo a los beneficiarios interesados en un solo punto, según las tres zonas geográficas del país u otros lugares cercanos a sus domicilios. Se buscare en los locales las siguientes condiciones: iluminación, ventilación, amplitud, adecuaciones físicas para personas con discapacidad, etc. Los responsables de atender las zonas gestionan lugares de administración pública que cumplan condiciones requeridas (iluminación, ventilación, amplitud, adecuaciones físicas para personas con discapacidad) para realizar intervenciones grupales, cercanos a los domicilios de los participantes, cuando exista la posibilidad de reunir participantes de varios municipio se hará.





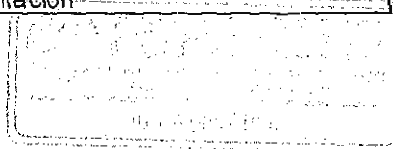
Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del
Departamento de Seguimiento y Control en Salud

Fecha: 15-06-2017

Rev.: 01

Pág. 40 de 106

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
4	Profesionales en Psicología	Coordinan y convocan a personas beneficiarias participantes.	Deberán realizarse en la interacción con las personas beneficiarias al finalizar el Taller ordinario y a través de visitas domiciliarias, para solicitar la colaboración, explicar los objetivos del trabajo, el nivel de compromiso a asumir y las tareas en las que se podrán involucrar para colaborar con el equipo de psicología, y que por estas actividades en beneficio de sus compañeros, no recibirá ningún tipo de remuneración. También podrá realizarse la convocatoria vía telefónica.
5	Profesionales en Psicología	Elaboran Guías didácticas y material pedagógico.	Se elaboran propuestas de guías didácticas para la implementación del taller formativo las que luego se someterán a aprobación del equipo de psicólogos. En caso que las actividades de formación se realicen por zona, cada equipo de zona podrá realizar cambios que considere pertinente, basados en las características de los participantes, conservando la esencia. El material pedagógico será elaborado tomando en cuenta las características de los participantes. Se procurará la inclusión de todos los participantes
6	Profesionales en Psicología	Gestionan la alimentación.	Cada responsable del taller envía el # bebidas, almuerzos y/o refrigerios para los participantes a la encargada de consolidar. La encargada consolida las solicitudes y la envía a los Administradores de Contrato respectivos, para que estos suministren lo solicitado en cantidad y fecha requerido
7	Profesionales en Psicología	Solicitan el transporte	Envían a coordinadora del área las rutas de transporte que realizarán para brindar la capacitación Se gestiona transporte institucional o particular en casos necesarios para desplazar a las personas beneficiarias y al equipo de psicología al lugar de la capacitación





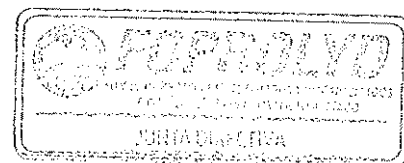
Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del
Departamento de Seguimiento y Control en Salud

Fecha: 15-06-2017

Rev.: 01

Pág. 41 de 106

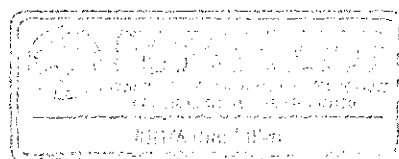
No	Responsable	Actividad	Especificaciones
8	Coordinadora del área de salud mental	Gestiona el transporte	Consolida las rutas de transporte y las ingresa al sistema informático.
9	Profesional en Psicología	Implementan Taller	Cada equipo de zona se organiza como brindar las capacitaciones a las personas beneficiarias que cumplen el perfil. La formación es en forma práctica y teórica y se realiza en un lapso que puede oscilar entre 3 meses a un año, dependiendo de las variables como: distancia, disponibilidad de los participantes y nivel de asimilación de los participantes. Para cada reunión formativa se repite los pasos 6, 7 y 8.
10	Profesional en Psicología	Registra la actividad en el Sistema Informático Institucional	Cada una de las actividades de trabajo realizada deberá ser ingresar al sistema informático conteniendo aspectos generales como pueden ser, lugar de la capacitación, cantidad de asistentes, temas impartidos, etc.
11	Profesional en Psicología	Elaboran informe de actividad realizada	Se elabora un informe de los aspectos sobresalientes del proceso.
12	FIN		





FASE II: RÉPLICA DE CONOCIMIENTOS

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
1	INICIO		
2	Profesional en Psicología	Revisa plan de actividades	Cada profesional revisa las actividades que proyectan realizar los facilitadores comunitarios que ha formado, con otras personas beneficiarias u otros miembros de sus respectivas comunidades. Las actividades a realizarse serán diversas, dependerá de diversos factores como: características de los beneficiarios formados (capacidad técnica, liderazgo, status, disponibilidad de tiempo y de actitud, etc.), etc.), nivel de organización de su comunidad.
3	Profesional en Psicología	Gestionan recursos	Se gestionarán los recursos básicos requeridos por los facilitadores para efecto de desarrollar sus actividades.
4	Profesional en Psicología	Calendariza visitas de acompañamiento a facilitadores y gestiona local para reuniones de retroalimentación	Se elabora calendarización de visitas de campo para observar el desarrollo de las actividades de réplica de los facilitadores; así como se gestionará recursos didácticos básicos para el desarrollo de las actividades del facilitador.
5	Profesional en Psicología	Realiza las visitas de campo (monitoreo)	Se realiza visitas de campo para: Entrega de material didáctico básico y brindar acompañamiento en la implementación de las actividades de réplica de los facilitadores, teniendo en cuenta que el rol del especialista en psicología es de asesoría, y retroalimentar deficiencias o vacíos, la cual se le brindará al terminar la actividad.
6	Profesional en Psicología	Realiza reuniones de retroalimentación	Se llevan a cabo reuniones periódicas con formadores para evaluar actividades y para facilitar asistencia técnica. Se repite el paso 4 y 5 dependiendo de la disponibilidad del profesional según sus labores a realizar.
7	Profesional en Psicología	Registra las actividades en el Sistema Informático	Cada actividad que se realiza se registra en el Sistema Informático Institucional y del Departamento de Seguimiento y control en Salud.
8	FIN		



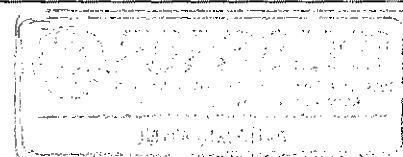
CODIGO: DSYCS - 11

6.11 SERVICIOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
1	INICIO		
2	Profesional en Psicología	Conforma su base de datos de la población a brindar atención clínica.	<p>La identificación de casos para la atención se realizará a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Universo definido (lesión estado mental y conducta) • Población beneficiaria por solicitud expresa. • Visitas domiciliarias realizadas por el profesional de psicología de la zona • Referencia del sistema informático o requerimiento que podrá ser elaborada por cualquier especialista en salud de FOPROLYD previo conocimiento de criterios y procedimientos de referencia (Consultar en Programa de Atención en Salud Mental de FOPROLYD)
3	Coordinador de Salud Mental	Recibe referencia digital e informa al encargado de zona según domicilio de residencia del referido.	De ser necesario, podrá realizar visita de campo para verificar la condición psicológica.
4	Profesional en Psicología	Prioriza el orden de atención basada en: La condición psicológica, las necesidades terapéuticas, recursos disponibles y riesgos en pronósticos por el retraso de la atención.	Se valora la referencia, los casos identificados, la descripción clínica e información que se conoce de la persona beneficiaria.
5	Profesional en Psicología y/o Colaborador Administrativo	Realiza convocatoria	<p>Se valora si brinda atención domiciliar o brinda atención en instituciones locales (Alcaldías, Casas de la Cultura y otras) cercanos a su domicilio.</p> <p>En este último caso se citan a varias personas beneficiarias para una misma fecha, en horas diferentes.</p>



No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
6	Profesional en Psicología	Brinda la atención psicológica a la persona beneficiaria.	<p>En Oficinas Regionales, domicilio o en el lugar de la convocatoria donde se explica el proceso de atención a desarrollar y se llega al acuerdo sobre día, lugar y hora de atención.</p> <p>El número de sesiones, su frecuencia y contenido estará en dependencia de la problemática a trabajar, disposición de la persona beneficiaria y de la evolución del caso</p> <p>La persona beneficiaria deberá firmar una Carta Compromiso (CARCOM-01).</p> <p>Las personas beneficiarias con sintomatología que refleje desestabilización de su conducta, y tengan registrada su lesión (alteración del estado mental y conducta o estrés post trauma se referirá al psiquiatra, seguir con el paso 7. De lo contrario seguir con el paso 8.</p> <p>En algunos casos no amerita seguir un proceso, sino solo requiere una orientación psicológica, que puede impartirse en una sesión.</p>
7	Médicos de Atención FOPROLYD	Entrega referencia médica a persona beneficiaria.	Será referido para atención y manejo por Psiquiatra en centros hospitalarios.
8	Profesional en Psicología	Da seguimiento de la atención psicológica.	Posterior a la conclusión del tratamiento y según el tipo de caso se podrán coordinar una o varias sesiones de seguimiento para constatar evolución de estado de salud mental
9	Profesional en Psicología	Registra en sistema informático las actividades realizadas.	La información privada que compete al caso, no se describe en los registros por ética profesional.
10	Profesional en Psicología	Elabora informe del caso (INFPSI-01) y lo archiva en el expediente de la persona beneficiaria.	
11	FIN		

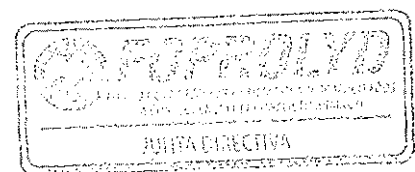




CODIGO: DSYCS- 12

6.12 ATENCIONES EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN FÍSICA Y SALUD MENTAL

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
1	INICIO		
2	Persona beneficiaria	Se presenta a Oficina Central de FOPROLYD a solicitar el servicio de fisioterapia o de psicología.	El servicio pueden surgir por: <ul style="list-style-type: none">• Recomendación de CTE.• Evaluación del personal de psicología o fisioterapia de FOPROLYD• Solicitud expresa de la persona beneficiaria, siempre y cuando esté relacionado a las lesiones del conflicto armado.• Prescripción de médico externo. Para éste último caso deberá ser autorizado por la CTE.
3	Médicos de atención	Informa a personal de fisioterapia o psicología, sobre la atención requerida.	
4	Personal de fisioterapia o psicología	Atiende y evalúa a persona beneficiaria y programa plan de citas en el Sistema Informático para iniciar el tratamiento.	Se deberá de revisar el expediente de la persona beneficiaria para conocer ampliamente su historial clínico.
5	Personal de fisioterapia o psicología	Imprime y entrega ficha de control de cita a persona beneficiaria.	
6	Persona beneficiaria	Se presenta el día de la cita al Área de Rehabilitación Física y Salud Mental a iniciar su tratamiento.	Presentando su carnet de persona beneficiaria y su ficha de control de cita.
7	Personal de fisioterapia o psicología	Realiza el tratamiento a persona beneficiaria.	
8	Personal de fisioterapia o psicología	Registra en sistema informático la actividad realizada	
9	Personal de fisioterapia o psicología	Completa el formato de Control de Fisioterapias y el formato de Control de Actividades del Programa de Salud Mental respectivamente.	Cuando corresponda, deberá de completar la solicitud de pago de viáticos.





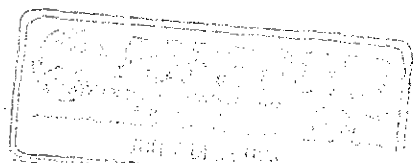
Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del
Departamento de Seguimiento y Control en Salud

Fecha: 15-06-2017

Rev.: 01

Pág. 46 de 106

No.	Responsable	Actividad	Especificaciones
10	Persona beneficiaria	Firma el formato correspondiente, como constancia de la atención recibida.	
11	Personal de fisioterapia o psicología	Al finalizar el tratamiento, anexa el formato al expediente.	
12	FIN		



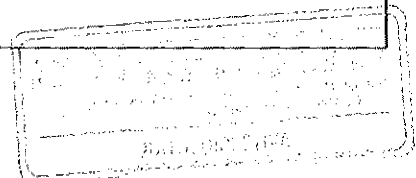



7 GLOSARIO Y SIGLAS

Término	Definición
ALMACÉN	Unidad de Gestión de FOPROLYD, encargada de controlar y resguardar materiales, insumos y especies que permiten el funcionamiento institucional.
AREX	Archivo de Expedientes
CEFAFA	Centro Farmacéutico de la Fuerza Armada de El Salvador.
CTE	Comisión Técnica Evaluadora
CRITERIOS DE ACERCAMIENTO DE ATENCIONES	<ul style="list-style-type: none">• Personas beneficiarias con discapacidad entre el 60 y el 100 por ciento.• Personas beneficiarias que por su deterioro en el estado de salud ya sea por su lesión del conflicto, enfermedad concomitante y / o complicante, avanzada edad o vivan en zonas de difícil acceso geográfico, tienen dificultades para el acceso a servicios, especies y/o medicamentos.• Personas beneficiarias privadas de libertad.
COMPRAS EMERGENTES DE MENOR CUANTÍA	Son aquellas compras que DSYCS puede realizar siempre y cuando no sean mayor a tres salarios mínimos del tipo de comercio y servicios.
DAYOR	Departamento de Atención y Orientación.
DSYCS	Departamento de Seguimiento y Control en Salud
DESARROLLO HUMANO CON ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL	Mejora de las capacidades básicas del ser humano para que alcance una vida larga y saludable, tener acceso a los recursos que permita vivir dignamente y tener la posibilidad de participar en las decisiones que afectan a su comunidad; abordando a la persona en forma integral, desde el reconocimiento de los derechos humanos, la autonomía, la Integración, las capacidades y los apoyos, enfatizando en la interacción de la persona con discapacidad y el ambiente donde vive, considerando las determinantes sociales que influyen y condicionan la discapacidad.
DISCAPACIDAD TOTAL	Dictamen porcentual mayor o igual al 60% de discapacidad física, que clasifica a la persona beneficiaria de FOPROLYD.
EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE DSYCS	Equipo de profesionales conformado por: Médico, trabajador social, fisioterapeuta y psicólogo de DSYCS, que se reúnen total o parcialmente según el caso para tomar decisiones, hacer propuestas e implementar un plan de atención integral a la persona beneficiaria que lo requiera.
ESPECIES	Son los suministros médicos que FOPROLYD facilita a las personas beneficiarias para el tratamiento de sus lesiones y mejorar la calidad de vida, tales como prótesis, ortesis, medicamentos, ayudas para la marcha e insumos médicos como vendas, bolsas colectoras, sondas trans uretrales, medias para muñón, etc.
EXAMENES DE GABINETE	Son aquellos exámenes que no necesitan ningún tipo de secreción del cuerpo, algunos ejemplos son las radiografías, las tomografías, etc.



Término	Definición
FAES	Fuerza Armada de El Salvador
FOPROLYD	Fondo de Protección de Lisiados y Discapacitados a Consecuencia del Conflicto Armado.
GESTIÓN DE CASO	Forma de Atención y Provisión de Prestaciones que conlleva gestiones y coordinaciones mediante el equipo multidisciplinario de DSYCS y/o diferentes Unidades Organizativas con el objeto de propiciar equidad en la entrega de prestaciones y en las oportunidades de rehabilitación integral, para la mejora de la condiciones de incorporación a la vida productiva y del nivel de participación social de los beneficiarios con mayores limitaciones de acceso.
MANIFIESTO	Documento generado del sistema informático, en la cual la persona beneficiaria manifiesta ante el personal médico o fisioterapia, sus motivos para solicitar cambios en servicios de salud o especies.
MARCO DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONA EN SITUACION DE DISCAPACIDAD	Acciones a implementar con la población beneficiaria de FOPROLYD para el cumplimiento de las prestaciones en salud y especies correspondientes sustentadas en lo establecido en la Convención de los Derechos de las personas con discapacidad.
JD	Junta Directiva
SALUD MENTAL	En el ámbito de la psicología comunitaria, entenderemos por salud mental a la forma como nos relacionamos con nosotros mismos y con las personas que nos rodean; por ejemplo con nuestra familia y nuestra comunidad.
SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD	Actualización del diagnóstico integrado para establecer los cambios en el grado de discapacidad a solicitud de la persona beneficiaria.
SERVICIOS EN SALUD	Son todas aquellas prestaciones en salud dirigidas a las lesiones reconocidas como consecuencia del conflicto armado en personas beneficiarias de FOPROLYD y que son atenciones de carácter asistencial tales como: servicios médicos, odontológicos, quirúrgicos, hospitalarios, de laboratorio clínico, de salud mental, en fisioterapia y exámenes de gabinete, entre otros
SIABES	Sistema Integrado de Atención a Beneficiarios y Solicitantes
SUMINISTRANTE	Proveedor contratado para el suministro de servicios o especies.
UACI	Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional
UCADFA	Unidad de Coordinación y Apoyo a Discapacitados de la Fuerza Armada
UI	Unidad de Informática
UFI	Unidad Financiera Institucional
UPYR	Unidad de Prestaciones y Rehabilitación
VALIDACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN	Consiste en verificar que corresponda lo solicitado con lo realizado o suministrado, considerando la firma, sello, porcentaje de discapacidad, correlación con el conflicto, etc.
VH	Verificación Hospitalaria
VL	Verificación de Lesión



	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud	Fecha: 15-06-2017	
		Rev.: 01	Pág. 49 de 106

Término	Definición
VIATICO	Prestación económica de beneficio adicional que se otorga a la persona beneficiaria con porcentaje de discapacidad igual o mayor al 60% en concepto de movilización para atender su proceso de rehabilitación. El monto del viático será a propuesta de Gerencia General y aprobado por Junta Directiva.

8 LINEAMIENTOS PARA SU ACTUALIZACION

La administración del presente "Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud" estará a cargo de la Unidad de Prestaciones y Rehabilitación.

Deberá ser actualizado por la Unidad de Prestaciones y Rehabilitación a través del Departamento de Seguimiento y Control en Salud, por expreso requerimiento de Junta Directiva en coordinación con la Oficina de Desarrollo Organizacional, causa de las necesidades o cambios que se presenten de acuerdo al dinamismo de la Institución, y su aplicación será de carácter obligatorio.

Toda modificación a éste Manual deberá ser coordinado con la Unidad de Planificación y Desarrollo Institucional, Oficina de Desarrollo Organizacional, posteriormente por Gerencia General y finalmente aprobada por la Junta Directiva; debiendo ser divulgado por la Unidad de Prestaciones y Rehabilitación a todo el personal relacionado con la aplicación del mismo.

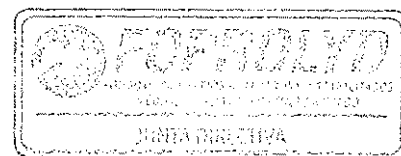
9 APROBACIÓN


En razón de lo anterior y de conformidad al Acuerdo de Junta Directiva 357.06.2017, contenido en el Acta No. 23.06.2017, de fecha 15 de junio 2017, por medio del cual **APRUEBA** en todas sus partes el Manual de políticas, normas y procesos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud, el cual consta de 106 páginas numeradas. Su vigencia es a partir de la fecha de aprobación.

10 CONTROL DE CAMBIOS RELEVANTES

La actualización del presente manual, se basó principalmente:

1. En las Recomendaciones de Auditoría Interna plasmado en el Acuerdo de Junta Directiva 220.04.2016 de fecha 14 de abril del 2016, en el cual se detalla:
 - a. Establecer en el Manual del Departamento, una NORMA que detalle el cumplimiento de los periodos de entrega de especies.
 - b. Describir dentro del procedimiento 6.1 "Otorgamiento de prestaciones en Especies a personas beneficiarias", que el personal médico y de fisioterapia deben de revisar la fecha de la última entrega de la especie solicitada y verificar que no sea menor al plazo establecido.
 - c. Si la entrega es por un caso extraordinario, dejar la justificación correspondiente en el Sistema Informático y en el expediente de la persona beneficiaria.
2. Se adicionó el procedimiento 6.12 Atenciones en el área de rehabilitación física y salud mental.



	Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud	Fecha: 15-06-2017	
		Rev.: 01	Pág. 50 de 106

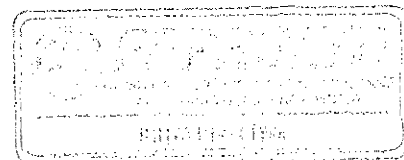
3. Se actualizaron los formatos respetando los lineamientos del Manual de Identidad Visual Institucional

11 REFERENCIAS

Para la actualización del presente Manual, se tomó como base el Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud, aprobado por Junta Directiva el 18 de junio de 2015, según Acuerdo No. 346.06.2015; y el Reglamento de Prestaciones a personas beneficiarias aprobado por Junta Directiva el 31 de marzo de 2016, según Acuerdo No. 196.03.2016.

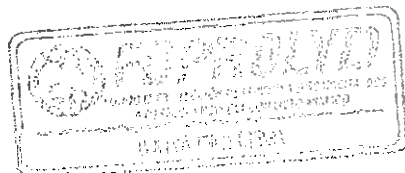
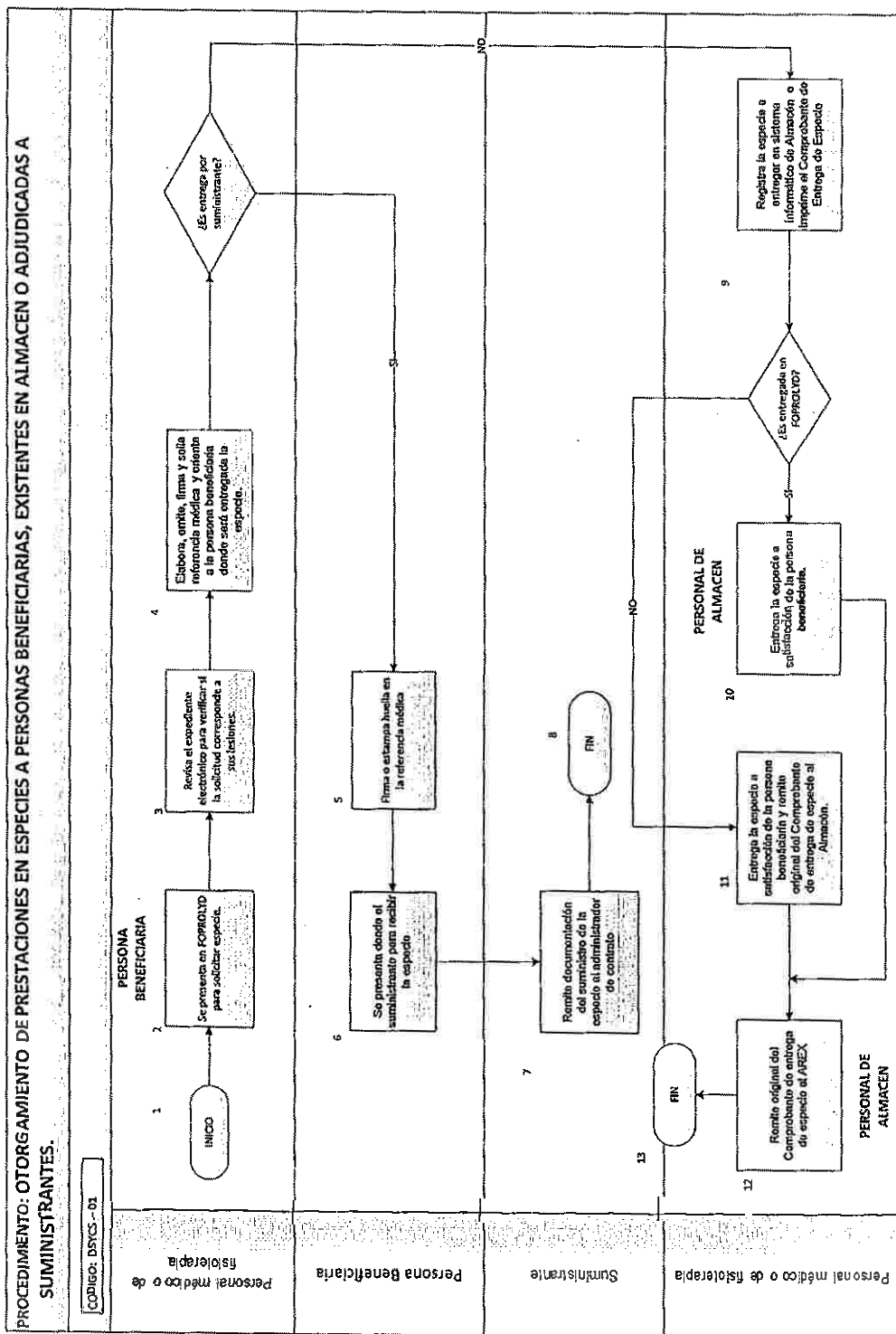
12 CONTROL DE VERSIONES

Código del Manual	Revisión No.	Vigencia desde	Acuerdo de Junta Directiva No.	Descripción del cambio
DSYCS-MA-00	00	18-06-2015	346.06.2015	Creación
DSYCS-MA-01	01	15-06-2017	357.06.2017	Primera Actualización



13 ANEXOS

13.1 Diagramas de Flujos





Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud

Fecha: 15-06-2017

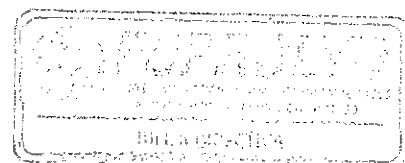
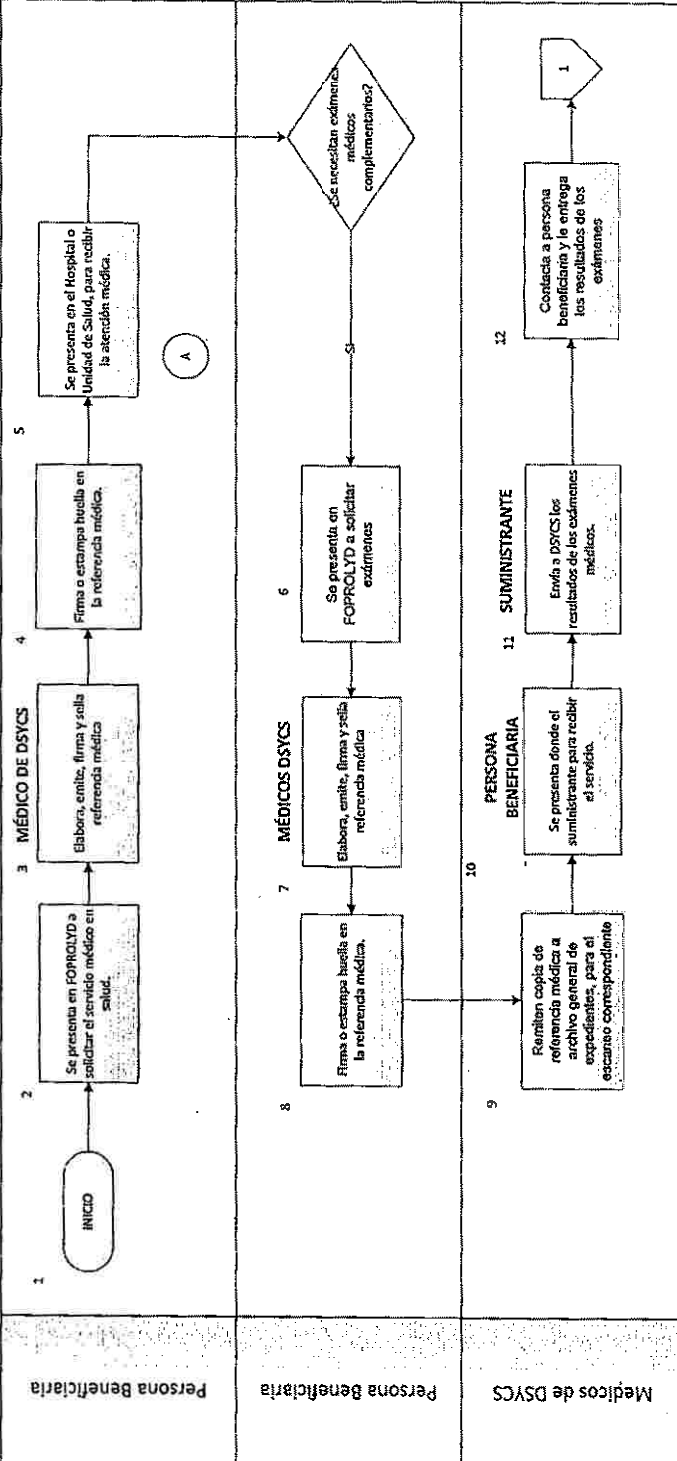
Rev.: 01

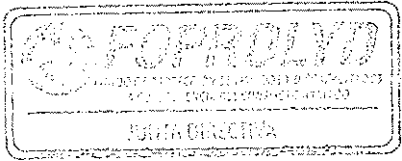
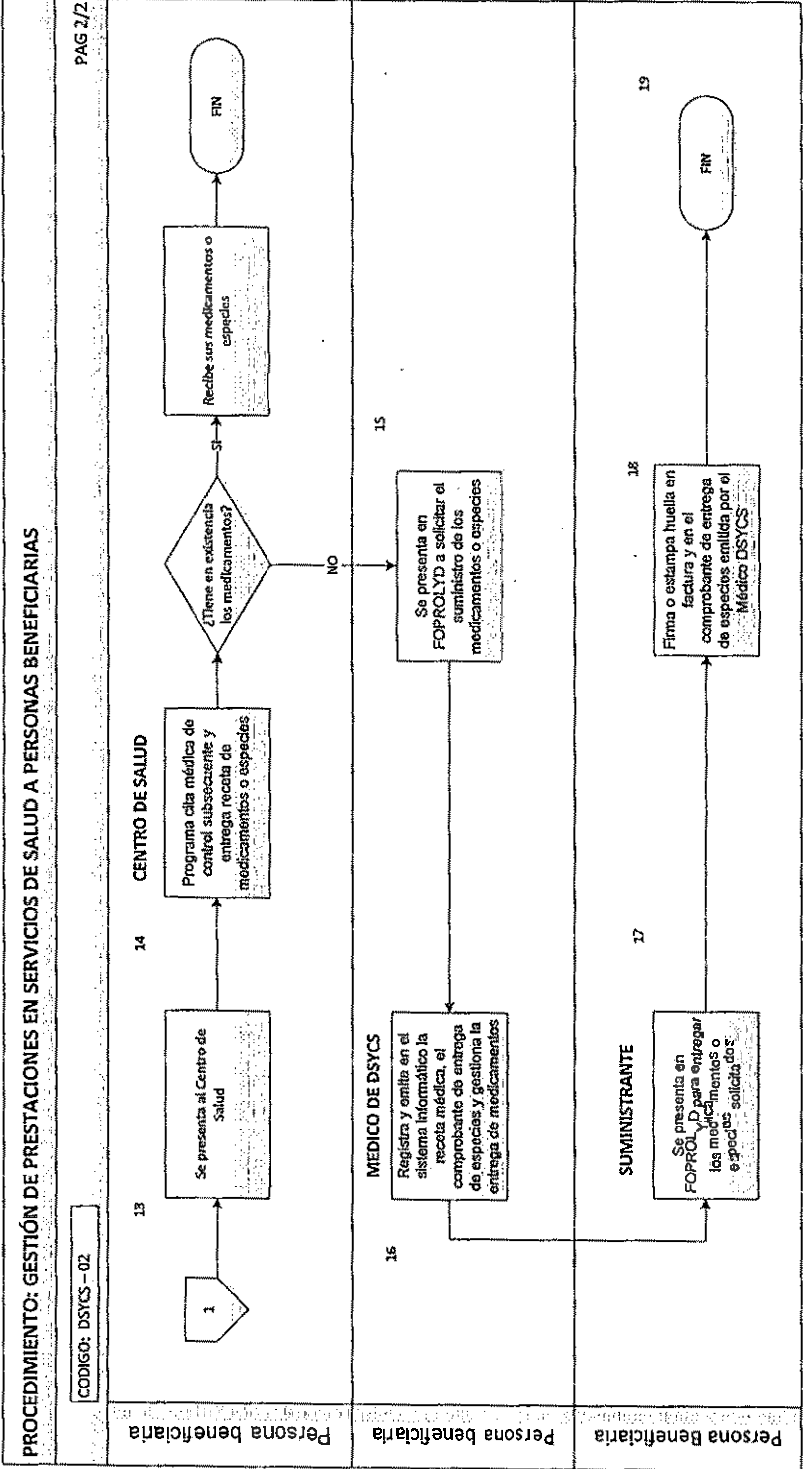
Pág. 52 de 105

PROCEDIMIENTO: GESTIÓN DE PRESTACIONES EN SERVICIOS DE SALUD A PERSONAS BENEFICARIAS

CODIGO: DSYCS-02

PAG 1/2

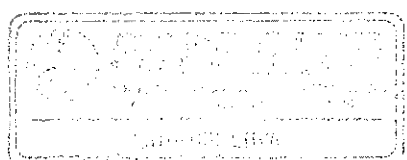
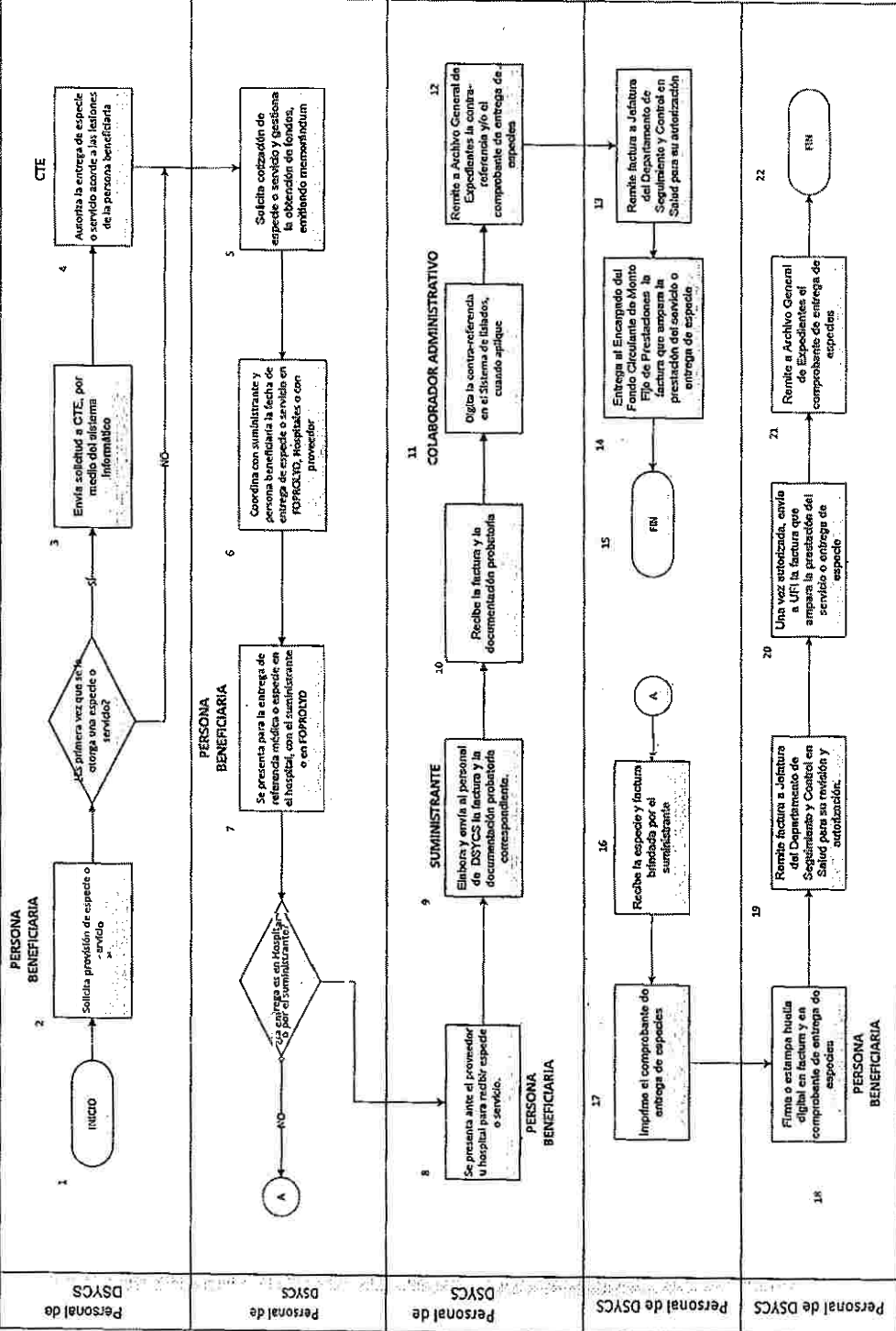






PROCEDIMIENTO: OTORGAMIENTO DE ESPECIES O SERVICIOS NO ADJUDICADOS Y POR COMPRAS EMERGENTES DE MENOR CUANTÍA

CÓDIGO: DSYCS-03





Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud

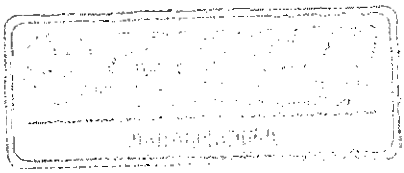
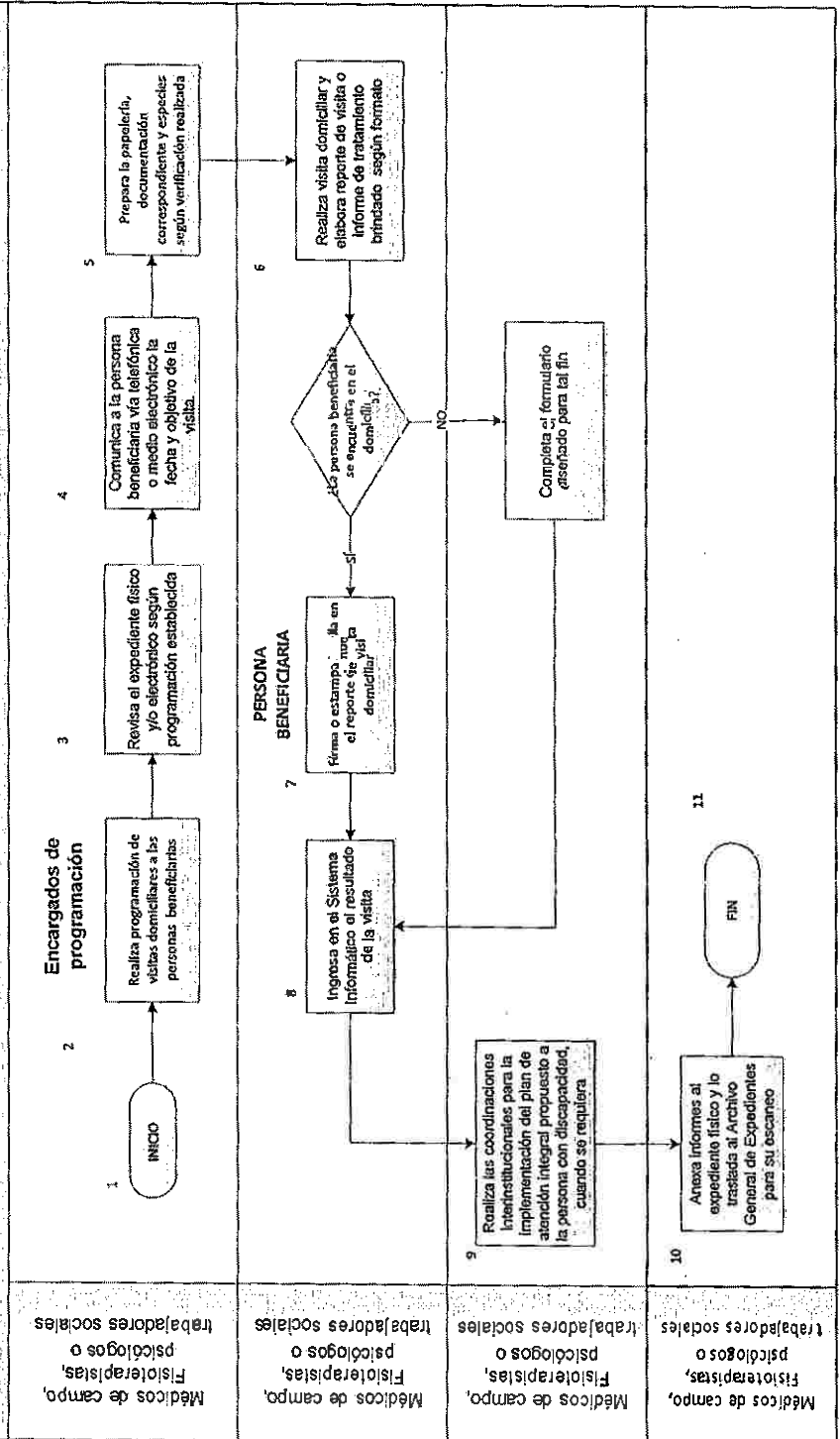
Fecha: 15-06-2017

Rev.: 01

Pág. 56 de 105

PROCEDIMIENTO: VISITAS DOMICILIARES A PERSONAS BENEFICIARIAS CON MAYORES LIMITACIONES DE ACCESO.

CÓDIGO: DSYS-05





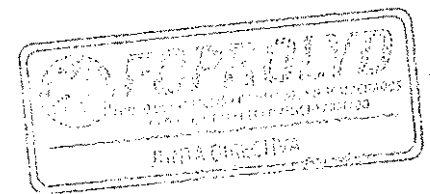
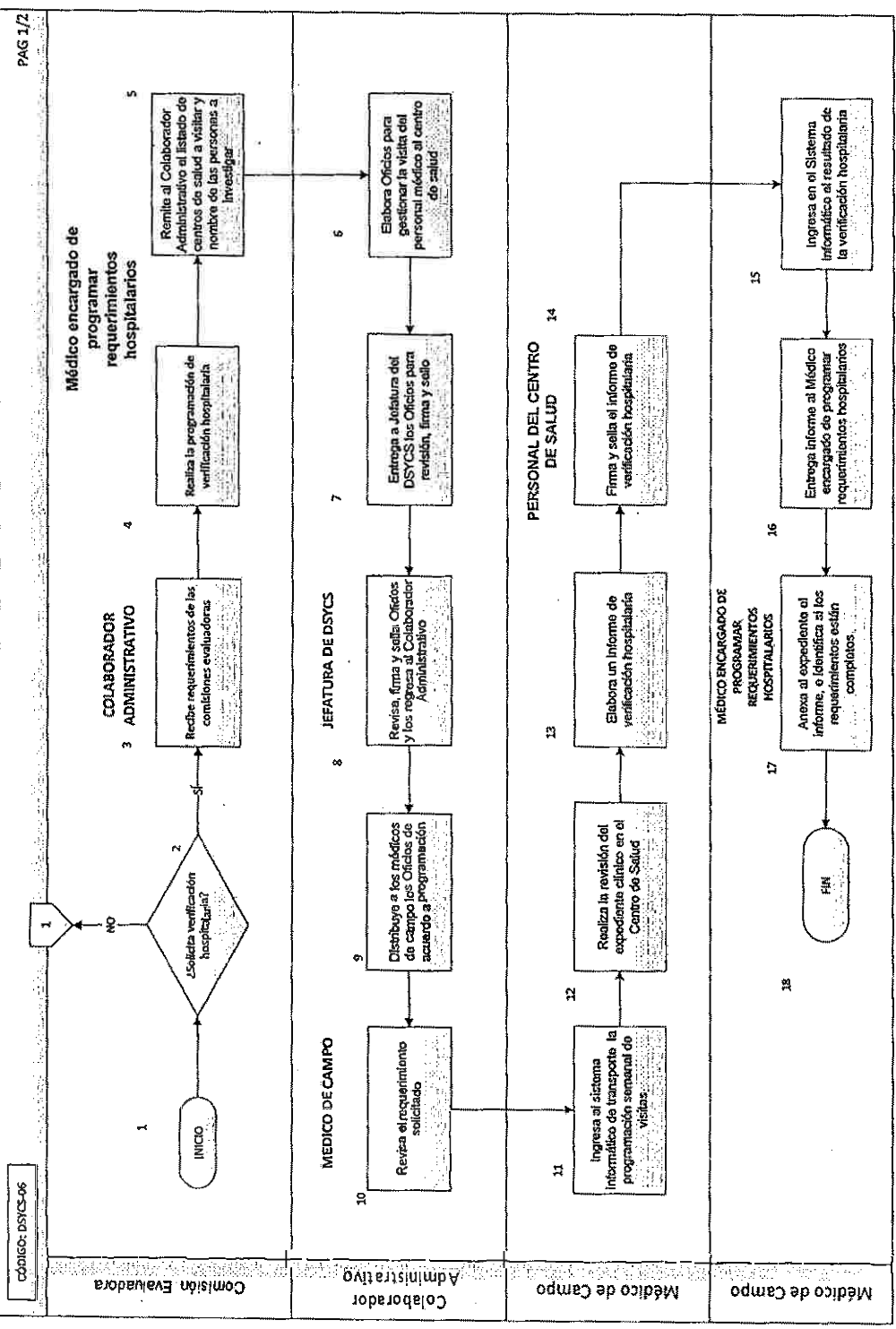
Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud

Fecha: 15-06-2017

Rev.: 01

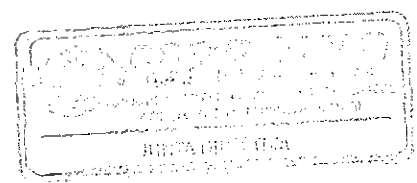
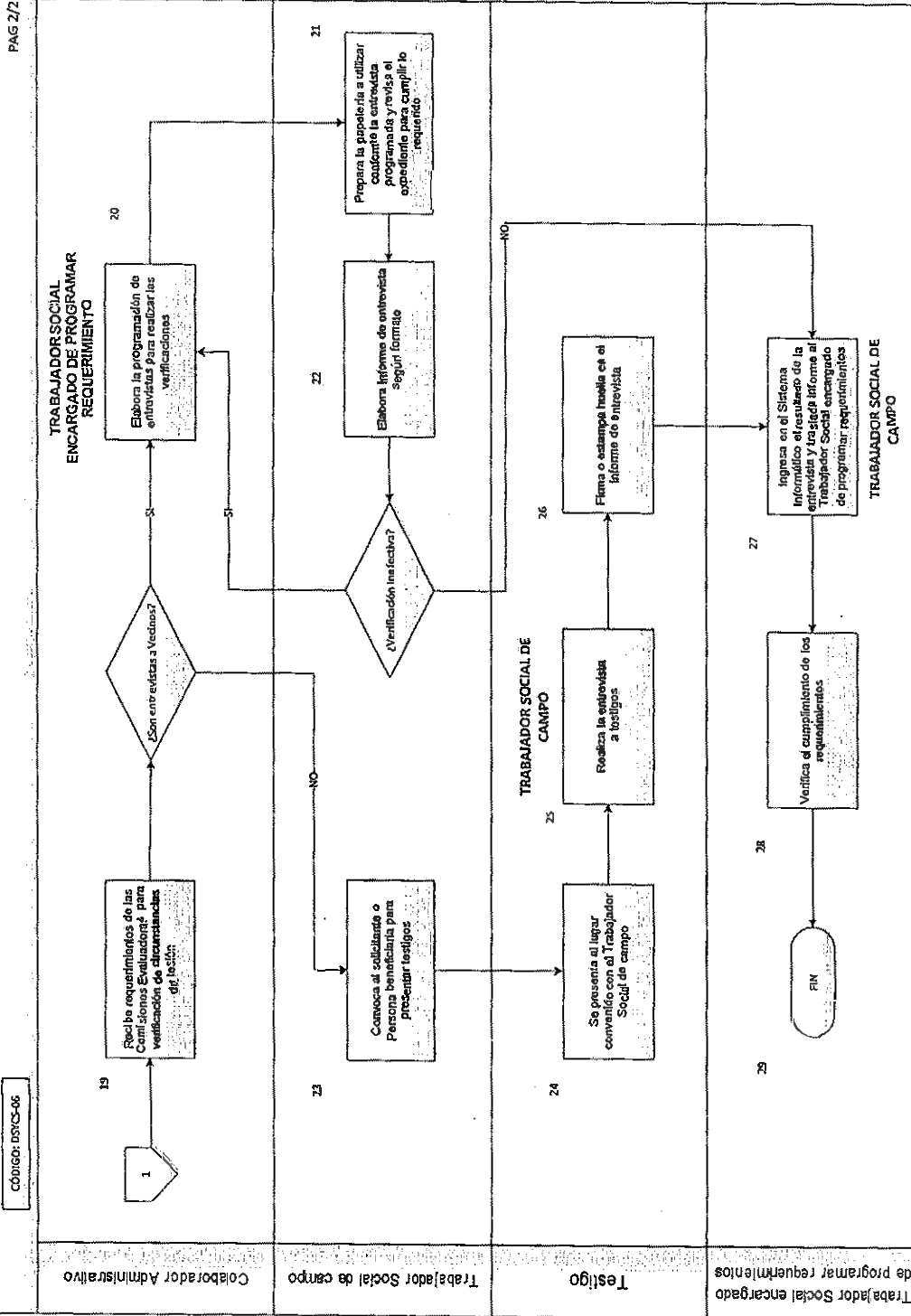
Pág. 57 de 105

PROCEDIMIENTO: VERIFICACIÓN HOSPITALARIA Y DE CIRCUNSTANCIAS DE LESIÓN EN REQUERIMIENTOS SOLICITADOS POR COMISIONES EVALUADORAS





PROCEDIMIENTO: VERIFICACIÓN HOSPITALARIA Y DE CIRCUNSTANCIAS DE LESIÓN EN REQUERIMIENTOS SOLICITADOS POR COMISIONES EVALUADORAS



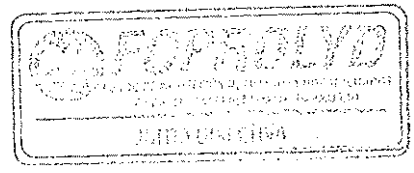
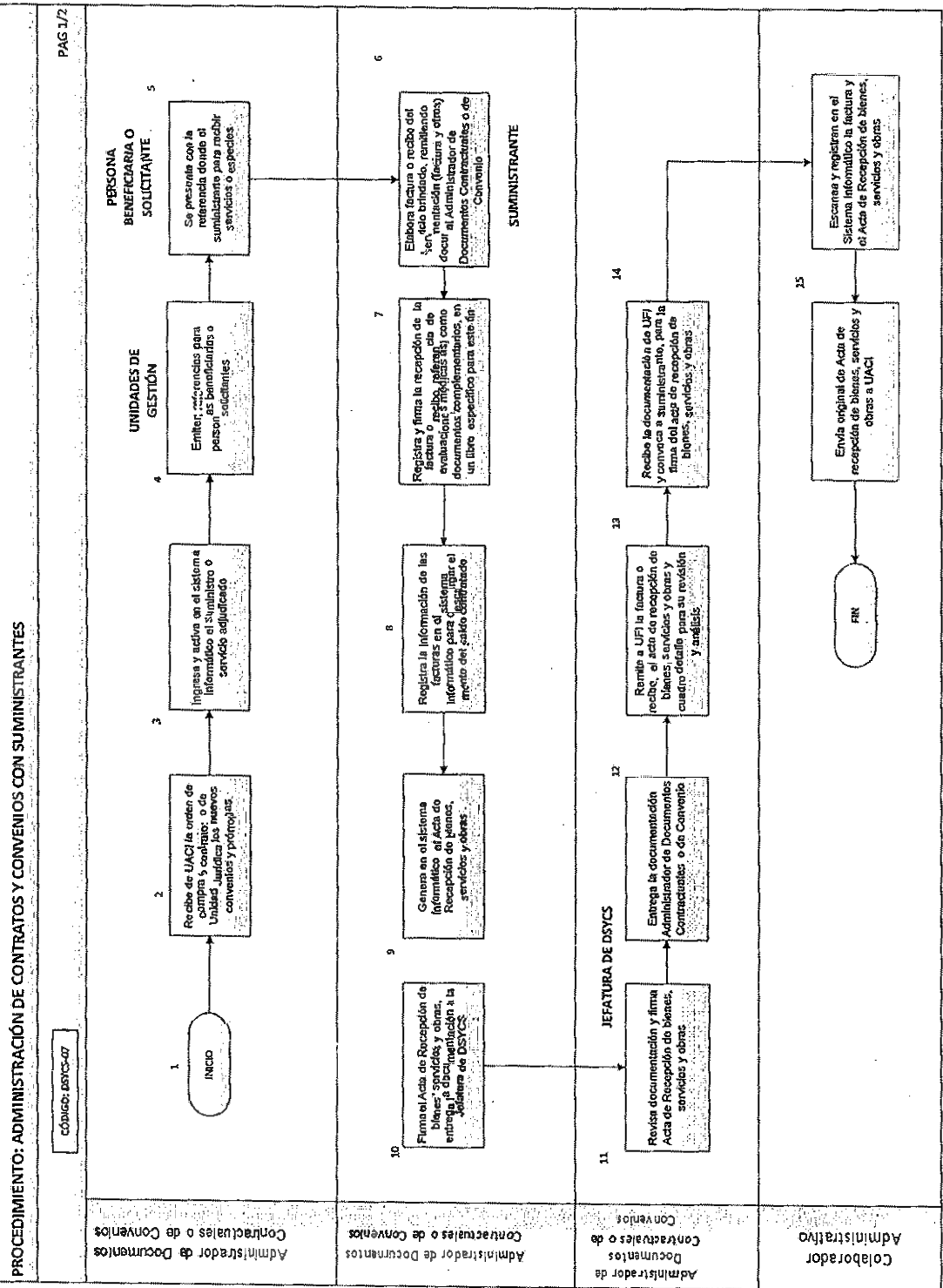


Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud

Fecha: 15-06-2017

Rev.: 01

Pág. 99 de 105





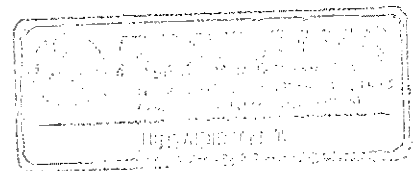
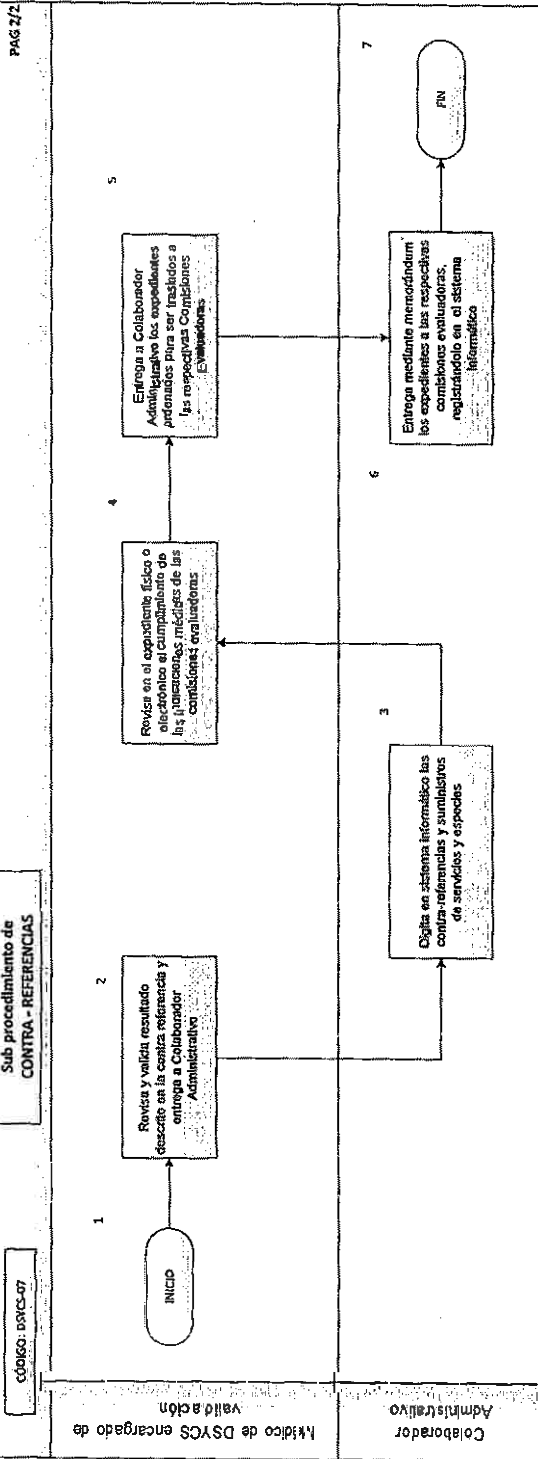
Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del
Departamento de Seguimiento y Control en Salud

Fecha: 15-06-2017

Rev.: 01

Pág. 60 de 105

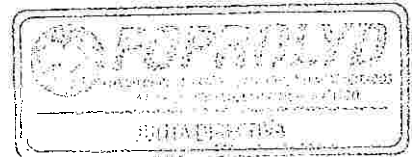
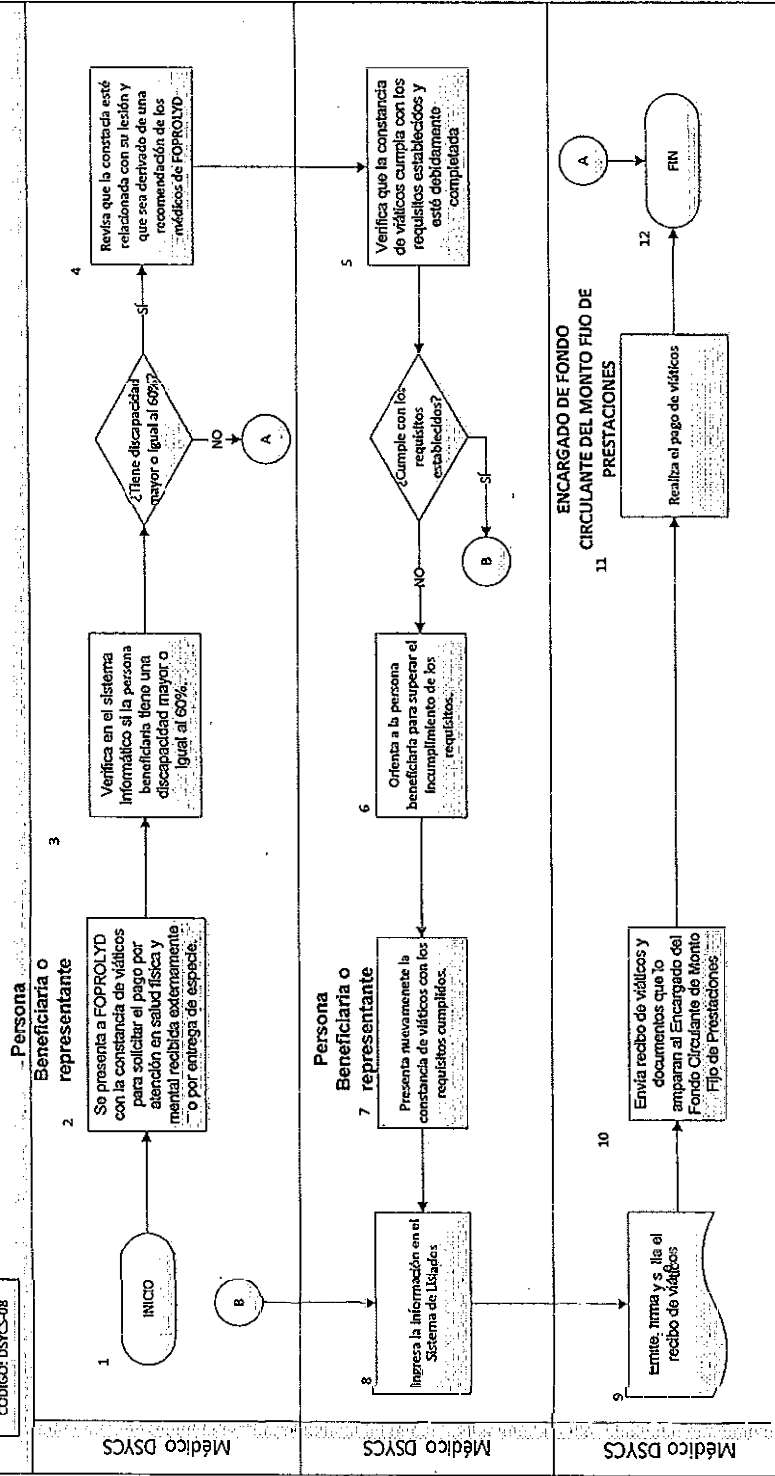
PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DE CONTRATOS Y CONVENIOS CON SUMINISTRANTES





PROCEDIMIENTO: VALIDACIÓN DE PAGO DE VIÁTICOS A PERSONAS BENEFICIARIAS CON DISCAPACIDAD TOTAL

Código: DSYCS-08





Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud

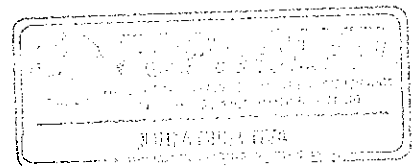
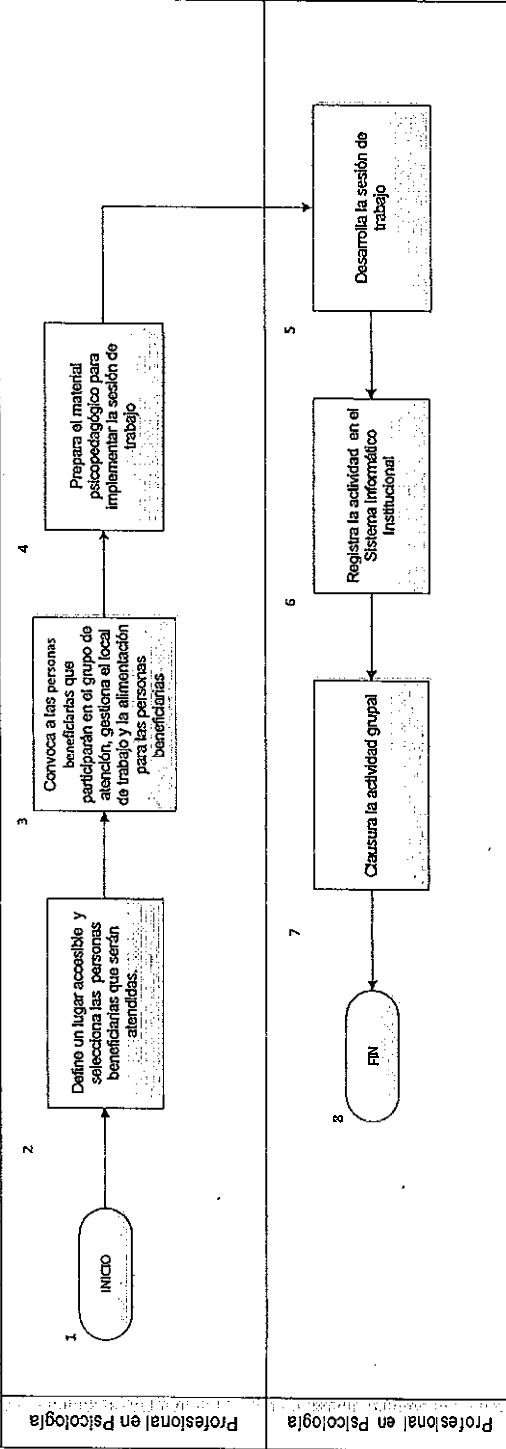
Fecha: 15-06-2017

Rev.: 01

Pág. 62 de 105

PROCEDIMIENTO: IMPLEMENTACIÓN DE GRUPOS DE DESARROLLO PERSONAL PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS

Código: PSYCS-09





Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud

Fecha: 15-06-2017

Rev.: 01

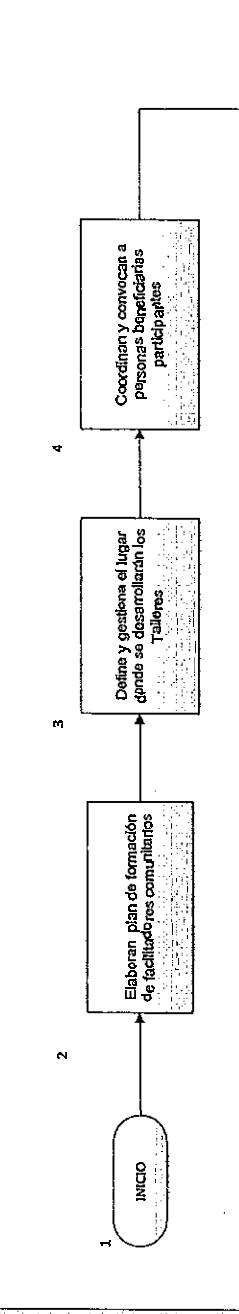
Pág. 63 de 105

PROCEDIMIENTO: FORMACIÓN DE FACILITADORES COMUNITARIOS

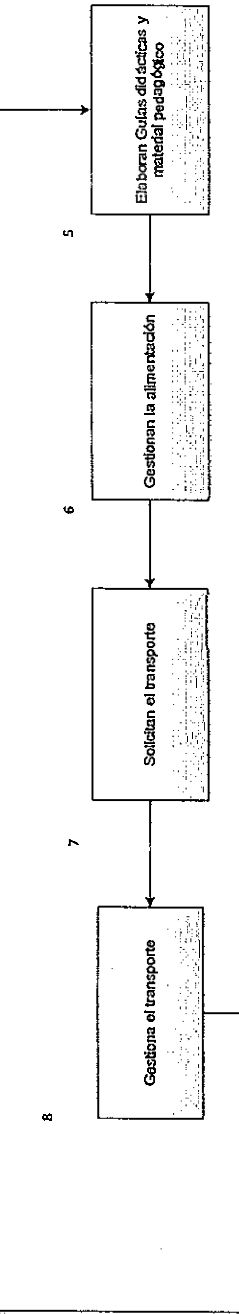
Código: DS/CS-10

FASE I: FORMACIÓN

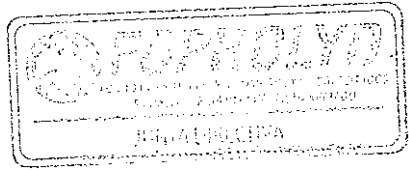
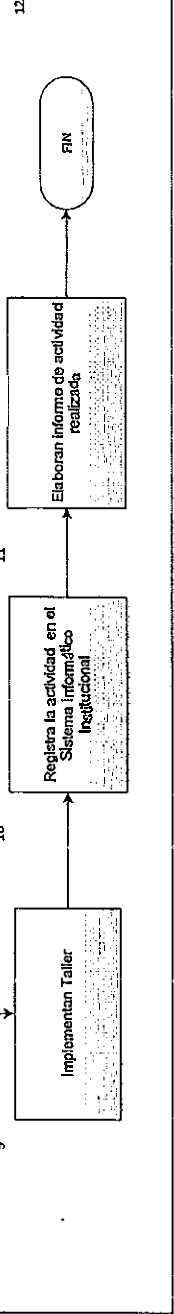
Profesionales en Psicología



Profesionales en Psicología



Profesionales en Psicología





Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del
Departamento de Seguimiento y Control en Salud

Fecha: 15-06-2017

Rev.: 01

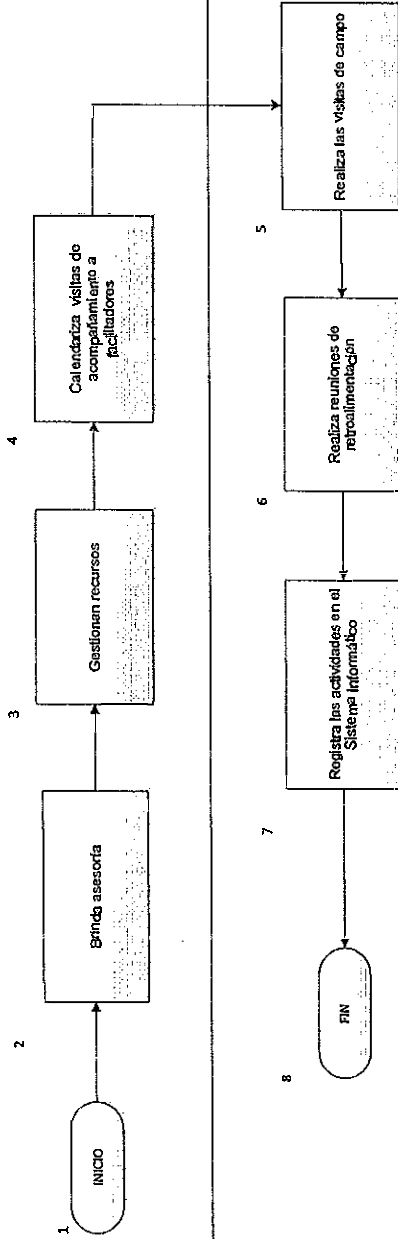
Pág. 64 de 105

PROCEDIMIENTO: FORMACIÓN DE FACILITADORES COMUNITARIOS

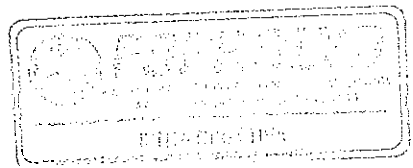
FASE II: REPLICACIÓN DE CONOCIMIENTOS

CÓDIGO: DS/CS-10

Profesional en Psicología



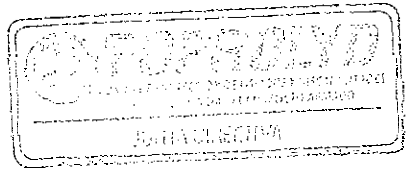
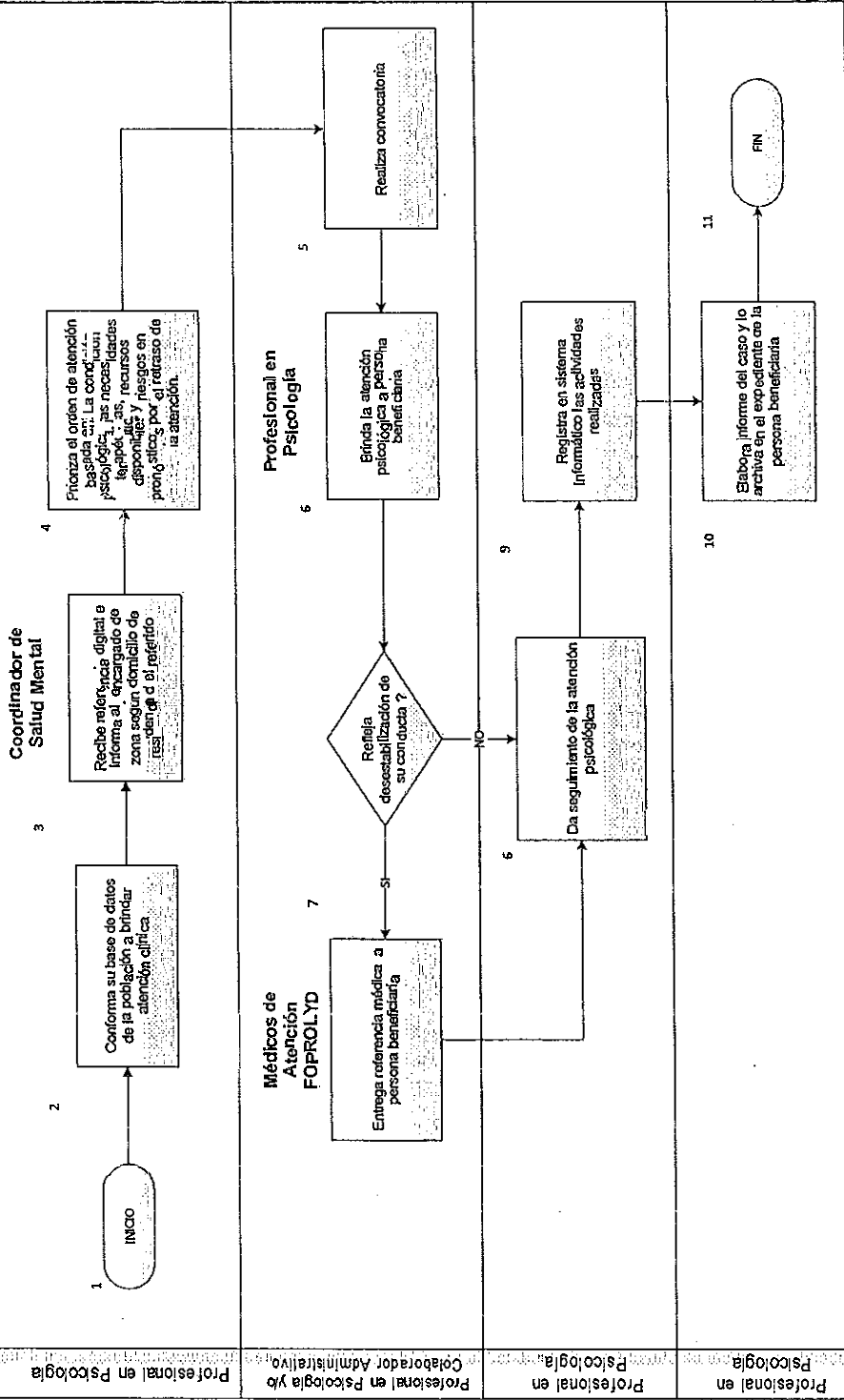
Profesional en Psicología





PROCEDIMIENTO: SERVICIOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

CÓDIGO: DSYS- 11





Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud

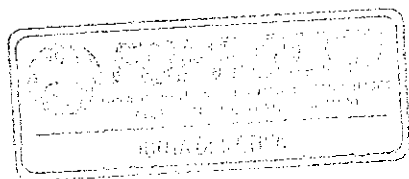
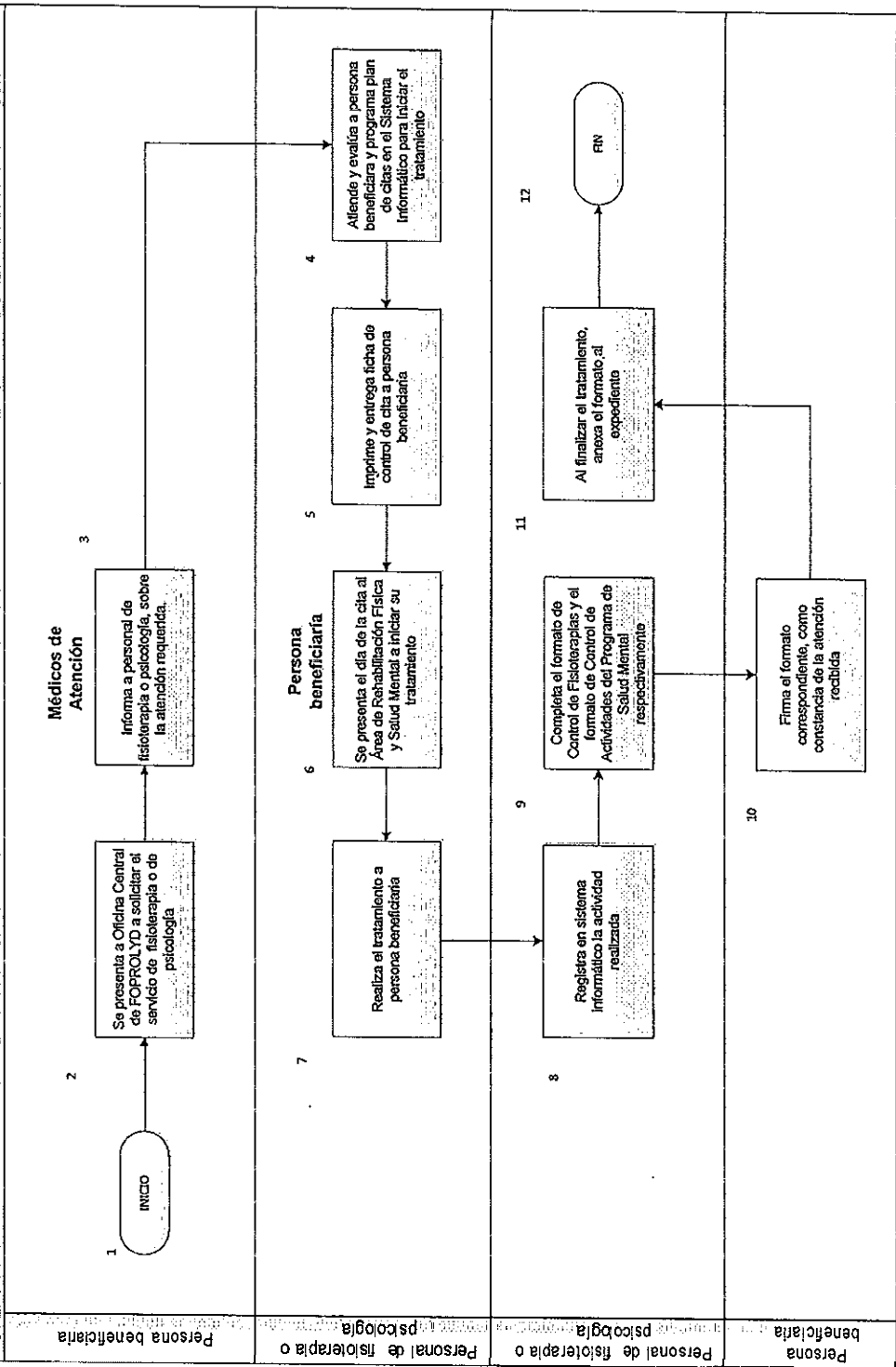
Fecha: 15-06-2017

Rev.: 01

Pág. 66 de 105

PROCEDIMIENTO: ATENCIONES EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN FÍSICA Y SALUD MENTAL

CÓDIGO: DSYCS-12





13.2 Formularios e informes

13.2.1 Referencia y Contra-Referencia Hospitalaria

CÓDIGO: REFHOS - 01



REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA HOSPITALARIA PARA PERSONAS BENEFICIARIAS DE FOPROLYD

Fecha: _____ Expediente FOPROLYD N°: _____

Nombre: _____
 DUI N°: _____

Referido a: _____
 Especialidad: _____

SERVICIO SOLICITADO

Sistema: _____

Solicitud: _____
 Historia Clínica: _____

Profesional de la Salud de FOPROLYD _____ Sello: _____

CONTRA-REFERENCIA

Fecha: _____

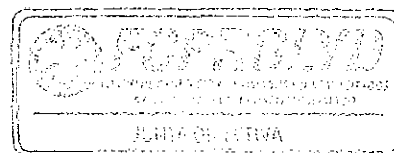
Diagnóstico: _____
 Plan: _____

Servicio Otorgado:

<input type="checkbox"/> Consulta Médica	<input type="checkbox"/> Exámenes de Laboratorio
<input type="checkbox"/> Curación	<input type="checkbox"/> Psicología
<input type="checkbox"/> Exámenes de Gabinete	<input type="checkbox"/> Otros _____
<input type="checkbox"/> Fisioterapia	_____

Observaciones: _____

Firma y sello Médico Tratante _____ Firma o Huella del Paciente _____





CÓDIGO: CONSUB- 01

13.2.2 Consulta Subsecuente Convenio FOPROLYD

GOBIERNO DE EL SALVADOR
UNÁMONOS PARA CRECER

Profundizando la dignificación de nuestras Beneficiarias y Beneficiarios

CONSULTA SUBSECUENTE CONVENIO FOPROLYD

Nombre de la Persona Beneficiaria: _____

DUI: _____ Expediente FOPROLYD No.: _____

Hospital: _____ Fecha de Atención: ____/____/____

Especialidad: _____ Sello Hospitalario _____

Servicio Otorgado:

<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Hospitalización
<input type="checkbox"/> Examen de Gabinete	<input type="checkbox"/> Consulta Externa
<input type="checkbox"/> Examen de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Cirugía
	<input type="checkbox"/> Otros _____

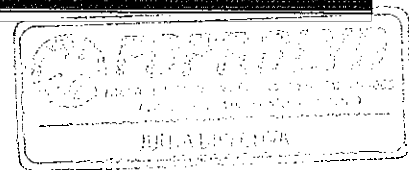
Diagnóstico: _____

Plan: _____

FECHA PROXIMA CTA: SI NO Día Mes Año


Firma y sello del Médico Tratante Firma del Paciente o Huellas Digitales o Firma a ruego si no sabe Firmar

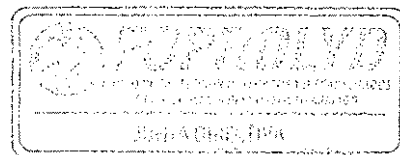
El convenio FOPROLYD, entre 2014 y 2016, Normas y Procedimientos de Seguimiento y Control en Salud, No. 01, del 15 de junio de 2017, emitido por el Departamento de Seguimiento y Control en Salud, del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, con el fin de garantizar el acceso a los servicios de salud de las personas beneficiarias y beneficiarios del convenio FOPROLYD, se actualizó el convenio FOPROLYD, emitido por el Departamento de Seguimiento y Control en Salud, del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, con el fin de garantizar el acceso a los servicios de salud de las personas beneficiarias y beneficiarios del convenio FOPROLYD.







13.2.3 REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA DE USUARIOS DE FOPROLYD

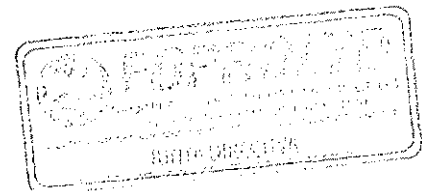
 FONDO DE PROTECCIÓN DE LESIONADOS Y DISCAPACITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO Beneficiarios				
REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA DE USUARIOS DE FOPROLYD				
Fecha: 23/11/2016	REFERENCIA VÁLIDA POR 15 DÍAS			
Nombre: JUAN JOSE RAMOS RODRIGUEZ	Estatus: Activo			
No. Doc.: 00661790-2	Expediente: 9			
Referido a: HDSPITAL DE NUEVA CONCEPCION (Otros)				
Dirección:				
Historia: EN 1995 EXPUESTO A EXPLOSION DE ARTEFACTO EXPLOSIVO CON PERDIDA DE VISION DE AMBOS OJOS				
<table border="1"> <tr> <td>2</td> <td>1</td> <td>Consulta Medica - MEDICINA GENERAL: FAVOR DAR MANEJO A RESEQUEZAD + DOLOR EN AMBOS OJOS, SE OBSERVA SEGRECION AMARILLENTA</td> </tr> </table>		2	1	Consulta Medica - MEDICINA GENERAL: FAVOR DAR MANEJO A RESEQUEZAD + DOLOR EN AMBOS OJOS, SE OBSERVA SEGRECION AMARILLENTA
2	1	Consulta Medica - MEDICINA GENERAL: FAVOR DAR MANEJO A RESEQUEZAD + DOLOR EN AMBOS OJOS, SE OBSERVA SEGRECION AMARILLENTA		
Profesional Referente	Sello			
CONTRA-REFERENCIA				
Sistema:	Fecha: _____			
Hallazgos:	_____			
_____	_____			
_____	_____			
_____	_____			
SERVICIO OTORGADO:	Evaluación () Exámenes de Laboratorio () Dictámen () Exámenes de Gabinete () Consulta Médica () Otros ()			
Porcentaje de Discapacidad por Sistema, con relación a la persona: _____				
Relacionado con el Conflicto Armado? SI () NO ()				
Observaciones _____				
Firma y sello del Profesional Tratante	Firma o huella del Paciente			
COPIA				
Fecha: _____	Corrección: _____			
Firma y sello del Profesional Tratante: _____				





13.2.4 Comprobante de Entrega de Especies en Campo


 FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO	
COMPROBANTE DE ENTREGA DE ESPECIES EN CAMPO	
Yo, _____, persona beneficiaria del Fondo de Protección de Lisiados y Discapacitados a Consecuencia del Conflicto Armado (FOPROLYD), que me identifico con mi Documento Único de Identidad N° _____ Expediente N° _____	
DECLARO BAJO MI PALABRA DE HONOR que recibo a entera satisfacción, de parte de FOPROLYD lo siguiente:	
_____ _____ _____ _____	
Y me comprometo a usarlo conforme a las indicaciones que me fueron dadas por el personal de esta institución, en caso contrario, responderé de acuerdo a las sanciones pertinentes.	
Enterado y conforme de lo anterior, firmo o estampo mis huellas digitales, a los _____ días del mes de _____ del 2016.	
	
Firma a Ruego: _____	Firma de beneficiario o
DUI del firmante: _____	Huella (si no sabe firmar)
_____ NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE PERSONAL MÉDICO O DE FISIOTERAPIA QUE AUTORIZA Y ENTREGA	





CODIGO: COMESP - 02

13.2.5 Comprobante de Entrega de Especies



**FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO**

COMPROBANTE DE ENTREGA DE ESPECIE

DJ-10075

Yo: **JORGE ALBERTO HERNANDEZ VALENCIA**, Beneficiario Lisiado, registrado en el Fondo de Protección de Lisiados y Discapacitados a Consecuencia del Conflicto Armado, que me identifiqué con mi Documento Único de Identidad No. **01381630-7**, Otro documento No. **01381630-7**, Expediente No. **71**

HAGO CONSTAR: QUE RECIBO a mi entera satisfacción, de parte de FOPROLYD, lo siguiente:

Cantidad	Producto	Descripción
1	Baston Para Ciego 52"	UNO

Y me comprometo a usarlo conforme a las indicaciones que me fueron dadas por el Fondo de Protección, en caso contrario, responderé de acuerdo a las sanciones pertinentes.

Enterado y conforme de lo anterior, firmo y/o estampo mis huellas digitales.

A los 12 días del mes de febrero de 2016

Firma a Ruego: _____

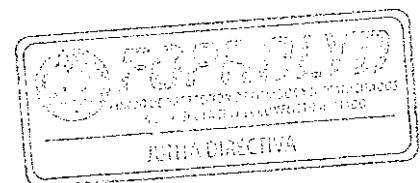
DUI del firmante: _____

Firma o Huella del Beneficiario

Nombre, firma y sello de Médico de Atención que autoriza

Nombre, firma y sello de quien entrega por Almacén


ORIGINAL





CÓDIGO: INMEVI - 01

13.2.6 Informe Médico de Visita Domiciliar



**FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO**

INFORME MEDICO DE VISITA DOMICILIAR

N° Expediente: _____ Fecha: _____

DATOS GENERALES Última Visita _____

Nombre: _____ Género: F ___ M ___

Edad: _____ DUI: _____ Teléfono: % Discapacidad: _____

Domicilio: _____

Lesión(es): _____

OBJETIVO DE LA VISITA: - Seguimiento al estado de salud - Otros: _____

1. **SITUACION ENCONTRADA:** (Estado de salud, asistencia a controles, distancia recorrida a centros de salud, etc.)

¿Recibe asistencia médica por sus lesiones? No SI

Consulta periódica Curación Fisiox. Otros: _____

Centro de atención (distancia, dificultad de acceso): Necesita transporte Ayuda de otra persona

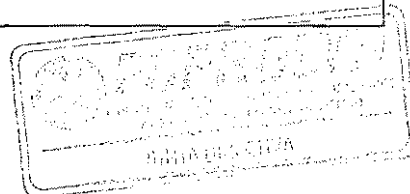
¿Recibe asistencia médica por otras patologías? No SI

2. **EXAMEN FISICO:**

Apariencia General: _____

FC: _____ FR: _____ TA: _____ T1: _____

	NORMAL	ANORMAL		NORMAL	ANORMAL		NORMAL	ANORMAL		NORMAL	ANORMAL		
CRANEO			CUELLO			ESPALDA			Ms. Ss.	D	I	D	I
CARA			TRAX			ABDOMEN			Ms. B.	D	I	D	I
OJOS	D	I	D	I	CVR			GENITOURINARIO					
OJOS	D	I	D	I	PULMONES			GLUTEOS					
CAVIDAD ORAL									PIEL Y ANEXOS				
									SNC				





FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO

Descripción de hallazgos: _____

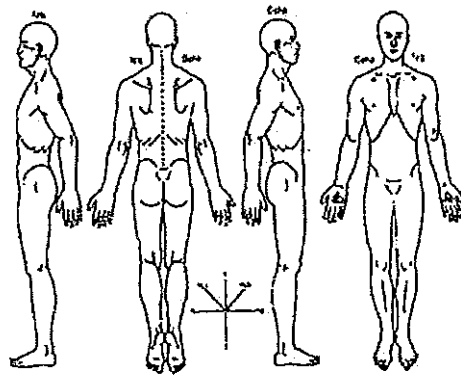
3. ESPECIES: Solicitud o Provisión o

4. PLAN A SEGUIR

• Próxima Visita Sugerida: _____
• _____

• Referencia: Hospital/UCSF Salud Mental Fisioterapia y T.O. Trabajo Social

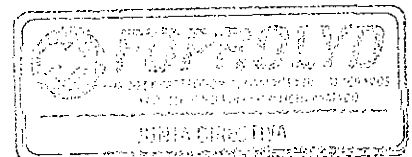
FIRMA/HUELLA DIGITAL DE LA PERSONA BENEFICIARIA



NOMBRE Y FIRMA A RUEGO

DUI: _____

SELLO Y FIRMA DEL PERSONAL MEDICO

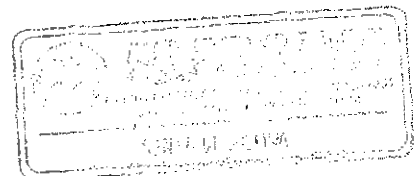




CÓDIGO: CONSVI - 01

13.2.7 Constancia de Visita Domiciliar No Efectiva

	FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO
CONSTANCIA DE VISITA DOMICILIAR NO EFECTIVA POR NO ENCONTRAR A LA PERSONA BENEFICIARIA, TESTIGO O VECINOS	
Yo, _____, hago constar que he realizado este día visita de campo NO EFECTIVA a la siguiente dirección: _____ _____	
de la Persona Beneficiaria o Solicitante: _____ con expediente No.: _____	
o Testigo, con la finalidad de: Visita Médica <input type="checkbox"/> Atención Psicológica <input type="checkbox"/> Entrevista a Testigo <input type="checkbox"/> Entrevista a Vecinos <input type="checkbox"/> Evaluación Técnica <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/>	
Otros: _____	
La actividad no se realiza por lo siguiente: _____ _____ _____	
A los _____ días del mes de _____ del 20 _____.	
_____ Firma del Profesional Responsable	





Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del Departamento de Seguimiento y Control en Salud


Fecha: 15-06-2017

Rev.: 01

Pág. 75 de 106

CÓDIGO: OFIHOS - 01

13.2.8 Oficio para Verificación Hospitalaria

 GOBIERNO DE
EL SALVADOR
UNÁMONOS PARA CRECER

Profundizando la dignificación de nuestras Beneficiarias y Beneficiarios

OFICIO N° _____

San Salvador, _____

DR(A).

Presente

Por este medio solicito atentemente su apoyo, proporcionando el acceso a _____, quien se hará presente el día _____ de los corrientes, para revisión de expedientes clínicos en busca de antecedentes de lesiones relacionadas con el conflicto armado, según el detalle siguiente:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

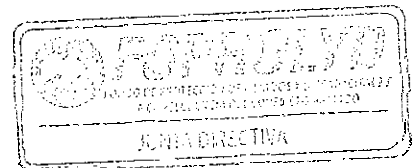
No omito manifestarle que dicha solicitud es con el objeto de dar cumplimiento al Art. 35 del Reglamento de la Ley de FOPROLYD, así mismo, la información proporcionada se requiere para fundamentar elegibilidad de los casos presentados por los solicitantes.

En espera de su colaboración, agradezco de antemano su ayuda,

Atentamente.

Jefatura Departamento Seguimiento y Control en Salud

Edificio FOPROLYD, entre 2ª y 4ª Av. Norte y Alameda Juan Pablo II, N° 428, San Salvador, El Salvador, C.A.
Correo Electrónico: comunicacion@fondosocial.gov.sv
Teléfono: (503) 2133-6200
www.fondosocial.gov.sv





Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del
Departamento de Seguimiento y Control en Salud


Fecha: 15-06-2017

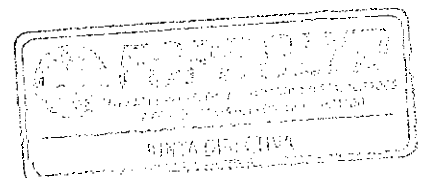
Rev.: 01

Pág. 76 de 106

CÓDIGO: VERHOS- 01

13.2.9 Informe de Verificación Hospitalaria

 FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO	
INFORME DE VERIFICACIÓN HOSPITALARIA DEPARTAMENTO DE SEGUIMIENTO Y CONTROL EN SALUD	
INSTITUCION:	_____
FECHA DE LA VISITA:	_____
OBJETIVO DE LA VISITA:	_____ _____
RESUMEN DE EXPEDIENTE CLINICO REVISADO	
FECHA Y MOTIVOS DE ATENCION MEDICA:	_____ _____ _____ _____ _____ _____
ANTECEDENTES PERSONALES RELACIONADOS CON EL CONFLICTO ARMADO:	_____ _____ _____
SELLO Y FIRMA DEL PERSONAL MEDICO DE POPROLYD QUE REALIZÓ REQUERIMIENTO:	_____ _____
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE INSTITUCION DONDE SE REALIZÓ LA VISITA:	_____





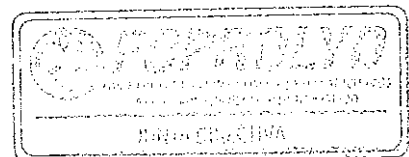
FONDO DE PROTECCIÓN DE LESIONADOS Y DISCAPACITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO

INFORME DE VERIFICACIÓN HOSPITALARIA
DEPARTAMENTO DE SEGUIMIENTO Y CONTROL EN SALUD

CONTINUACION DE RESUMEN DE EXPEDIENTE CLINICO REVISADO:


SELLO Y FIRMA DEL PERSONAL MEDICO DE FOPROLYD QUE REALIZÓ REQUERIMIENTO:

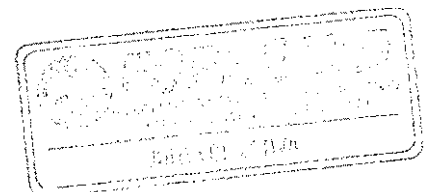
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE INSTITUCION DONDE SE REALIZO LA VISTA:





13.2.10 Informe de Verificación Hospitalaria NO efectiva.


 FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS ACONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO
INFORME DE VERIFICACIÓN HOSPITALARIA DEPARTAMENTO DE SEGUIMIENTO Y CONTROL EN SALUD
INSTITUCION: _____
FECHA: _____
OBJETIVO DE LA VISITA: _____ _____
SOLICITUD DE REVISION DE EXPEDIENTE CLINICO DENEGADA DEBIDO A: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
SELLO Y FIRMA DEL PERSONAL MEDICO DE FOPROLYD QUE REALIZÓ REQUERIMIENTO: _____ _____
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE LA INSTITUCION DONDE SE REALIZO LA VISITA: _____

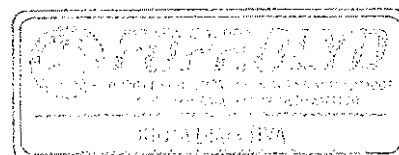




CÓDIGO: AUTERC - 01

13.2.11 Autorización de entrega de medicamentos a terceras personas

 <p>FONDO DE PROTECCIÓN DE LESIADOS Y DISCAPACITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO</p> <p>AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS A TERCERAS PERSONAS</p> <p>Lugar, _____ de _____ de 20____.</p> <p>Personal Médico de Atención FOPROLYD Presente.</p> <p>Por este medio Yo, _____ persona beneficiaria de FOPROLYD, autorizo a _____, mayor de edad y con N° de DUI _____ para que retire de la Oficina la (s) siguiente (s) especie (s):</p> <p>_____ _____ _____ _____ _____</p> <p>Debido a que por motivos de fuerza mayor no puedo retirarlos personalmente.</p> <p>Firma o huella de la persona beneficiaria: _____</p> <p>N° DUI de la persona beneficiaria _____</p> <p>FIRMA DE QUIEN RETIRA MEDICAMENTO _____</p>
--





CÓDIGO: AUTFAR - 01

13.2.12 Autorización de entrega de medicamentos en farmacias



FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO

AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS EN FARMACIA

Lugar, _____ de _____ de 20____.

Señores
FARMACIA _____

Presente

Reciban atentos saludos del Fondo de Protección de Lisiados y Discapacitados a Consecuencia del Conflicto Armado, deseándoles éxitos en sus actividades diarias.

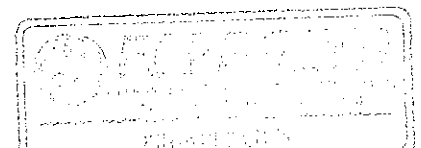
En esta oportunidad queremos solicitarles la entrega de medicamento(s) según receta médica a _____ con N° DUI _____ quien recibirá dicho(s) medicamento(s) en nombre de la persona beneficiaria _____ con expediente FOPROLYD N° _____, quien por motivos de fuerza mayor no puede retirarlos personalmente.

Agradeciendo su colaboración nos despedimos, atentamente.

Firma y sello del personal médico de atención de FOPROLYD


Departamento de Seguimiento y Control en Salud

FIRMA DE QUIEN RETIRA MEDICAMENTO _____



CÓDIGO: VERLES - 01

13.2.13 Informe de Verificación de Circunstancia de Lesión



**FONDO DE PROTECCIÓN DE USIADOS Y DISCAPACITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO**

INFORME DE VERIFICACIÓN DE CIRCUNSTANCIA DE LESIÓN

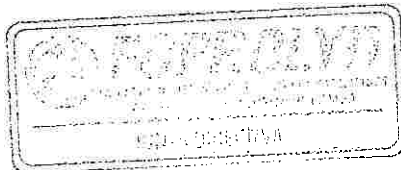
Constituido el Trabajador Social en el lugar: _____ del
Municipio de: _____ Departamento: _____ con la
finalidad de investigar **CIRCUNSTANCIAS DE LESIÓN** del Sr. o Sra.: _____
Expediente: _____

DATOS DEL ENTREVISTADO:

Nombre: _____
 Edad _____ Ocupación _____ DUI _____
 Y expresa lo siguiente: _____

Para constancia de lo antes declarado, firmamos la presente a los _____ días del mes de _____
del año 20____.

_____ _____ _____
 Trabajador/a Social Entrevistado/a Entrevistado/a





13.2.14 Informe de Verificación de Circunstancia de Lesión NO efectiva



FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO

INFORME DE VERIFICACIÓN DE CIRCUNSTANCIA DE LESIÓN NO EFECTIVA

Constituido el Trabajador Social en el lugar: _____

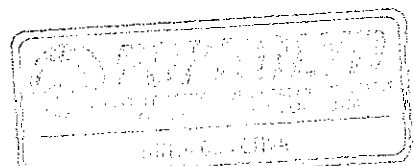
del Municipio de: _____ Departamento: _____

con la finalidad de investigar CIRCUNSTANCIAS DE LESIÓN del Sr. o Sra.:-

La entrevista no se realiza por lo siguiente: _____

A los _____ días del mes de _____ del año 20____.


Nombre y Firma Trabajador Social

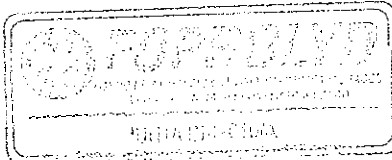




13.2.15 Hoja de Evolución

CÓDIGO: HOJAEV - 01


 FONDO DE PROTECCIÓN DEL ESTADO Y DISCAPACITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO	
HOJA DE EVOLUCIÓN	
Expediente No. _____	
FECHA	NOTAS



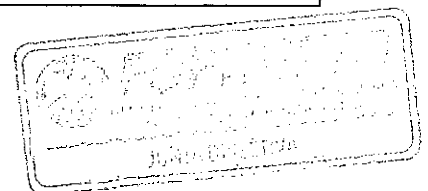


CÓDIGO: CONTES - 01

13.2.16 Convocatoria a Testigos

	FONDO DE PROTECCIÓN DE LESIONADOS Y DISCAPACITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO
CONVOCATORIA A TESTIGOS	
<p>Se convoca a los testigos señalados en los requerimientos de las Comisiones Evaluadoras, con el fin que se presente a entrevista a la oficina de atención de FOPROLYD más conveniente, en cumplimiento a acuerdo de junta directiva no. 763.10.2012 con fecha 25 de octubre de 2012.</p>	
Nombre: _____	
No. de Expediente: _____	Fecha: _____
Medio de convocatoria: Vía telefónica ____ No. teléfono _____ Vía correo nacional ____ Vía correo electrónico ____ Se contactó: SI ____ No ____	
Dirección para cita: _____	
Se deja mensaje con: _____	
Lugar de entrevista: Oficina Central ____ ORSAM ____ ORCHAL ____ Otros _____	
Fecha de entrevista: _____	Hora: _____

Nombre: _____	
No. de Expediente: _____	Fecha: _____
Medio de convocatoria: Vía telefónica ____ No. teléfono _____ Vía correo nacional ____ Vía correo electrónico ____ Se contactó: SI ____ No ____	
Dirección para cita: _____	
Se deja mensaje con: _____	
Lugar de entrevista: Oficina Central ____ ORSAM ____ ORCHAL ____ Otros _____	
Fecha de entrevista: _____	Hora: _____
Responsable de Convocatoria: _____	
Nombre y Firma	





CÓDIGO: CONTES - 02

13.2.17 Constancia por NO presentar Testigos



FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO

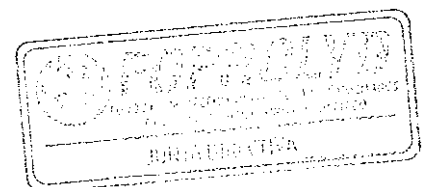
CONSTANCIA POR NO PRESENTAR TESTIGOS

Fecha: / /

En atención al Acuerdo de Junta Directiva No. 763.10.2012, emitido el 25 de Octubre de 2012, en el que establece en el inciso h) "en aquellos casos de solicitantes o beneficiarios cuyos testigos no se presenten a rendir testimonio de circunstancias de lesión, posterior a los 30 días de la segunda convocatoria, su expediente se trasladara a la Comisión Evaluadora, para que resuelva según corresponda"; y en razón que los testigos de la persona beneficiaria o solicitante _____ con No. de Expediente _____, fueron convocados y no se presentaron, se traslada el caso a la comisión correspondiente para su análisis y seguimiento al proceso requerido.

Profesional responsable: _____


Nombre y Firma





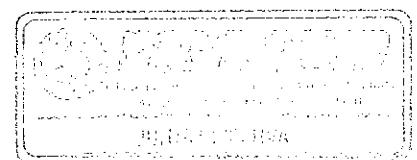
CÓDIGO: CIRLES - 01

13.2.18 Entrevista de Circunstancias de lesión a Testigos

 FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO	
ENTREVISTA DE CIRCUNSTANCIAS DE LESIONA TESTIGOS	
Constituidos en: _____	
Municipio _____	Departamento: _____ con la finalidad de
investigar CIRCUNSTANCIAS DE LESIÓN del Sr. o Sra. _____	
_____ con expediente _____ solicitada por _____	
DATOS DEL ENTREVISTADO:	
Nombre _____	
Edad _____	Ocupación _____ DUI: _____ Tipo de
testigo: Presencial <input type="checkbox"/>	Referencial <input type="checkbox"/>
Historia Previa: _____	

RELACIONADO A LA LESIÓN:	
Lugar _____	Fecha: _____
Que lesiones sufrió, Físicas y/o Psicológicas: _____	

CIRCUNSTANCIAS:	





Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del
Departamento de Seguimiento y Control en Salud

Fecha: 15-06-2017

Rev.: 01

Pág. 87 de 106



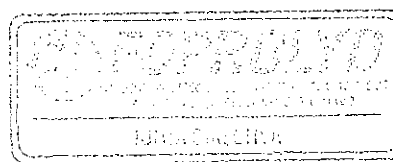
FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO

Para constancia de lo antes declarado, firmamos la presente entrevista a los _____ días del mes
de _____ del año 20_____.

Trabajador(a) Social

Colaborador Jurídico


Entrevistado

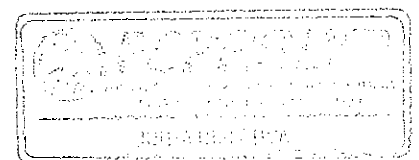




CÓDIGO: CONATE - 01

13.2.19 Control de Atenciones Psicológicas o de Fisioterapia


			
FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO			
CONTROL DE ATENCIONES PSICOLÓGICAS/ FISIOTERAPIA A PERSONAS BENEFICIARIAS			
Persona beneficiaria:	<input type="text"/>	Expediente No:	<input type="text"/>
Edad:	<input type="text"/>	Fecha de Evaluación:	<input type="text"/>
Referido por:	<input type="text"/>	N° de Sesiones:	<input type="text"/>
Profesional de Psicología/ Fisioterapia	<input type="text"/>		
Tratamiento:			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
No.	FECHA	FIRMA	OBSERVACIONES
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			





CÓDIGO: EVAFIS - 01

13.2.20 Evaluación de Fisioterapia y Terapia Ocupacional

	
FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO	
EVALUACIÓN DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL	
DATOS GENERALES	
Nombre: _____	Expediente: _____
Sexo: _____	Capacidad%: _____
Edad: _____	Diagnóstico: _____

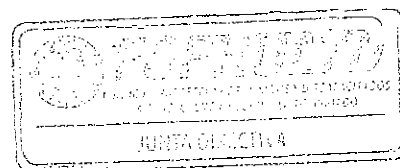
Dirección: _____	
Teléfono: _____ Fecha: _____	
HISTORIA CLÍNICA	

CONDICIÓN ACTUAL:	

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO	

PLAN DE TRATAMIENTO	


FISIOTERAPEUTA RESPONSABLE:	





CÓDIGO: SILPET- 01

13.2.21 Evaluación de Fisioterapia y Terapia Ocupacional para entrega de Sillas PET



 <p>FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO</p>
<p>EVALUACIÓN DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL PARA ENTREGA DE SILLA PET</p>
<p>DATOS GENERALES:</p> <p>NOMBRE: _____ EDAD: _____ EXPEDIENTE: _____</p> <p>DIAGNÓSTICO: _____</p> <p>FECHA: _____ CATEGORÍA: _____ DISCAPACIDAD: _____</p> <p>DIRECCIÓN: _____</p> <p>TELÉFONO: _____</p>
<p>MIEMBROS SUPERIORES: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>AYUDAS AUXILIARES PARA TRASLADOS: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>SE OBSERVAN BARRERAS ARQUITECTÓNICAS DENTRO Y FUERA DE LA VIVIENDA: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>RECOMENDACIONES: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Fisioterapeuta responsable: _____</p>

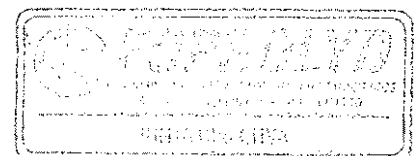




CÓDIGO: CARCOM - 01

13.2.22 Carta de Compromiso Psicoterapéutico



	FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO
CARTA DE COMPROMISO PSICOTERAPEUTICO	
<p>Yo _____, con número de DUI _____, persona beneficiaria del Programa de Salud Mental, acepto voluntariamente la oportunidad que la Institución me brinda de realizar mi proceso psicoterapéutico, el cual será de beneficio personal, familiar y de mi comunidad; por lo que me comprometo a:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ser responsable al acudir el día, hora y lugar indicados.2. En caso de algún Inconveniente avisaré al profesional asignado un día antes (horas hábiles) de la sesión programada.3. Mantener disponibilidad para participar en las actividades a las que se me convoque.4. Ser respetuoso en la relación con todos los participantes en este proceso.	
Firma de la persona beneficiaria: _____	
	Huella (Si no sabe firmar)
Firma a Ruego: _____ (Si beneficiario no sabe firmar):	
DUI del firmante: _____	
Lugar: _____	Fecha: _____



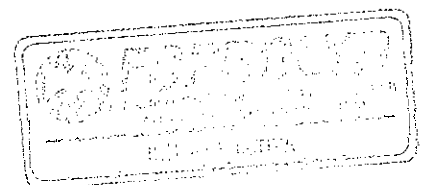


CÓDIGO: FACOMU - 01

13.2.23 Hoja de Inscripción a Taller de Formación de Facilitadores Comunitarios

 <p>FONDO DE PROTECCIÓN DE LOS MUJERES Y DISCAPACITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO</p>	
<p>HOJA DE INSCRIPCIÓN A TALLER DE FORMACIÓN DE FACILITADORES COMUNITARIOS EN SALUD MENTAL</p>	
	
Nombre: _____	
Dirección: _____	
Municipio: _____	Departamento: _____
Fecha de nacimiento: _____	Grado educativo _____
Categoría: _____	
Teléfono Fijo _____ Teléfono celular _____	
Experiencia en el área comunitaria:	


Firma del participante	





CÓDIGO: ENSAME - 01

13.2.24 Encuesta de Salud Mental



**FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS
ACONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO**

ENCUESTA DE SALUD MENTAL

Expediente: _____ Departamento: _____

Municipio: _____ Cantón: _____

I. **Identificación** Beneficiario Familiar Comunidad

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado Familiar: _____

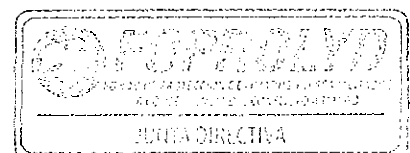
Dirección: _____

Nivel Educativo: Analfabeta Grado Primaria Educación Superior

Ninguno Año de Bachillerato

II. **Cuestionario de Síntomas**
En los últimos treinta días ha tenido o ha sentido:

1.	Dolores de estómago, espaldas, cabeza, miembros, menstruales o durante el acto sexual	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2.	Mareos o desmayos, aceleración del corazón, pulso acelerado y/o dificultades para respirar	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3.	Poco interés o placer en hacer las cosas, desánimo, depresión y/o sin esperanzas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4.	Nerviosismo, ansiedad, preocupación constante, miedo y/o pánico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5.	Sueña con situaciones de guerra (combates, etc.) le molesta hablar de la guerra y/o ver películas de guerra	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6.	Ha tenido ataques o convulsiones con caídas al suelo, mordeduras de la lengua y/o relajación de esfínteres	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7.	Se enoja con facilidad más que antes y/o responde de forma violenta	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
8.	Le cuesta dormirse, se despierta varias veces en la noche, cuantas horas duerme	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
9.	¿Ha ingerido bebidas alcohólicas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
10.	¿Ha consumido drogas? (Marihuana, Cocaína, Crack, pega,, etc?)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>





FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO

III. Pre-Diagnóstico

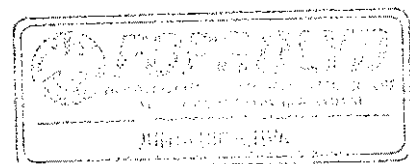
Sin alteraciones en su Salud Mental
Trastorno de ansiedad
Trastorno del Humor
Trastorno del Sueño
Trastorno Somatoforme

Trastorno del Carácter
Trastorno por sustancias Psicoactivas:
Alcohol Drogas
Síndrome cerebral orgánico con convulsiones
Síndrome cerebral orgánico sin convulsiones
Estrés postrauma crónico

OBSERVACIONES: _____

FECHA: _____

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL: _____





CÓDIGO: INFPSI - 01

13.2.25 Informe Psicológico



FONDO DE PROTECCIÓN DE LESIONADOS Y DISCAPACITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO

INFORME PSICOLOGICO

NOMBRE		EXPEDIENTE	
EDAD		GENERO	
ESTADO FAMILIAR		CATEGORIA	
DIRECCION			
TELEFONO			
DIAGNOSTICO DE REFERENCIA			
FECHA DE INICIO		FECHA DE FINALIZACION	

Motivo de consulta:

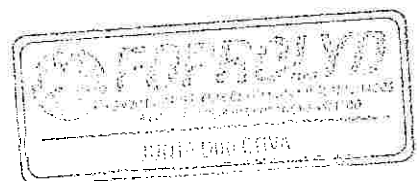
Intervenciones:

Conclusiones:

Recomendaciones:

Nombre y firma del Profesional en Psicología

Sello





Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del
Departamento de Seguimiento y Control en Salud


Fecha: 15-06-2017

Rev.: 01

Pág. 96 de 106

CÓDIGO: CONPSI - 01

13.2.26 Constancia de Permanencia en FOPROLYD

	<p>GOBIERNO DE EL SALVADOR UNÁMONOS PARA CRECER</p> <p><i>Profundizando la dignificación de nuestras Beneficiarias y Beneficiarios</i></p>
---	---

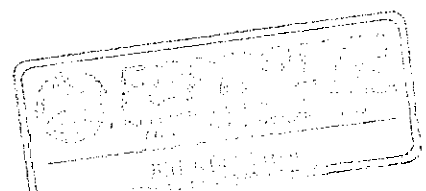
A QUIEN INTERESE

Por este medio se **HACE CONSTAR**, que el señor(a) _____
persona beneficiaria de FOPROLYD, permaneció en actividades convocadas por la
institución, en horario de _____.

Y para los usos que el interesado estime conveniente se extiende la presente a los
_____ del mes _____ de _____.

F. _____ Sello:
Profesional Responsable
Departamento de Seguimiento y Control en Salud.


Financiado por FOPROLYD, calle # 7 y 4 Av. María y Almirante Juan Pablo II, 10-210, San Salvador, El Salvador, C.A.
Correo Electrónico: comunicacion@foprolid.org, comunicacion@foprolid.org, comunicacion@foprolid.org
Teléfono (503) 2133 4400
www.foprolid.org

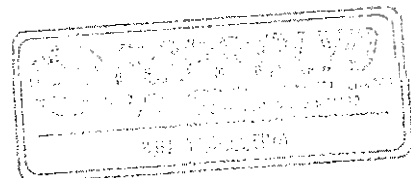




CÓDIGO: INVENT - 01

13.2.27 Invitación a Evento


 <p>GOBIERNO DE EL SALVADOR UNÁMONOS PARA CRECER</p> <p><i>Profundizando la dignificación de nuestras Beneficiarias y Beneficiarios</i></p>
<p><i>El Fondo de Protección de Lisiados y Discapacitados a Consecuencia del Conflicto Armado (FOPROLYD), a través del personal de psicología del Departamento de Seguimiento y Control en Salud</i></p> <p>CONVOCA A:</p> <p>_____</p> <p>DELDOMICILIO: _____</p> <p>A LAACTIVIDAD DE: _____</p> <p>_____</p> <p>A DESARROLLARSE: _____</p> <p>LUGAR: _____</p> <p>HORA: _____</p>
<p>NO OLVIDAR SU DUI O CARNET DE FOPROLYD !!!GRACIAS!!!</p>

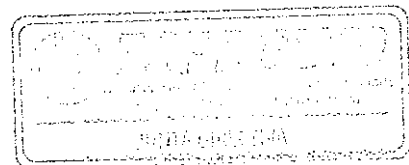




CÓDIGO: CONEST - 01

13.2.28 Control de estudios entregados a especialistas


					
FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO					
CONTROL DE ESTUDIOS ENTREGADOS A ESPECIALISTAS					
FECHA:					
Nº	NOMBRE	EXP/BOL	ESTUDIO	ESPECIALISTA	NOMBRE Y FIRMA DE RECIBIDO
1					
2					
FECHA:					
Nº	NOMBRE	EXP/BOL	ESTUDIO	ESPECIALISTA	NOMBRE Y FIRMA DE RECIBIDO
1					
2					
FECHA:					
Nº	NOMBRE	EXP/BOL	ESTUDIO	ESPECIALISTA	NOMBRE Y FIRMA DE RECIBIDO
1					
FECHA:					
Nº	NOMBRE	EXP/BOL	ESTUDIO	ESPECIALISTA	NOMBRE Y FIRMA DE RECIBIDO
1					

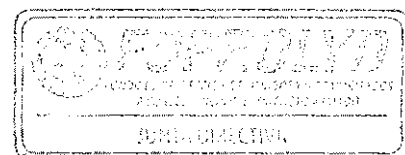




CÓDIGO: CONFAC - 01

13.2.29 Control detallado de facturas


 FONDO DE PROTECCIÓN DELINCUENTES Y DISCAPACITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO						
CONTROL DETALLADO DE FACTURAS						
SUMINISTRANTE: _____						
ESPECIALIDAD: _____						
ORDEN O CONTRATO No. _____ / 20 _____						
No. DE FACTURA: _____	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 20px;"></td> <td style="text-align: center;">Beneficiario</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 20px;"></td> <td style="text-align: center;">Solicitante</td> </tr> </table>		Beneficiario		Solicitante	
	Beneficiario					
	Solicitante					
No.	NOMBRE	No. DE EXPEDIENTE - BOLETA	SERVICIO BRINDADO	FECHA DE ATENCION	COSTO UNITARIO	TOTAL
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
					TOTAL	
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE			NOMBRE Y FIRMA DEL ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA O CONTRATO			





CÓDIGO: SUPROV - 01

13.2.30 Supervisión de proveedores de suministros y servicios



**FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO**

SUPERVISIÓN DE PROVEEDORES DE SUMINISTROS Y SERVICIOS

Nombre del Suministrante: _____

Orden/Contrato/Convenio N°: _____

Dirección del Suministrante: _____

Teléfono: _____

I. Instalaciones:

- Limpias SI () NO ()
- Ordenadas SI () NO ()
- Adecuadas para el desplazamiento de personas con discapacidad SI () NO ()

Observaciones: _____

II. Cómo es el trato a las personas beneficiarias (hospitalizadas o no):

- Cordial / Cortés / Amable SI () NO ()

Observaciones: _____

III. Con qué periodicidad se programan las citas o consultas subsecuentes: _____

IV. En el caso de médicos especialistas:

- Usan el formato otorgado por FOPROLYD para solicitar los exámenes complementarios o brindar informes de atenciones SI () NO ()
- Considera que FOPROLYD entrega oportunamente los exámenes complementarios SI () NO ()

Observaciones: _____

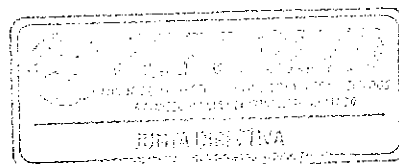
V. Si es por suministro de Especies:

- Cumple los Requisitos y Especificaciones SI () NO ()
- Es entregada a Tiempo SI () NO ()
- Dan Soporte y Garantía Post Venta SI () NO ()

Observaciones: _____

Nombre, firma y sello
Persona de la Institución Supervisada

Nombre, firma y sello
Administrador del Contratos/ Orden /Convenio





CÓDIGO: ACTHOS-01

13.2.31 Acta de Recepción de bienes, servicios y obras de Hospitales

FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO

ACTA DE RECEPCION DE BIENES, SERVICIOS Y OBRAS

ENTREGA: Parcial
FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Prestaciones a Beneficiarios

ACTA No. SYCS-82/2015

En las oficinas del Fondo de Protección de Lisiados y Discapitados a Consecuencia del Conflicto Armado, ubicadas en San Salvador, a las 10 horas y 0 minutos del día 3 de febrero de 2015, Gloria Susana Escobar Navas, solicitante, Silvia Nora González de Rivera, Administrador de Convenio de fecha 9 de agosto de 2011 en representación de FOPROLYD y HOSPITAL MILITAR CENTRAL, por la presente hacemos constar que en este acto los primeros dieron por recibido a satisfacción lo siguiente:

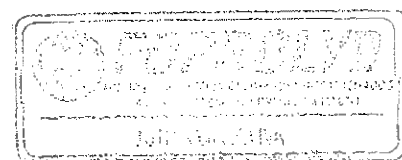
Facturación	Fecha	Descripción	Vlr
Recibo	30/01/2015	ATENCIÓN MEDICO HOSPITALARIA BRIANDA A PACIENTE ISMAEL OSWALDO MELENDEZ AGUEDA DEL 23 DE DICIEMBRE 2014 AL 09 ENERO 2015, SE CUNA CONVENIO DE COOPERACION ENTRE EL MINISTERIO DE LA DEFENSA NACIONAL Y FOPROLYD A TRAVES DEL FAENHMC.	\$3,659.71
Total			\$3,659.71

Total en letras: TRES MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE 71/100 DOLARES

Y sin más que hacer constar ratificamos el contenido de esta Acta.

Gloria Susana Escobar Navas SOLICITANTE	Silvia Nora González de Rivera ENCARGE Y ADMINISTRADOR DE CONVENIO
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	

Edificio FOPROLYD, entre 2^a y 4^a Av. Heróica y Alameda José Martí II, N° 428 San Salvador, El Salvador, C.A.
 Correo electrónico: comunicaciones@foprodolados.gub.sv
 Teléfono: 2133-8700
 www.foprodolados.gub.sv





CÓDIGO: ACTSUM - 01

13.2.32 Acta de Recepción de bienes, servicios y obras de Suministrantes



FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO

ACTA DE RECEPCION DE BIENES, SERVICIOS Y OBRAS

ENTREGA: Parcial

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Prestaciones a Beneficiarios

ACTA No. 9YCS-90/2015

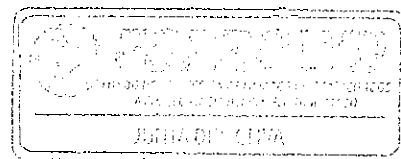
En las oficinas del Fondo de Protección de Lisiados y Discapacitados a Consecuencia del Conflicto Armado, ubicadas en San Salvador, a las 12 horas y 0 minutos del día 6 de febrero de 2015, Gloria Susana Escobar Navas, solicitante, Sandra Elizabeth Beltrán Velásquez, Administrador de Orden de Compra de Bienes y Servicios No. 81 de fecha 3 de noviembre de 2014 en representación de FOPROLYD y URIESA, S.A. DE C.V., por la presente hacemos constar que en este acto @s primer@s dieron por recibido a satisfacción lo siguiente:

Factura No.	Fecha	Descripción	Valor
35	02/02/2015	Evaluación Médica en la Especialidad de Fisiatría a 7 Beneficiarios y 2 Sofocantes	\$270.00
Total			\$270.00
Total en letras: DOSCIENTOS SETENTA 00/100 DOLARES			

Y sin más que hacer constar ratificamos el contenido de esta Acta.

Gloria Susana Escobar Navas SOLICITANTE	Sandra Elizabeth Beltrán Velásquez ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS
URIESA, S.A. DEC.V.	


Edificio FOPROLYD, calle 2ª y 4ª Av. Norte y Avenida Juan Pablo II, N° 426 San Salvador, El Salvador, C.A.
Correo electrónico: compras@foprolsidas.gob.sv
Teléfono: 2153-6259
www.foprolsidas.gob.sv

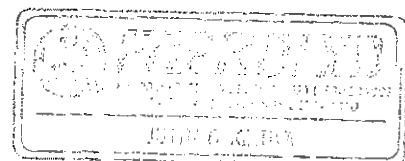




CÓDIGO: CONSOL - 01

13.2.33 Control de solicitantes y personas beneficiarias atendidas por contrato u orden de suministro

					
FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO					
FOPROLYD					
CONTROL DE SOLICITANTES O PERSONAS BENEFICIARIAS ATENDIDAS POR CONTRATO U ORDEN DE SUMINISTRO:					
PROVEEDOR:					
No.	NOMBRE	EXPEDIENTE - BOLETA	FECHA DE CITA	FECHA DE ASISTENCIA	OBSERVACION
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					





CÓDIGO: INFQUI - 01

13.2.34 quincenal de contratos u órdenes de compra



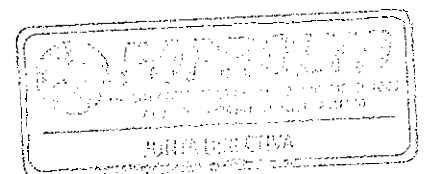
FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS
MONSE CUENCA DEL COMITÉ CTEJURADO

DEPARTAMENTO DE SEGUIMIENTO Y CONTROL EN SALUD

INFORME QUINCENAL DE CONTRATOS U ORDENES DE COMPRA


NOMBRE DE CONTRATO O DE LA ORDEN DE COMPRA: _____
ORDEN O CONTRATO N°: _____

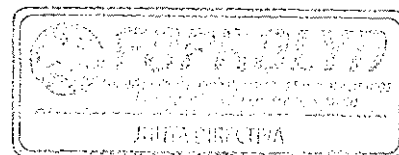
Item	Nombre del beneficiario	Número de expediente	Servicio Brindado	Factura No.	Fecha Atención	Costo Unitario	Monto de Contrato	Saldo de contrato	Estudios Complementarios enviados por FOPROLYD	Estudios Complementarios solicitados por proveedor	Observaciones





13.3 Cuadro de Especies a entregar por FOPROLYD

 FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO				
Código	Nombre del Producto (*)	Unidad de Medida	Cantidad	Tiempo (**)
16010027	Andaderas Metálicas	Unidades	1	Cada 2 años
16010001	Bastones canadienses "L"	Pares	1	Cada 2 años
16010016	Bastones Canadienses "M"	Pares	1	Cada 2 años
16010028	Bastones de tres puntos	Unidades	1	Cada 2 años
16010003	Bastones metálicos de un punto	Unidades	1	Cada 2 años
16010017	Bastones para ciego de 50"	Unidades	1	Cada 2 años
16010013	Bastones para ciego de 52"	Unidades	1	Cada 2 años
16010011	Bastones para ciego de 54"	Unidades	1	Cada 2 años
16040014	Bolsa colectora de orina para cama	Unidades	30	trimestral
16040011	Bolsa colectora de orina para pierna	Unidades	90	trimestral
16040010	Bolsa de colostomía	Unidades	90	trimestral
16020031	Bolsa de frío (Hielo Instantáneo)	Unidades	0	n/a
16040029	Bomba Difusión (Sistema)	Unidades	0	n/a
16040021	Cateter Externo "L"	Unidades	90	trimestral
16040020	Cateter Externo "M"	Unidades	90	trimestral
16040013	Cierre de bolsa para colostomía	Unidades	90	trimestral
16010033	Cojín de aire (De 3 Válvulas)	Unidades	1	Anual
16010031	Cojín de Aire Especial	Unidades	1	Anual
16040003	Cojín de espuma y gel para silla de rueda# 8046U	Unidades	1	Anual
16040002	Cojín de gel para silla de ruedas	Unidades	1	Anual
16040006	Cojín de luto	Unidades	1	Anual
16010024	Colchon Antiescara de Gel	Unidades	1	Anual
16010025	Colchon de Aire	Unidades	1	Anual
16020028	Collarín cervical blando	Unidades	1	Anual
16020013	Escoquínete de 4"	yardas	6	trimestral
16020008	Escoquínete de 6"	yardas	6	trimestral
16030007	Faja Elástica Abdominal	Unidades	1	Anual
16030005	Faja lumbo sacro	Unidades	1	Anual
16040031	Ferula para hombro	Unidades	1	Anual
16020030	Ferulas Inmovilizadoras (MI)	Unidades	1	Anual
16020029	Ferulas Inmovilizadoras (MS)	Unidades	1	Anual
16040016	Gabachas de tela para pacientes	Unidades	0	n/a
16020022	Medias con revestimiento de silicon	Unidades	2	Anual
16020023	Medias de Lana de 7" x 4" x 14"	Unidades	2	trimestral
16020027	Medias para Muñon 14.5 To x B.1250 Toe x 22.50 CM.	Unidades	2	trimestral
16020020	Medias para Muñon 5 PLY 4.5x10-14" Largo	Unidades	2	trimestral
16020021	Medias para Muñon 5 PLY 6.5x10-14" Largo	Unidades	2	trimestral
16010026	Muletas axilares Metálicas "L"	Pares	1	Cada 2 años
16010002	Muletas axilares metálicas	Pares	1	Cada 2 años
NA	Pañales desechables (pampers)	Paquete	39	trimestral
16050002	Protectores de apoyo axilares para muletas	Pares	1	trimestral
16050005	Protectores para empuñadura de muletas axilares	Pares	1	trimestral
16050003	Punteros de Bastones para ciego	Unidades	1	Semestral
16050004	Regatones para bastones	Pares	1	trimestral
16050001	Regatones para muletas	Pares	1	trimestral
16060001	Regletas brayle	Unidades	1	Anual
16020007	Rodilleras elásticas "S - M - L"	Unidades	1	Semestral
16010012	Silla de rueda estandar	Unidades	1	2 años
16010008	Silla de rueda para cuadruplejico	Unidades	1	2 años
16010015	Silla de rueda semi deportiva para adulto	Unidades	1	3 años





Manual de Políticas, Normas y Procedimientos del
Departamento de Seguimiento y Control en Salud

Fecha: 15-06-2017

Rev.: 01

Pág. 106 de 106

Código	Nombre del Producto (*)	Unidad de Medida	Cantidad	Tiempo (**)
16010022	Silla de ruedas (Tipo PET)	Unidades	1	única
16010020	Silla de ruedas deportiva	Unidades	1	3 años
16010021	Silla de Ruedas Estándar 20"	Unidades	1	2 años
16010032	Silla p/baño (lesionado medulares)	Unidades	1	3 años
16010019	Silla para Baño	Unidades	1	3 años
16010029	Silla para Baños (Inodoro)	Unidades	1	3 años
16040007	Sonda vesical# 14 conducto de 6cc	Unidades	15	trimestral
16040009	Sonda vesical# 16 conducto de 5cc	Unidades	15	trimestral
16040008	Sonda vesical# 18 conducto de 5cc	Unidades	15	trimestral
16040017	Sonda vesical# 20 conducto de 5 cc	Unidades	15	trimestral
16040022	Sondas Nelaton # 14	Unidades	30	mensual
16040018	Sondas Nelaton # 16	Unidades	30	mensual
16040030	Sondas Nelaton #18	Unidades	30	mensual
16020024	Tobilleras talla L	Unidades	1	Semestral
16020003	Vendas elásticas de 4"	Unidades	2	trimestral
16020002	Vendas elásticas da 6"	Unidades	2	trimestral
	Lentes Correctores	Pares	1	Cada 2 años
	Lentes p/Sol	Pa re s	1	Semestral
	Protesis Oculares	Unidades	1	3 años
	Otoamplifonos	Unidades	1	3 Años

Con referencia médica y considerando la periodicidad prescrita por el médico especialista

***NOMBRE DEL PRODUCTO:** Describe la especie, que históricamente se ha requerido con mayor frecuencia, sin embargo, el tipo de especie podrá variar de acuerdo a las necesidades, que por la compleja situación de discapacidad la persona beneficiaria amerite.

