

	PROCESO PROTECCIÓN PROCEDIMIENTO PARA AUTORIZACIÓN Y PAGO DE LOS GASTOS DEL ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO DE LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES O PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD DECLARADOS EN SITUACIÓN DE ADOPTABILIDAD QUE SE ENCUENTRAN BAJO MEDIDA DE PROTECCIÓN DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN	P13.P	05/02/2019
		Versión 1	Página 1 de 12

1. OBJETIVO

Autorizar y pagar el acompañamiento hospitalario de los niños, niñas, adolescentes y mayores de 18 años con discapacidad declarados en situación de adoptabilidad, que se encuentran bajo medida de protección para cumplir con lo establecidos por la resolución vigente.

2. ALCANCE

Inicia cuando un niño, niña, adolescentes o personas mayores de 18 años declaradas en adoptabilidad bajo protección y al cuidado del ICBF las 24 horas del día, los 7 días de la semana, requiere de un acompañante durante los procedimientos y tratamientos médicos que el sector salud debe brindar cuando se encuentran hospitalizados y termina con la adición al contrato para el pago del acompañamiento.

Aplica para las modalidades de restablecimiento de derechos: Centro de Emergencia, Casa Hogar, Casa de Acogida, Casa de Protección y Casa Universitaria, Hogar Sustituto e Internados; para el Restablecimiento Derechos en las Modalidades de la Subdirección de Responsabilidad Penal: Centro de Emergencia, Casa Hogar e Internado de Restablecimiento de Derechos en Administración de Justicia; Centro Transitorio, Centro de Internamiento Preventivo, Centro de Atención Especializado de las medidas y sanciones del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescente.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Una vez la niña, niño, adolescente o persona mayor de 18 años con discapacidad, se encuentre hospitalizada de acuerdo a las particularidades de cada caso, la respectiva Autoridad Administrativa verificará y autorizará, bajo al principio de corresponsabilidad, que algún miembro de la familia biológica o red vincular vinculada al PARD, realice este acompañamiento (de ser así, es importante tener en cuenta que no se reconocerá pago por concepto de estos gastos); de encontrarse que no es posible el acompañamiento por parte algún miembro de la familia biológica o red vincular, debe soportarse el trabajo de fortalecimiento de la corresponsabilidad adelantado con la red familiar por el equipo de la Autoridad Administrativa y del operador correspondiente, y las razones por las que no es posible dicho acompañamiento.
2. Mientras el niño, niña, adolescente o persona mayor de 18 años con discapacidad declarada en adoptabilidad se encuentre hospitalizada, el equipo interdisciplinario del operador debe continuar con el seguimiento correspondiente en el marco del proceso de atención para el restablecimiento de derechos y el equipo de la Autoridad Administrativa, el seguimiento

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

	PROCESO PROTECCIÓN PROCEDIMIENTO PARA AUTORIZACIÓN Y PAGO DE LOS GASTOS DEL ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO DE LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES O PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD DECLARADOS EN SITUACIÓN DE ADOPTABILIDAD QUE SE ENCUENTRAN BAJO MEDIDA DE PROTECCIÓN DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN	P13.P	05/02/2019
		Versión 1	Página 2 de 12

dentro de Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos.

3. Es importante tener en cuenta que estos gastos serán reconocidos durante la hospitalización del niño, niña, adolescente o persona mayor de 18 años, y, no se reconocerán gastos por ingresos a urgencias.
4. Los servicios de acompañamiento hospitalario se podrán garantizar de las siguientes maneras:
 - A. Para las Modalidades de Restablecimiento de Derechos, Restablecimiento de Derechos en Administración de Justicia y/o medidas y sanciones del SRPA administradas a través de operador, el Director(a) Regional **podrá realizar adición al contrato de aporte** para reconocer los gastos de acompañantes hospitalarios de los niños, niñas, adolescentes o personas mayores de 18 años con discapacidad declaradas en adoptabilidad.
 - B. Para la Modalidad Hogares Sustitutos que son administrados directamente por el ICBF, el Director(a) Regional, podrá expedir **resolución** reconociendo el pago del gasto que se derive del acompañamiento hospitalario.
5. El perfil del acompañante hospitalario debe corresponder a las siguientes consideraciones:

Perfil del acompañante hospitalario
Mayor de 18 años de edad.
No tener antecedentes judiciales, disciplinarios, ni fiscales. Ni reportes en medidas correctivas de la policía.
Contar con características tales como responsabilidad, puntualidad y honestidad, las cuales entre otras, son necesarias para asumir el cuidado de un niño, niña, adolescente o persona mayor de 18 años con discapacidad declarada en adoptabilidad.
Notas: • El operador debe certificar por escrito la idoneidad del acompañante. • El rol de esta persona es únicamente de acompañante; no deberá realizar funciones que correspondan al Sistema de Salud. • Para la modalidad de Hogares Sustitutos, la persona que realice el acompañamiento no podrá pertenecer a la familia nuclear o red de apoyo de la madre sustituta. • El rol de acompañante no lo podrá desempeñar otra madre o padre sustituto.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

	PROCESO PROTECCIÓN PROCEDIMIENTO PARA AUTORIZACIÓN Y PAGO DE LOS GASTOS DEL ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO DE LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES O PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD DECLARADOS EN SITUACIÓN DE ADOPTABILIDAD QUE SE ENCUENTRAN BAJO MEDIDA DE PROTECCIÓN DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN	P13.P	05/02/2019
		Versión 1	Página 3 de 12

- La persona que realice el acompañamiento no debe hacer parte del talento humano requerido para la prestación del servicio de la modalidad de protección que está desarrollando el proceso de atención.

6. El acompañante deberá presentarse en los lugares y tiempos definidos para efectuar el respectivo acompañamiento hospitalario y desarrollará las siguientes actividades:

- ✓ Asegurarse que el niño, niña, adolescente o persona mayor de 18 años con discapacidad declarada en adoptabilidad esté aseada.
- ✓ Brindar apoyo físico para satisfacer las actividades fisiológicas del niño, niña, adolescente o persona mayor de 18 años con discapacidad declarada en adoptabilidad (hidratarse, alimentarse, movilizarse, entre otras)
- ✓ Brindar de manera continua actividades relacionadas con el estado de confort que el niño, niña, adolescente o persona mayor de 18 años con discapacidad declarada en adoptabilidad requiera, y que, a su vez, le sirvan de soporte emocional y apoyo para sobrellevar la enfermedad.
- ✓ Informar la evolución del estado de salud del niño, niña, adolescente o persona mayor de 18 años con discapacidad declarada en adoptabilidad a quien corresponda (Madre Sustituta, profesional del equipo interdisciplinario de la Autoridad Administrativa o del Operador).
- ✓ Recibir y acatar todas las indicaciones de acompañamiento dadas por el centro hospitalario o equipo médico que esté a cargo del niño, niña, adolescente o persona mayor de 18 años con discapacidad declarada en adoptabilidad.
- ✓ Apoyar el acompañamiento al niño, niña, adolescente o persona mayor de 18 años con discapacidad declarada en adoptabilidad en las actividades de su rutina diaria (baño, alistamiento de ropa, alimentación, etc.)
- ✓ Acudir a los lugares y tiempos definidos para efectuar el respectivo acompañamiento hospitalario y desarrollar las actividades señaladas en el apartado Políticas de Operación del presente documento.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

	PROCESO PROTECCIÓN PROCEDIMIENTO PARA AUTORIZACIÓN Y PAGO DE LOS GASTOS DEL ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO DE LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES O PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD DECLARADOS EN SITUACIÓN DE ADOPTABILIDAD QUE SE ENCUENTRAN BAJO MEDIDA DE PROTECCIÓN DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN	P13.P	05/02/2019
		Versión 1	Página 4 de 12

7. Para la autorización de traslado de recursos y/o adición a los contratos de aporte por parte de la Dirección de Protección se debe realizar de acuerdo con lo establecido en el manual de contratación vigente.

De conformidad con lo anterior, para obtener aval y autorización para la adición a los contratos de aporte por parte de la Dirección de Protección, se requiere que las Direcciones Regionales envíen los soportes siguientes:

- ❖ Histórico de hospitalizaciones de los últimos 6 meses que se han presentado en la modalidad y operador, al cual se va a realizar la adición, indicando número de niños, niñas, adolescentes o personas mayores de 18 años con discapacidad declaradas en adoptabilidad y tiempo de hospitalización.
 - ❖ De la segunda solicitud de adición en adelante, la Dirección Regional debe presentar los soportes de la utilización del anterior recurso autorizado y adicionado.
 - ❖ En caso de tener en el momento niños, niñas, adolescentes o personas mayores de 18 años con discapacidad declaradas en adoptabilidad hospitalizados, se debe enviar:
 - Relación de los Número de SIM y documento de identidad de los niños, niñas, adolescentes o personas mayores de 18 años con discapacidad declaradas en adoptabilidad hospitalizados en cada modalidad y operador.
 - La solicitud de acompañante por parte del sector salud, junto con el soporte de cuánto tiempo lleva hospitalizado el niño, niña, adolescente o persona mayor de 18 años con discapacidad declarada en adoptabilidad.
 - Para los niños, niñas, adolescentes con declaratoria de vulneración, se debe enviar el soporte del trámite que ha realizado la Autoridad Administrativa a cargo del caso, frente a que el acompañamiento sea realizado por una persona de la familia de origen, extensa o red vincular de apoyo vinculada al PARD, y que ello no ha sido posible.
 - ❖ Acta de comité de contratación con la solicitud correspondiente
8. Para poder autorizar el pago de acompañamiento hospitalario, se debió realizar previamente adición al contrato de aporte, con el fin de garantizar la disponibilidad de recursos al Operador de la Modalidad con destino a cubrir este costo en específico. Cuando se estén agotando los recursos adicionados para este fin, la Dirección Regional debe tramitar una nueva adición de recursos, según se requiera, con el objetivo de garantizar la disponibilidad de recursos y así el pago de acompañamiento hospitalario.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

	PROCESO PROTECCIÓN PROCEDIMIENTO PARA AUTORIZACIÓN Y PAGO DE LOS GASTOS DEL ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO DE LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES O PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD DECLARADOS EN SITUACIÓN DE ADOPTABILIDAD QUE SE ENCUENTRAN BAJO MEDIDA DE PROTECCIÓN DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN	P13.P	05/02/2019
		Versión 1	Página 5 de 12

9. Para iniciar el trámite de autorización el operador debe informar a través de correo electrónico u oficio al supervisor del contrato y a la Autoridad Administrativa a cargo del caso, cuando se presente la hospitalización de un niño, niña, adolescente o persona mayor de 18 años con discapacidad declarado en adoptabilidad o vulneración que requiera acompañamiento permanente y entregar a la autoridad administrativa correspondiente la orden médica expedida por el profesional de salud y por el profesional autorizado de la institución prestadora del servicio de salud, en la cual se establezca la necesidad de un acompañante hospitalario.

10. El operador debe proveer el acompañante que cumpla con los requisitos establecidos y para ello debe tener un banco de hojas de vida.

4. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

4.1. Para Modalidades de Restablecimiento de Derechos y Responsabilidad Penal Administradas a través de Operador.

a. Solicitud y autorización del acompañamiento hospitalario.

No	Nombre de la Actividad	Descripción de la actividad	Responsable	Registro
Inicio				
1.	Recepcionar orden médica	Recibir por parte del operador el informe de la hospitalización y la orden médica expedida por el profesional de salud de la institución prestadora de servicios de salud, en la que se evidencie el requerimiento del acompañamiento hospitalario permanente. Nota: El operador enviará la información a la Autoridad Administrativa y al Profesional designado. ¿El niño, niña o adolescente está declarado en adoptabilidad? NO: Seguir con la actividad No. 2 SI: Seguir la actividad No. 3	Autoridad Administrativa Profesional delegado por el supervisor	correo electrónico u otro medio expedito Orden médica

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

	PROCESO PROTECCIÓN PROCEDIMIENTO PARA AUTORIZACIÓN Y PAGO DE LOS GASTOS DEL ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO DE LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES O PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD DECLARADOS EN SITUACIÓN DE ADOPTABILIDAD QUE SE ENCUENTRAN BAJO MEDIDA DE PROTECCIÓN DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN	P13.P	05/02/2019
		Versión 1	Página 6 de 12

No	Nombre de la Actividad	Descripción de la actividad	Responsable	Registro
2.	Gestionar acompañamiento de la red familiar o extensa	Realizar las gestiones necesarias para contar con el acompañamiento de la red familiar o extensa vinculada al PARD, soportando por escrito dichas gestiones. ¿Se cuenta con el acompañamiento familiar? SI: fin del procedimiento NO: Seguir la actividad 3	Autoridad Administrativa	Registro SIM Módulo beneficiarios
3.	Autorizar acompañamiento hospitalario	Evaluar la solicitud de autorización del acompañamiento hospitalario, de acuerdo con lo evidenciado en los soportes remitidos por el operador. ¿Se autoriza el acompañamiento hospitalario?: NO: Fin de procedimiento SI: Continuar la actividad 4	Profesional delegado por el supervisor	Formato Autorización acompañamiento hospitalario
4.	Realizar seguimiento	Realizar el seguimiento de manera continua al proceso de internamiento hospitalario del niño, niña, adolescente o persona mayor de 18 años con discapacidad declarada en adoptabilidad, para llevar a cabo las acciones a que haya lugar. Nota: Los casos en los que se identifique que el acompañante hospitalario no está cumpliendo con su rol y actividades, se debe informar a la Autoridad Administrativa para que tome las medidas que haya lugar.	Profesionales del equipo interdisciplinario o de la Autoridad Administrativa	Registro en el SIM Módulo beneficiarios
Fin				

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

	PROCESO PROTECCIÓN PROCEDIMIENTO PARA AUTORIZACIÓN Y PAGO DE LOS GASTOS DEL ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO DE LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES O PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD DECLARADOS EN SITUACIÓN DE ADOPTABILIDAD QUE SE ENCUENTRAN BAJO MEDIDA DE PROTECCIÓN DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN	P13.P	05/02/2019
		Versión 1	Página 7 de 12

b. Pago del acompañamiento hospitalario

N o	Nombre de la Actividad	Descripción de la actividad	Responsable	Registro
Inicio				
1.	Recibir Cuenta de cobro	Recibir la cuenta de cobro mensual , que se presenta al supervisor del contrato de la Regional y verificar que se anexan los siguientes documentos: - Planilla en donde se relacione el número de SIM de los niños, niñas, adolescentes o personas mayores de 18 años con discapacidad declarada en adoptabilidad que tuvieron hospitalización con requerimiento de acompañante del respectivo periodo, con los datos de la hospitalización (Institución donde estuvo hospitalizado, motivo de hospitalización, fecha de ingreso y egreso). - Comprobante de pago efectuado al tercero que realizó el acompañamiento, por parte del Operador. - Certificación de la IPS en la que indique el número de días que estuvo hospitalizado el niño, niña, adolescente o persona mayor de 18 años con discapacidad declarada en adoptabilidad. - Autorización del acompañamiento hospitalario expedida por el Supervisor del contrato. - Cuenta de cobro o factura de venta. NOTA: Para poder autorizar el pago de acompañamiento hospitalario, se debió realizar previamente adición al contrato de aporte, con el fin de garantizar la disponibilidad de recursos al Operador de la Modalidad con destino a cubrir este costo en específico.	Profesional designado por Supervisor del contrato	Cuenta de cobro mensual y soportes

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

	PROCESO PROTECCIÓN PROCEDIMIENTO PARA AUTORIZACIÓN Y PAGO DE LOS GASTOS DEL ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO DE LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES O PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD DECLARADOS EN SITUACIÓN DE ADOPTABILIDAD QUE SE ENCUENTRAN BAJO MEDIDA DE PROTECCIÓN DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN	P13.P	05/02/2019
		Versión 1	Página 8 de 12

N o	Nombre de la Actividad	Descripción de la actividad	Responsable	Registro
2	Revisar de soportes y autorizar pago para pago	Revisar que los soportes entregados correspondan al acompañamiento hospitalario informado. SI: Se autoriza y se realiza pago NO: Se notifica al operador para que presente nuevamente la cuenta con los soportes adecuados.	Supervisor del contrato	Memorando
Fin				

4.2 Para la Modalidad Hogares Sustitutos administrados directamente por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF

a. Solicitud y autorización del acompañamiento hospitalario

N o	Nombre de la Actividad	Descripción de la actividad	Responsable (Cargo o nivel que realiza la actividad)	Registro (evidencia de la actividad, si aplica)
		Inicio		
1	Informar de la hospitalización	Informar de inmediato a la Autoridad Administrativa a cargo del caso, cuando se presente la hospitalización de un niño, niña, adolescente o persona mayor de 18 años con discapacidad declarada en adoptabilidad ubicada en un Hogar Sustituto que requiera acompañamiento permanente.	Madre sustituta	correo electrónico u otro medio expedito

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

	PROCESO PROTECCIÓN PROCEDIMIENTO PARA AUTORIZACIÓN Y PAGO DE LOS GASTOS DEL ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO DE LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES O PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD DECLARADOS EN SITUACIÓN DE ADOPTABILIDAD QUE SE ENCUENTRAN BAJO MEDIDA DE PROTECCIÓN DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN	P13.P	05/02/2019
		Versión 1	Página 9 de 12

N o	Nombre de la Actividad	Descripción de la actividad	Responsable (Cargo o nivel que realiza la actividad)	Registro (evidencia de la actividad, si aplica)
2	Obtener orden médica de la necesidad de acompañamiento o hospitalario	Obtener orden médica expedida por el profesional de salud y por el profesional autorizado de la Institución prestadora del servicio de salud, en la cual se establezca la necesidad de un acompañante hospitalario. ¿El niño, niñas o adolescente está declarado en adoptabilidad? NO: Seguir con la actividad No. 3 SI: Seguir la actividad No. 4	Madre sustituta	Orden médica
3	Gestionar el acompañamiento o de la red familiar o extensa	Realizar las gestiones necesarias para el acompañamiento de la red familiar o extensa vinculada al PARD, soportando por escrito dichas gestiones. Nota: Para los casos de niños, niñas, adolescentes declarados en vulneración de derechos, dicha actividad deberá ser desarrollada por un familiar vinculado al PARD y no habrá pago alguno por dicho acompañamiento.	Autoridad Administrativa	Registro SIM módulo de beneficiarios
4	Solicitar la autorización	Solicitar formalmente al Coordinador del Centro Zonal, la autorización para el acompañamiento hospitalario por parte de una persona definida por el ICBF.	Autoridad Administrativa	Memorando
5	Evaluar la autorización	Evaluar la solicitud de autorización para el acompañamiento hospitalario. ¿Autoriza el acompañamiento? NO: Emite memorando notificando la decisión y fin del procedimiento. SI: Emite autorización y continua actividad 6	Coordinador(a) del Centro Zonal	Memorando Formato Autorización acompañamiento hospitalario

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

	PROCESO PROTECCIÓN PROCEDIMIENTO PARA AUTORIZACIÓN Y PAGO DE LOS GASTOS DEL ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO DE LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES O PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD DECLARADOS EN SITUACIÓN DE ADOPTABILIDAD QUE SE ENCUENTRAN BAJO MEDIDA DE PROTECCIÓN DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN	P13.P	05/02/2019
		Versión 1	Página 10 de 12

N o	Nombre de la Actividad	Descripción de la actividad	Responsable (Cargo o nivel que realiza la actividad)	Registro (evidencia de la actividad, si aplica)
6	Autorizar	Entregar autorización a la Autoridad Administrativa con copia a la madre sustituta.	Coordinador(a) del Centro Zonal	Formato Autorización acompañamiento hospitalario
7	Realizar acompañamiento	Acudir a los lugares y tiempos definidos para efectuar el respectivo acompañamiento hospitalario y desarrollará las actividades señaladas en el apartado Políticas de Operación del presente documento.	Acompañante Hospitalario Autorizado	Planilla que contenga nombre del niño, niña o adolescente, fechas y horas del acompañamiento
8	Realizar seguimiento	Realizar el seguimiento de manera continua al proceso de internamiento hospitalario del niño, niña, adolescente o persona mayor de 18 años con discapacidad declarada en adoptabilidad, para llevar a cabo las acciones a que haya lugar, e informar al Coordinador del Centro Zonal los casos en que identifique que el acompañante hospitalario no está cumpliendo con su rol y actividades.	Profesionales del equipo técnico interdisciplinari o de la Autoridad Administrativa	Registro SIM Módulo beneficiarios
		Fin		

b. Pago del acompañamiento hospitalario

No	Nombre de la Actividad	Descripción de la actividad	Responsable	Registro
		Inicio		
1	Expedir certificación	Expedir la certificación de acompañamiento hospitalario una vez termine el proceso.	Coordinador(a) del Centro Zonal	Formato Certificación de acompañamiento hospitalario

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

	PROCESO PROTECCIÓN PROCEDIMIENTO PARA AUTORIZACIÓN Y PAGO DE LOS GASTOS DEL ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO DE LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES O PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD DECLARADOS EN SITUACIÓN DE ADOPTABILIDAD QUE SE ENCUENTRAN BAJO MEDIDA DE PROTECCIÓN DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN	P13.P	05/02/2019
		Versión 1	Página 11 de 12

No	Nombre de la Actividad	Descripción de la actividad	Responsable	Registro
2	Presentar cuenta de cobro	Presentar al Coordinador(a) del Centro Zonal la cuenta de cobro o el documento que haga sus veces por el valor total pactado con el ICBF, adjuntando los siguientes documentos: • Fotocopia de la cédula de ciudadanía • Certificación bancaria personal • Copia de la autorización de acompañamiento expedida por el Coordinador del Centro Zonal • Certificación expedida por el Coordinador del Centro Zonal sobre el periodo de acompañamiento efectivamente realizado • Copia del RUT.	Acompañante Hospitalario autorizado	Cuenta de cobro y soportes
3	Tramitar resolución	Tramitar con el Director Regional la resolución mediante la cual se autorizará el pago.	Coordinador(a) del Centro Zonal	Memorando/ correo/ formato
4	Expedir resolución	Expedir resolución reconociendo el pago del gasto que se derive del acompañamiento hospitalario, indicando el certificado de disponibilidad presupuestal del rubro C-4102-1500-3-0-112 que ampara el pago, a favor del acompañante que prestó el servicio. Nota: Se cancelará el pago a los 30 días de terminado el acompañamiento.	Director (a) Regional	Formato de Resolución pago acompañante hospitalario.
		Fin		

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

	PROCESO PROTECCIÓN PROCEDIMIENTO PARA AUTORIZACIÓN Y PAGO DE LOS GASTOS DEL ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO DE LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES O PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD DECLARADOS EN SITUACIÓN DE ADOPTABILIDAD QUE SE ENCUENTRAN BAJO MEDIDA DE PROTECCIÓN DIRECCIÓN DE PROTECCIÓN	P13.P	05/02/2019
		Versión 1	Página 12 de 12

5. RESULTADO FINAL: Autorización y pago del acompañamiento hospitalario.

6. DEFINICIONES:

Acompañamiento hospitalario: Se presenta cuando por requerimiento del médico tratante de una IPS se necesita la realización de actividades encaminadas a asegurarse de que el niño, niña, adolescente o persona mayor de 18 años con discapacidad declarada en adoptabilidad esté aseada, brindar de manera continua actividades relacionadas con el estado de confort que requiera, y que, a su vez, le sirvan de soporte emocional y apoyo para sobrellevar la enfermedad, brindar apoyo físico para satisfacer las actividades fisiológicas (hidratarse, alimentarse, moverse, descansar, etc), informar de manera oportuna la evolución de su estado de salud a quien corresponda, y recibir las indicaciones por parte del personal médico y transmitir las quien corresponda.

7. RELACIÓN DE FORMATOS

CODIGO	NOMBRE DEL FORMATO
F1.P13.P	FORMATO AUTORIZACIÓN ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO
F2.P13.P	FORMATO ADICIÓN AL CONTRATO DE APOORTE
F3.P13.P	FORMATO RESOLUCIÓN PAGO ACOMPAÑANTE HOSPITALARIO
F4.P13.P	FORMATO CERTIFICACIÓN ACOMPAÑAMIENTO HOSPITALARIO

8. CONTROL DE CAMBIOS: Registrar brevemente los cambios que se presenten en el cuerpo del documento según la versión que se modifica.

Fecha (De la Versión del documento que se está actualizando)	Versión (Relacionar la última versión y código del documento que se está actualizando)	Descripción del Cambio

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!