

**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LOS LINEAMIENTOS DE
LA NORMA NTC ISO 9001:2008 EN LA EMPRESA GRUPO EMERGER I.P.S
S.A.S**

TATIANA YERITZA MONSALVE DUARTE

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO MECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA
2012**

**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LOS LINEAMIENTOS DE
LA NORMA NTC ISO 9001:2008 EN LA EMPRESA GRUPO EMERGER I.P.S
S.A.S**

TATIANA YERITZA MONSALVE DUARTE

Trabajo de grado para optar al título de Ingeniera Industrial

Director

Mg. MÓNICA LILIANA RAMÍREZ ÁLVAREZ
Docente Ingeniería Industrial UIS

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO MECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA

2012

DEDICATORIA

A Dios,

Fuente de fortaleza y luz en el camino de la vida.

A mis padres, Jesús y Cecilia,

A quienes debo todo lo que soy

Son la fuerza que me inspira a levantarme cada mañana.

A mi hermana Fanny,

Un ejemplo de coraje, me enseñó que en la vida

La única batalla perdida es la que no se lucha.

A mis amigos, mis verdaderos amigos,

Gracias por su cariño y presencia incondicional.

Tatiana Monsalve D

AGRADECIMIENTOS

Gracias a todas las personas que de una u otra forma contribuyeron en la realización de este proyecto, especialmente a:

Los Directivos de GRUPO EMERGER IPS SAS por confiar en mí y abrir las puertas de su empresa para realización del proyecto.

La profesora Mónica Liliana Ramírez, Directora del proyecto, por su direccionamiento y colaboración para la ejecución de éste.

Todo personal de GRUPO EMERGER IPS SAS, por su apoyo desinteresado, su voluntad de cambio y por el aprendizaje que generó todo el proceso. Más que un equipo de trabajo, se edificó una amistad.

Andrés Felipe León, Jenniffer Catheryne Fuentes, Isabella Bautista y Carolina Martínez; por ser maestros, socios y compañeros en la consecución de mis metas y por ayudarme a aterrizar mis objetivos.

CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN	20
CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS PLANTEADOS	21
1. ESPECIFICACIONES DEL PROYECTO.....	23
1.1. TÍTULO	23
1.2. OBJETIVOS.....	23
1.2.1. Objetivo general.....	23
1.2.2. Objetivos específicos	23
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	24
1.4. ALCANCE DEL PROYECTO.....	25
2. MARCO TEÓRICO	26
2.1. CALIDAD	26
2.2. DEFINICIONES FORMALES	26
2.3. FACTORES RELACIONADOS CON LA CALIDAD.....	27
2.4. DESCRIPCIÓN DE LA NORMA ISO 9001:2008.....	27
2.5. ESTRUCTURA DE LA ISO 9001:2008.....	28
2.5.5. Requisitos de la documentación	32
2.6. FAMILIA DE NORMAS ISO 9000.....	32
2.7. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	33
2.8. BENEFICIOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD (SGC)	34
2.8.1. Beneficios desde el punto de vista externo.....	34
2.8.2. Beneficios desde el punto de vista interno.....	34

2.9. LOS 8 PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	35
2.9.1. Enfoque al cliente	36
2.9.2. Liderazgo.....	36
2.9.3. Participación del personal.....	36
2.9.4. Enfoque basado en procesos	37
2.9.5. Enfoque de Sistema para la Gestión	37
2.9.6. Mejora continua	37
2.9.7. Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones.....	37
2.9.8. Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor.....	37
2.10. ENFOQUE BASADO EN PROCESOS.....	37
2.11. CICLO DEMING	39
2.11.1. Planear	39
2.11.2. Hacer	40
2.11.3. Verificar.....	40
2.11.4. Actuar	41
3. GENERALIDADES DE LA EMPRESA.....	42
3.1. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA	42
3.2. RESEÑA HISTÓRICA	42
3.3. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	43
3.3.1 Misión	43
3.3.2. Visión	44
3.3.3. Principios corporativos.....	44
3.3.4. Objetivos corporativos	45
3.3.5. Estructura organizacional	46

3.4. SERVICIOS OFRECIDOS.....	47
3.4.1. Personal capacitado	48
3.4.2. Ambulancia básica.....	48
3.4.3. Ambulancia medicalizada.	48
3.4.4. Ambulancia aérea cama a cama	49
3.4.5. Servicio neonatal	50
3.4.6. Asistencia médica domiciliaria	50
3.5. EQUIPOS E INSUMOS	50
3.5.1. Equipos médicos.....	50
3.5.2. Equipos para procedimientos	51
3.5.3. Insumos y fármacos.....	51
3.6. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.....	51
3.6.1. Planificación del servicio.	51
3.6.2. Ejecución del servicio.	52
4. METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO	55
4.1. DIAGNÓSTICO	56
4.2. PLANIFICACIÓN	56
4.3. SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN.....	57
4.4. DOCUMENTACIÓN	57
4.5. IMPLEMENTACIÓN	58
4.6. SEGUIMIENTO	58
5. DIAGNÓSTICO INICIAL	59
5.1. ANÁLISIS DOFA	59
5.1.1. Estrategias DOFA.	61

5.2. REVISIÓN DE LOS PROCESOS.....	62
5.3. REVISIÓN DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008	65
5.4. RESULTADO DEL DIAGNÓSTICO	66
6. PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	69
6.1. CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO	69
6.1.1. Comité del SGC.....	69
6.1.2. Representante por la dirección.	70
6.2. REESTRUCTURACIÓN DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN	71
6.3. ALCANCE Y EXCLUSIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	72
6.4. POLÍTICA DE CALIDAD.....	73
6.5. OBJETIVOS E INDICADORES DE CALIDAD.....	74
6.6. IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS	75
6.7. CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS.....	78
6.8. CRONOGRAMA DE TRABAJO PARA EL SGC.....	79
7. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD..	80
7.1. PLANIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN.....	80
7.2. ESTRUCTURA DOCUMENTAL	81
7.2.1. Registros, Directrices y Formatos	82
7.2.2. Protocolos e instructivos	82
7.2.3. Procedimientos	83
7.2.4. Manuales	83
7.2.5. Documentos Externos.....	84
7.3. SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN.....	85

7.3.1. Planificación de las capacitaciones.....	85
7.3.2. Ejecución del plan de capacitaciones	87
7.4. IMPLEMENTACIÓN	90
7.4.1 Detección y gestión de servicio no conforme, acciones correctivas y preventivas	91
7.4.2. Encuestas de Satisfacción del cliente.....	92
7.4.3. Indicadores de Gestión	95
7.4.4. Análisis de los indicadores de gestión.	97
8. EVALUACIÓN DEL SGC	101
8.1. AUDITORÍAS INTERNAS.	101
8.1.1. Planificación de la auditoría	101
8.1.2. Ejecución de la Auditoría	102
8.1.3. Informe de Auditoría	103
8.2. PLANES DE MEJORA	103
8.3 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	106
9. MEJORA CONTINUA.	108
10. CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS	110
11. CONCLUSIONES	112
12. RECOMENDACIONES	115
13. APORTES AL INGENIERO INDUSTRIAL	117
BIBLIOGRAFÍA.....	120
ANEXOS.....	121

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Matriz DOFA	60
Cuadro 2. Resultados del diagnóstico.	67
Cuadro 3. Codificación de los documentos del SGC	82
Cuadro 4. Tabulación encuestas Clientes	94
Cuadro 5. Tabulación Encuestas Usuarios.....	94
Cuadro 6. Resultados de los indicadores de gestión de GRUPO EMERGER IPS SAS.....	96
Cuadro 7. Plan de mejora final.....	104
Cuadro 8. Resumen del cumplimiento de la NTC ISO 9001:2008	110

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Cumplimiento de los objetivos planteados	21
Tabla 2. Documentación inicial por procesos de GRUPO EMERGER IPS SAS ...	64
Tabla 3. Parámetros de ponderación para el diagnóstico.....	66
Tabla 4. Comité del SGC	70
Tabla 5. Plan de capacitaciones y sensibilizaciones.....	86

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Estructura de la NTC ISO 9001:2008	31
Gráfica 2. Principios del Sistema de Gestión de Calidad	36
Gráfica 3. Modelo de Gestión de Calidad basado en los procesos.....	39
Gráfica 4. Ciclo PHVA.....	41
Gráfica 5. Estructura organizacional GRUPO EMERGER IPS SAS	46
Gráfica 6. Servicios ofrecidos por GRUPO EMERGER IPS SAS. 2011.	47
Gráfica 7. Servicios GRUPO EMERGER IPS SAS.....	47
Gráfica 8. Etapas de implantación del SGC.....	55
Gráfica 9. Perfil de resultados del diagnóstico	68
Gráfica 10. Mapa de procesos de GRUPO EMERGER IPS SAS	77
Gráfica 11. Caracterización del proceso de Gestión Humana	78
Gráfica 12. Cronograma de trabajo.....	79
Gráfica 13. Estructura documental del SGC.	81
Gráfica 14. Procedimientos del SGC	84
Gráfica 15. Capacitaciones.....	88
Gráfica 16. Capacitaciones en asistencia médica.....	90
Gráfica 17. Satisfacción del Cliente	94
Gráfica 18. Satisfacción del Usuario.	95
Gráfica 19. Implementación de Indicadores en Noviembre	99
Gráfica 20. Implementación Indicadores en Diciembre.....	99
Gráfica 21. Cumplimiento de los requisitos de la NTC ISO 9001:2008.....	111

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Diagnóstico inicial.....	122
Anexo B. Acta de comité de calidad.	132
Anexo C. Matriz política- objetivos – indicadores de calidad.	135
Anexo D. Caracterización de los procesos.	138
Anexo E. Procedimiento de Control de documentos y registros.	156
Anexo F. Manual de Funciones.	166
Anexo G. Manual del trabajador.	197
Anexo H. Manual de Calidad.	217
Anexo I. Capacitaciones.	246
Anexo J. Asistencia a Capacitaciones.	252
Anexo K. Evaluación de Capacitaciones.	254
Anexo L. Memo informativo.	256
Anexo M. Formato Auditoría de traslados TAB Y TAM.....	257
Anexo N. Formato No conformidad- Plan de acción.	258
Anexo O. Encuesta de Satisfacción.....	260
Anexo P. Procedimiento de mejora continua.	261
Anexo Q. Plan de auditoría.....	273
Anexo R. Informe auditoría.	276
Anexo S. Plan de mejora primera auditoría.	291
Anexo T. Plan de mejora segunda auditoría.	297
Anexo U. Acta de reunión mejora continua.....	299

GLOSARIO*

ACCIÓN CORRECTIVA: acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

ACCIÓN PREVENTIVA: acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

ALCANCE: El alcance de un proyecto es la suma total de todos los productos y sus requisitos o características. Se utiliza a veces para representar la totalidad de trabajo necesitado para dar por terminado un proyecto

ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD: conjunto de acciones planificadas y sistemáticas, implementadas en el Sistema de Calidad, que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un producto satisfará los requisitos dados sobre la calidad.

AUDITORÍA: proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de la auditoría.

CALIDAD: grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos. // Conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confieren la aptitud para satisfacer del cliente.

CONFORMIDAD: cumplimiento de un requisito.

INDICADOR: medida de la actuación de una organización que se usa para evaluar la eficiencia, la eficacia y la calidad de una acción determinada.

MAPA DE PROCESOS: clasificación de los procesos de una organización en categorías predeterminadas. Normalmente estas categorías son tres: procesos estratégicos, procesos fundamentales y procesos de soporte.

* INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC Norma Técnica Colombiana, NTC ISO 9000: 2005. Sistemas de Gestión de Calidad, fundamentos y vocabulario. Bogotá:

MEJORA CONTINUA: la Mejora continua es un proceso estructurado para reducir los defectos en productos, servicios o procesos, utilizándose también para mejorar los resultados que no se consideran deficientes pero que, sin embargo, ofrecen una oportunidad de mejora. // Concepto que expresa la búsqueda permanente de las causas de los problemas para lograr una mejora continuada e incremental no sólo en los de producción y servicio, sino también en todas las otras actividades de la empresa.

OBJETIVO DE CALIDAD: formulación de lo que pretende lograrse en el campo de la calidad.

POLÍTICA DE LA CALIDAD: directrices y objetivos generales de una organización relativos a la calidad. Es una parte de la política de la empresa, por lo que debe estar basada en esta última.

PROCESO: conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados. // Un proceso es un conjunto de actividades organizadas para conseguir un fin, desde la producción de un objeto o prestación de un servicio hasta la realización de cualquier actividad interna.

RADT: registro de atención durante el traslado.

SISTEMA DE CALIDAD: conjunto de la estructura, responsabilidades, actividades, recursos y procedimientos de la organización de una empresa, que ésta establece para llevar a cabo la gestión de su calidad.

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (S.G.C): Sistema de Gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

TAB: traslado en ambulancia básica

TAM: traslado en ambulancia medicalizada

RESUMEN

TÍTULO: SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2008 EN LA EMPRESA GRUPO EMERGER I.P.S S.A.S*

AUTOR: TATIANA YERITZA MONSALVE DUARTE**

PALABRAS CLAVE: calidad, ciclo PHVA, implementación, procesos, NTC ISO 9001:2008, mejora continua, satisfacción del cliente, SGC.

DESCRIPCIÓN

El documento describe el proceso de implementación de un Sistema de Gestión de Calidad bajo los lineamientos de la norma ISO 9001:2008 en la empresa GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS.

La realización del proyecto se basó en la metodología del ciclo PHVA, a través de diferentes etapas. En primera medida se realizó el diagnóstico de la empresa el cual mostró el grado inicial de cumplimiento de los requisitos establecidos por la norma; tomándolo como base, se realizó la planificación del SGC, etapa en la que se define el alcance del Sistema, los procesos y las directrices organizacionales. Posteriormente se estructuraron los procesos de la empresa, fase que dio inicio con la elaboración de la documentación y se afianzó con sensibilizaciones y capacitaciones al personal, asegurando la adaptabilidad del SGC a las actividades, el cumplimiento de los requerimientos de la ISO 9001:2008 y el éxito de la implementación. Finalmente a través de dos auditorías internas, el análisis de indicadores de gestión y la revisión por la dirección se evaluó el estado de implementación del Sistema de Gestión, se identificaron fortalezas, oportunidades y fallas que generaron planes de mejora para la empresa.

La implementación del Sistema de Gestión de Calidad logró la optimización de la cadena productiva de la institución, implantando una filosofía de búsqueda continua de calidad y la satisfacción del cliente.

* Proyecto de Grado

** Facultad de Ingenierías Físico-Mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales

Directora. Mg. Mónica Liliana Ramírez Álvarez.

ABSTRACT

TITLE: QUALITY MANAGEMENT SYSTEM BASED IN STANDARD RULES OF NTC ISO 9001:2008 IN THE COMPANY GRUPO EMERGER I.P.S. S.A.S*

AUTHOR: TATIANA YERITZA MONSALVE DUARTE**

KEY WORDS: quality, PDCA cycle, implementation, processes, NTC ISO 9001:2008, continuous improvement, customer satisfaction, SGC.

DESCRIPTION

The document describes the process of implementing a quality management system under the guidelines of the standard ISO 9001: 2008 in the company GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS.

The project was based on the methodology of the PDCA cycle through different stages. The first step was performed in the diagnosis of the enterprise which shows the initial degree of compliance with the requirements by the standard; taking this as a base is done planning of SGC, stage where define the system, the processes and the organizational guidelines. Then were structured business processes, this phase began with the production of documentation and was strengthened with staff training ensuring adaptability of SGC to the activities, the compliance with the requirements of ISO 9001:2008 and the success of implementation. Finally through two internal audits, the analysis of performance indicators and gerencial evaluation was assessed the implementation status of management system, identified strengths, opportunities and failures that generated improvement plans for the company.

The implementation status management system achieves the production chain optimization of the institution, implementing a philosophy of continuous search for quality and customer satisfaction.

* Undergraduate thesis.

** Faculty of Physical-Mechanical Engineerings. School of Industrial and Business Studies

Thesis Director. Mg. Mónica Liliana Ramírez Álvarez.

INTRODUCCIÓN

El mundo empresarial y los mercados son cada vez más globalizados y competitivos; por esta razón, es vital que las organizaciones garanticen la satisfacción de las necesidades de sus clientes a través del cumplimiento y la superación de sus expectativas. Un Sistema de Gestión de Calidad es una estrategia orientada al ofrecimiento de productos y/o servicios con altos estándares de excelencia, que permite a las empresas consolidarse competitivamente en el mercado al conseguir el control de cada uno de sus procesos, la reducción de costos y un ambiente de trabajo nuevo y organizado.

La implementación de un Sistema de Gestión está siempre sujeta a cambios organizacionales tanto internos como del entorno; enfrentar estas variables es lo que enriquece el proyecto y genera un valor agregado al Sistema. Por esta razón se hace importante visualizar la calidad no como un mero estándar o una lista de requisitos a cumplir, sino como una filosofía que involucra a la empresa en su totalidad, fortaleciéndola y consiguiendo la mejora continua de sus actividades.

En el desarrollo de este proyecto se describen las generalidades de la empresa y las etapas necesarias para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en GRUPO EMERGER IPS SAS: Evaluación inicial de la empresa, planificación del proceso, desarrollo de la estructura documental, la sensibilización y capacitación del personal para implantar una filosofía de mejora continua y finalmente la evaluación y retroalimentación del Sistema implementado; siguiendo la metodología del ciclo PHVA.

El informe muestra los puntos fuertes y débiles en cada una de las fases y cómo a través del esfuerzo organizacional se superaron las dificultades del Sistema para la consecución de los objetivos planteados.

CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS PLANTEADOS

El cumplimiento de los objetivos planteados para el proyecto de grado se muestra en la siguiente tabla, en la que se relacionan los objetivos propuestos versus el numeral donde se evidencia su ejecución.

Tabla 1. Cumplimiento de los objetivos planteados

Objetivo	Cumplimiento
Efectuar un diagnóstico a GRUPO EMERGER I.P.S S.A.S, tanto en sus procesos administrativos como operativos, para conocer el estado inicial de la empresa con respecto a los requisitos de la NTC ISO 9001:2008.	Capítulo 5
Efectuar programas de capacitación que permitan, sensibilizar, comunicar e integrar al personal de la empresa GRUPO EMERGER I.P.S S.A.S en las actividades que se pretenden desarrollar, para lograr implementar la norma ISO 9001: 2008.	Subcapítulo 7.3
Identificar los procesos establecidos en la empresa y compilar la información necesaria para elaborar la documentación del Sistema de Gestión de Calidad.	Capítulo 6. Subcapítulo 6.6. Subcapítulo 6.7.
Elaborar la documentación requerida por la norma NTC-ISO 9001: 2008, como manuales, instructivos, reglamentos, procedimientos, y demás formatos necesarios para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad	Subcapítulo 7.1. Subcapítulo 7.2.
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad en la empresa GRUPO EMERGER IPS SAS, mediante la estandarización de procesos.	Capítulo 7. Subcapítulo 7.4
Crear y establecer indicadores de gestión de calidad que a evalúen y midan el cumplimiento de los objetivos	Subcapítulo 6.5 Capítulo 7. Numeral 7.4.4

propuestos.	
Evaluar las especificaciones de la norma, realizar una constante retroalimentación de los requisitos y llevar a cabo las acciones correctivas necesarias para una implementación adecuada.	Capítulo 7. Capítulo 8.
Efectuar dos auditorías con el fin de confirmar el desempeño de la organización con relación a la norma NTC ISO 9001: 2008, y realizar las mejoras necesarias.	Subcapítulo 8.1.
Implementar las mejoras propuestas en las auditorías para corregir las posibles fallas del Sistema de Gestión de Calidad	Subcapítulo 8.2. Subcapítulo 8.3.
Elaborar un diagnóstico final que informe y verifique el estado en el que se encuentra la empresa después de implementar el Sistema de Gestión de Calidad.	Capítulo 10.
Crear en GRUPO EMERGER I.P.S S.A.S una cultura organizacional orientada hacia la mejora continua.	Capítulo 9

Fuente: AUTORA.

1. ESPECIFICACIONES DEL PROYECTO

1.1. TÍTULO

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2008 EN LA EMPRESA **GRUPO EMERGER IPS SAS.**

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo general. Diseñar, planificar, documentar e implementar el Sistema de Gestión de Calidad bajo los lineamientos de la norma NTC- ISO 9001:2008 en la empresa GRUPO EMERGER I.P.S S.A.S.

1.2.2. Objetivos específicos

- Efectuar un diagnóstico a GRUPO EMERGER I.P.S S.A.S, tanto en sus procesos administrativos como operativos, para conocer el estado inicial de la empresa con respecto a los requisitos de la NTC ISO 9001:2008.
- Efectuar programas de capacitación que permitan, sensibilizar, comunicar e integrar al personal de la empresa GRUPO EMERGER I.P.S S.A.S en las actividades que se pretenden desarrollar, para lograr implementar la norma ISO 9001: 2008.
- Identificar los procesos establecidos en la empresa y compilar la información necesaria para elaborar la documentación del Sistema de Gestión de Calidad.
- Elaborar la documentación requerida por la norma NTC-ISO 9001: 2008, como manuales, instructivos, reglamentos, procedimientos, y demás formatos necesarios para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.
- Implementar el Sistema de Gestión de Calidad en la empresa GRUPO EMERGER IPS SAS, mediante la estandarización de procesos.

- Crear y establecer indicadores de gestión de calidad que evalúen y midan el cumplimiento de los objetivos propuestos.
- Evaluar las especificaciones de la norma, realizar una constante retroalimentación de los requisitos y llevar a cabo las acciones correctivas necesarias para una implementación adecuada.
- Efectuar dos auditorías con el fin de confirmar el desempeño de la organización con relación a la norma NTC ISO 9001: 2008, y realizar las mejoras necesarias.
- implementar las mejoras propuestas en las auditorías para corregir las posibles fallas del Sistema de Gestión de Calidad.
- Elaborar un diagnóstico final que informe y verifique el estado en el que se encuentra la empresa después de implementar el Sistema de Gestión de Calidad.
- Crear en GRUPO EMERGER I.P.S S.A.S una cultura organizacional orientada hacia la mejora continua.

1.3. JUSTIFICACIÓN

GRUPO EMERGER IPS SAS, es una empresa prestadora de servicios de salud, donde la calidad de sus servicios representa la satisfacción de sus clientes y el bienestar de sus pacientes (a quienes ofrecen asistencia médica).

Las fisuras que se dan en la organización debido al manejo empírico de la calidad y la poca estandarización de los procesos, tienen como consecuencia inherente la ausencia de objetivos empresariales, fallas en los procesos y servicios, insatisfacción del personal y pérdida de clientes; ocasionando finalmente la disminución de la rentabilidad. Por esta razón la empresa reconoce la importancia de contar con un plan estratégico de calidad, que le permita un direccionamiento claro de sus metas y una base sólida para su desarrollo.

La compañía decide por lo tanto decide implementar un Sistema de Gestión de Calidad que permita la transformación y mejora continua de sus procesos administrativos y asistenciales; de esta forma pretende involucrarse en el mercado como una institución competitiva y confiable.

1.4. ALCANCE DEL PROYECTO

El proyecto consiste en el diseño, documentación, implementación y evaluación del Sistema de Gestión de Calidad bajo los lineamientos de la norma NTC ISO 9001:2008 para los servicios de: traslado en ambulancia terrestre y aérea, en las modalidades de ambulancia básica (TAB) y ambulancia medicalizada (TAM); y consulta médica domiciliaria, en la empresa GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS. Su desarrollo involucra: el diagnóstico inicial de la organización; la documentación necesaria exigida por la norma; la sensibilización y capacitación del personal para crear una cultura organizacional en torno a la calidad, y el acompañamiento hasta la segunda auditoría interna realizando los respectivos planes de mejora para la empresa.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. CALIDAD

La calidad es herramienta básica para una propiedad inherente de cualquier cosa que permite que esta sea comparada con cualquier otra de su misma especie. Es un conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas; la calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades.¹

2.2. DEFINICIONES FORMALES

Otras definiciones de organizaciones reconocidas y expertos del mundo de la calidad² son:

- Definición de la norma ISO 9000: *“Calidad: grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos”*
- Real Academia de la Lengua Española: *“Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”*
- Philip Crosby (1989): “Calidad es cumplimiento de requisitos”
- Joseph Juran (1954): “Calidad es adecuación al uso del cliente”.
- Armand V. Feigenbaum (1983): “Satisfacción de las expectativas del cliente”.

¹ Rodríguez Puente, Ruth. (2000) Gestión de la Calidad. Un enfoque de calidad Total

² Ing. Hoyos Torres William, (2006) Un libro de Calidad. La ingeniería industrial aplicada a la calidad de las empresas. Universidad Pontificia Bolivariana. Primera edición

- Genichi Taguchi: “Calidad es la menor pérdida posible para la sociedad”.
- William Edwards Deming (1950): “Calidad es satisfacción del cliente”.
- Walter A. Shewhart (1924): “la calidad como resultado de la interacción de dos dimensiones: dimensión subjetiva (lo que el cliente quiere) y dimensión objetiva (lo que se ofrece).”

Nunca se debe confundir la calidad con niveles superiores de atributos del producto o servicio, sino con la obtención regular y permanente de los atributos del bien ofrecido que satisfaga a los clientes para los que ha sido diseñado.

2.3. FACTORES RELACIONADOS CON LA CALIDAD

Para conseguir una buena calidad en el producto o servicio hay que tener en cuenta tres aspectos importantes (dimensiones básicas de la calidad):

1. Dimensión técnica: engloba los aspectos científicos y tecnológicos que afectan al producto o servicio.
2. Dimensión humana: cuida las buenas relaciones entre clientes y empresas.
3. Dimensión económica: intenta minimizar costes tanto para el cliente como para la empresa

Otros factores relacionados con la calidad son:

- Cantidad justa y deseada de producto que hay que fabricar y que se ofrece.
- Rapidez de distribución de productos o de atención al cliente.
- Precio exacto (según la oferta y la demanda del producto).³

2.4. DESCRIPCIÓN DE LA NORMA ISO 9001:2008

³<http://www.icontec.org.co>

Es un conjunto de normas sobre la calidad y la gestión. La Norma ISO 9001 ha sido elaborada por el Comité Técnico ISO/TC176 de ISO Organización Internacional para la Estandarización y especifica los requisitos para un buen Sistema de Gestión de la Calidad que pueden utilizarse para su aplicación interna por las organizaciones, para certificación o con fines contractuales. La norma ISO 9001 tiene origen en la norma BS 5750, publicada en 1979 por la entidad de normalización británica, la British Standards Institution (BSI).

Toda organización puede mejorar su manera de trabajar, lo cual significa un incremento de sus clientes y gestionar el riesgo de la mejor manera posible, reduciendo costos y mejorando la calidad del servicio ofrecido. La gestión de un Sistema de Calidad aporta el marco que se necesita para supervisar y mejorar la producción en el trabajo. Con mucha diferencia, en cuanto a calidad se refiere, la normativa más establecida y conocida es la ISO 9001, la cual establece una norma no sólo para la Gestión de Sistemas de Calidad sino para cualquier Sistema en general. La ISO 9001 está ayudando a todo tipo de organizaciones a tener éxito, a través de un incremento de la satisfacción del cliente y de la motivación del departamento.

La ISO 9001:2008 es válida para cualquier organización, independientemente de su tamaño o sector, que busque mejorar la manera en que se trabaja y funciona. Además, los mejores retornos en la inversión, vienen de compañías preparadas para implantar la citada normativa en cualquier parte de su organización.

2.5. ESTRUCTURA DE LA ISO 9001:2008

La norma ISO 9001:2008 está estructurada en ocho capítulos, refiriéndose los TRES primeros a declaraciones de principios, estructura y descripción de la empresa, requisitos generales, etc., es decir, son de carácter introductorio. Los

capítulos CUATRO a OCHO están orientados a procesos y en ellos se agrupan los requisitos para la implantación del Sistema de Calidad. Gráfica 1.

A la fecha, ha habido cambios en aspectos claves de la norma ISO 9001, al 15 de noviembre del 2008, la norma 9001 varía. Los ocho capítulos de ISO 9001⁴ son:

- Guías y descripciones generales, no se enuncia ningún requisito.
- Generalidades.
- Reducción en el alcance.
- Normativas de referencia.
- Términos y definiciones.
- Sistema de Gestión: contiene los requisitos generales y los requisitos para gestionar la documentación.
- Requisitos generales.
- Requisitos de documentación.

2.5.1. Responsabilidades de la Dirección. Contiene los requisitos que debecumplir la dirección de la organización, tales como definir la política, asegurar que las responsabilidades y autoridades están definidas, aprobar objetivos, el compromiso de la dirección con la calidad, etc.

- Requisitos generales.
- Requisitos del cliente.
- Política de calidad.
- Planeación.
- Responsabilidad, autoridad y comunicación.
- Revisión gerencial.

⁴INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Norma Técnica Colombiana, NTC ISO 9001. Bogotá: ICONTEC, 2008.

2.5.2. Gestión de los recursos. La Norma distingue 3 tipos de recursos sobre los cuales se debe actuar: RRHH, infraestructura, y ambiente de trabajo. Aquí se contienen los requisitos exigidos en su gestión.

- Requisitos generales.
- Recursos humanos.
- Infraestructura.
- Ambiente de trabajo.

2.5.3. Realización del producto. Aquí están contenidos los requisitos puramente productivos, desde la atención al cliente, hasta la entrega del producto o el servicio.

- Planeación de la realización del producto y/o servicio.
- Procesos relacionados con el cliente.
- Diseño y desarrollo.
- Compras.
- Operaciones de producción y servicio
- Control de equipos de medición, inspección y monitoreo

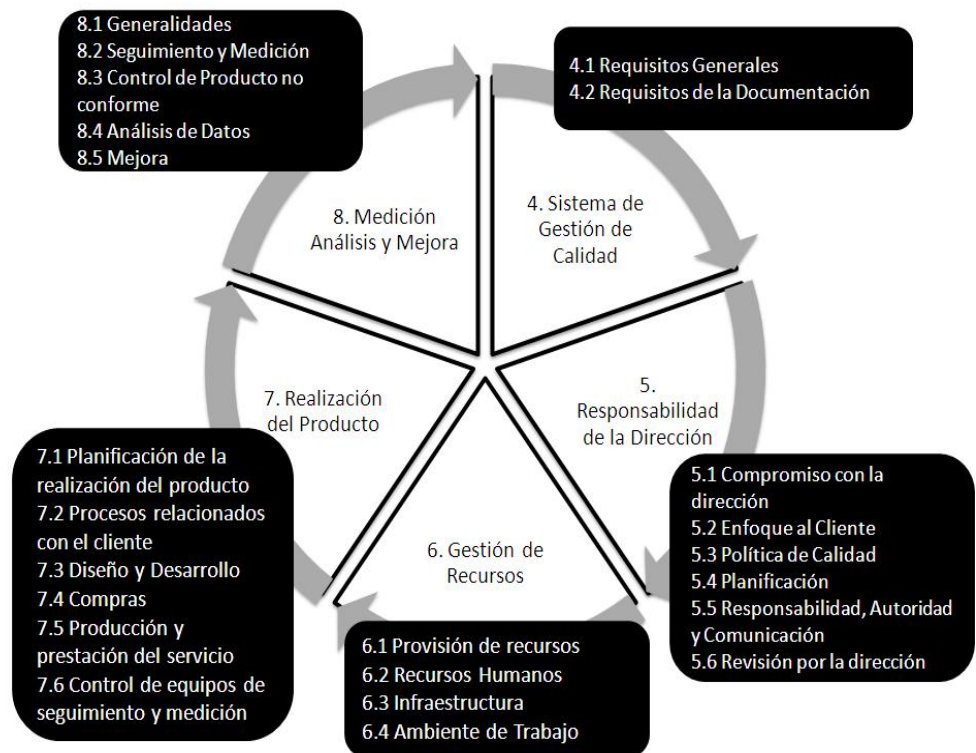
2.5.4. Medición, análisis y mejora. Aquí se sitúan los requisitos para los procesos que recopilan información, la analizan, y que actúan en consecuencia. El objetivo es mejorar continuamente la capacidad de la organización para suministrar productos que cumplan los requisitos. El objetivo declarado en la Norma, es que la organización busque sin descanso la satisfacción del cliente a través del cumplimiento de los requisitos.

- Requisitos generales.
- Seguimiento y medición.

- Control de producto no conforme.
- Análisis de los datos para mejorar el desempeño.
- Mejora.

ISO 9001:2008 tiene muchas semejanzas con el famoso “Círculo de Deming o PDCA”; acrónimo de Plan, Do, Check, Act (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar). Está estructurada en cuatro grandes bloques, completamente lógicos, y esto significa que con el modelo de Sistema de Gestión de Calidad basado en ISO se puede desarrollar en su seno cualquier actividad. La ISO 9000:2008 posee una estructura válida para diseñar e implantar cualquier Sistema de Gestión, no solo el de Calidad, e incluso, para integrar diferentes Sistemas.

Gráfica 1. Estructura de la NTC ISO 9001:2008



Fuente: Norma NTC- ISO 9001:2008. Sistema de Gestión de calidad. Requisitos

2.5.5. Requisitos de la documentación. La documentación del Sistema de Gestión de la Calidad debe incluir⁵

- a) declaraciones documentadas de una política de la calidad y de objetivos de la calidad
 - b) un manual de la calidad
 - c) los procedimientos documentados requeridos en esta Norma Internacional,
 - d) los documentos necesitados por la organización para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos
 - e) los registros requeridos por esta Norma Internacional
- a) el tamaño de la organización y el tipo de actividades
 - b) la complejidad de los procesos y sus interacciones
 - c) la competencia del personal

2.6. FAMILIA DE NORMAS ISO 9000

- *ISO 9001*: contiene la especificación del modelo de gestión. Contiene "los pre-requisitos" del Modelo. La norma ISO 9001:2008 contiene los requisitos que han de cumplir los de la calidad, contractuales o de certificación.
- *ISO 9000* : son los fundamentos y el vocabulario empleado en la norma ISO 9001. Actualmente en versión 2005.
- *ISO 9004* : es una directriz para gestionar el éxito sostenido en una organización
- *ISO 19011*: especifica los requisitos para la realización de las auditorías de un sistema de gestión ISO 9001, para el sistema de gestión de salud y seguridad ocupacional especificado en OHSAS 18001 y también para el sistema de gestión medioambiental especificado en ISO 14001.

⁵ Norma NTC-ISO 9001:2008; Sistema de Gestión de la Calidad; numeral 4.1; Requisitos Generales.

De todo este conjunto de Normas, es ISO 9001 la que contiene el modelo de gestión y la única certificable ⁶

2.7. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

El aseguramiento de la Calidad se podría definir como aquellas acciones que hacen que un producto o servicio cumpla con unos determinados requisitos de calidad. Si estos requisitos de calidad reflejan completamente las necesidades de los clientes se podrá decir que se cumple el aseguramiento de la calidad. La ISO 9001:2008 especifica los requisitos para un sistema de Gestión de la Calidad cuando una organización:

- a) necesita demostrar su capacidad para proporcionar regularmente productos que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables, y
- b) aspira a aumentar la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz del sistema, incluidos los procesos para la mejora continua del sistema y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.

Todos los requisitos de esta Norma Internacional son genéricos y se pretende que sean aplicables a todas las organizaciones sin importar su tipo, tamaño y producto suministrado. Cuando uno o varios requisitos de esta Norma Internacional no se puedan aplicar debido a la naturaleza de la organización y de su producto, pueden considerarse para su exclusión.⁷

⁶INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Norma Técnica Colombiana, NTC ISO 9001. Bogotá: ICONTEC, 2008.

⁷<http://www.fing.edu.uy>

2.8. BENEFICIOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD (SGC)

A continuación se mencionarán algunos de los beneficios obtenidos con la implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad en las empresas, estos beneficios serán nombrados desde dos puntos de vista: el Externo y el Interno

2.8.1. Beneficios desde el punto de vista externo

- Mejoramiento de la imagen empresarial, proveniente de sumar al prestigio actual de la organización la consideración que proporciona demostrar que la satisfacción del cliente es la principal preocupación de la empresa.
- Refuerzo de la confianza entre los actuales y potenciales clientes, de acuerdo a la capacidad que tiene la empresa para suministrar en forma consistente los productos y/o servicios acordados.
- Apertura de nuevos mercados, en virtud de alcanzar las características requeridas por grandes clientes, que establecen como requisito en muchas ocasiones poseer un Sistema de Gestión de la Calidad según ISO 9001 implantado y certificado.
- Mejoramiento de la posición competitiva, expresado en aumento de ingresos y de participación de mercado.
- Aumento de la fidelidad de clientes, a través de la reiteración de negocios y referencia o recomendación de la empresa.

2.8.2. Beneficios desde el punto de vista interno

- Aumento de la productividad, por mejoras en los procesos internos, que surgen cuando todos los componentes de una empresa no sólo saben lo que tienen que hacer sino que además se encuentran orientados a hacerlo hacia un mayor aprovechamiento económico.
- Mejoramiento de la organización interna, lograda a través de una comunicación más fluida, con responsabilidades y objetivos establecidos.

- Incremento de la rentabilidad, como consecuencia directa de disminuir los costos de producción de productos y servicios, a partir de menores costos por reprocesos, reclamos de clientes, o pérdidas de materiales, y de minimizar los tiempos de ciclos de trabajo, mediante el uso eficaz y eficiente de los recursos.
- Orientación hacia la mejora continua, que permite identificar nuevas oportunidades para mejorar los objetivos ya alcanzados.
- Mayor capacidad de respuesta y flexibilidad ante oportunidades cambiantes del mercado.
- Mejoramiento en la motivación y el trabajo en equipo del personal, que resultan los factores determinantes para un eficiente esfuerzo colectivo de la empresa, destinado a alcanzar las metas y objetivos de la organización.
- Mayor habilidad para crear valor, tanto para la empresa como para sus proveedores y socios estratégicos.

2.9. LOS 8 PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

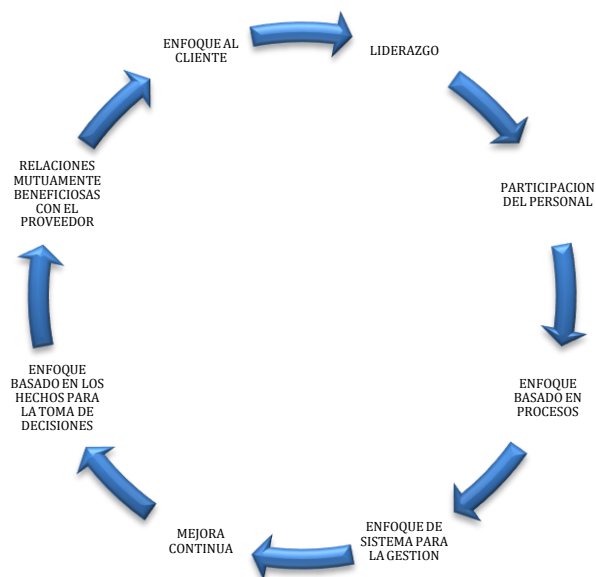
Cuando se redactaron las normas ISO 9001 e ISO 9004, se elaboraron 8 principios básicos, sobre los que descansa todo el Sistema de Gestión de la Calidad.⁸Gráfica 2.

Si una empresa implanta un Sistema de Gestión de la Calidad, que cumpla los requerimientos de la norma ISO 9001, pero que no siga estos principios, no obtendrá ni la mitad de los beneficios esperados. Los principios de Gestión de la Calidad, de acuerdo a lo indicado en la norma ISO 9001 son:

⁸INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION. Norma Técnica Colombiana, NTC ISO 9001. Bogotá: ICONTEC, 2008

2.9.1. Enfoque al cliente. Las organizaciones dependen de sus clientes, por lo tanto deben comprender sus necesidades actuales y futuras, satisfacer sus requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas.

Gráfica 2. Principios del Sistema de Gestión de Calidad



Fuente: AUTORA

2.9.2. Liderazgo. Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Deben crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse en el logro de los objetivos de la organización.

2.9.3. Participación del personal. El personal, a todos los niveles, es la esencia de la organización, y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.

2.9.4. Enfoque basado en procesos. Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

2.9.5. Enfoque de Sistema para la Gestión. Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un Sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de la organización en el logro de sus objetivos.

2.9.6. Mejora continua. La mejora continua del desempeño global de la organización, debe de ser un objetivo permanente de esta.

2.9.7. Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones. Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y en la información previa.

2.9.8. Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor: una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

2.10. ENFOQUE BASADO EN PROCESOS

La Norma Internacional ISO 9001:2008 promueve la adopción de un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, implementa y mejora la eficacia de un sistema de gestión de la calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.

Para que una organización funcione de manera eficaz, tiene que determinar y gestionar numerosas actividades relacionadas entre sí. Una actividad o un conjunto de actividades que utiliza recursos, y que se gestiona con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados, se puede

considerar como un proceso. Frecuentemente el resultado de un proceso constituye directamente el elemento de entrada del siguiente proceso.

La aplicación de un Sistema de procesos dentro de la organización, junto con la identificación e interacciones de estos procesos, así como su gestión para producir el resultado deseado, puede denominarse como "enfoque basado en procesos".

Una ventaja del enfoque basado en procesos es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales dentro del sistema de procesos, así como sobre su combinación e interacción.

Un enfoque de este tipo, cuando se utiliza dentro de un Sistema de Gestión de la Calidad, enfatiza la importancia de:

- a) la comprensión y el cumplimiento de los requisitos,
- b) la necesidad de considerar los procesos en términos que aporten valor,
- c) la obtención de resultados del desempeño y eficacia del proceso
- d) la mejora continua de los procesos con base en mediciones objetivas.

El modelo de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en procesos que se muestra en la Gráfica 3. Esta figura muestra que los clientes juegan un papel significativo para definir los requisitos como elementos de entrada. El seguimiento de la satisfacción del cliente requiere la evaluación de la información relativa a la percepción del cliente acerca de si la organización ha cumplido sus requisitos.⁹

⁹ NORMA INTERNACIONAL ISO 9001 (Tercera actualización). Sistemas de gestión de calidad. Requisitos

Gráfica 3. Modelo de Gestión de Calidad basado en los procesos



Fuente: NORMA INTERNACIONAL ISO 9001 (Tercera actualización). Sistemas de Gestión de Calidad. Requisitos

2.11. CICLO DEMING

El ciclo **PDCA** ó **PHVA**, también conocido como "Círculo de Deming o círculo de Gabo" (de Edwards Deming), es una estrategia de mejora continua de la calidad en cuatro pasos, basada en un concepto ideado por Walter A. Shewhart. También se denomina espiral de mejora continua. La metodología del ciclo DEMING o PHVA; como estrategia de mejora continua es muy utilizada por los Sistemas de Gestión de Calidad (SGC). Las siglas **PDCA** son el acrónimo de Plan, Do, Check, Act (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar)¹⁰. Gráfica 4.

2.11.1. Planear. Es el hecho de establecer lo que se va a hacer, establecer los objetivos y procesos necesarios para obtener los resultados de acuerdo con el

¹⁰W Edwards Deming, *Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis*, Madrid, Ediciones Díaz de Santos, 1989.

resultado esperado. Al tomar como foco el resultado esperado, difiere de otras técnicas en las que el logro o la precisión de la especificación es también parte de la mejora. Una mala planificación no permite una muy buena ejecución y tampoco una correcta verificación.

2.11.2. Hacer. No es nada más que llevar a cabo lo planeado, implementar los nuevos procesos. Si es posible, en una pequeña escala, pero se debe hacer un control adecuado. Si en la etapa de planificación se definen indicadores, es en este momento en que se controlan todos los indicadores. Si se definen mecanismos de control de procesos, aquí se ve la eficacia de esos mecanismos de control para llevar adelante lo planeado. En esta etapa, es en donde aparecen problemas, en donde se realizan procesos que dan como resultado productos y/o servicios.

2.11.3. Verificar. Pasado un periodo de tiempo previsto de antemano, volver a recopilar datos de control y analizarlos, comparándolos con los objetivos y especificaciones iniciales, para evaluar si se ha producido la mejora esperada, documentar las conclusiones. Es decir, comprobar que lo que se hizo, corresponde a lo planeado y en esta etapa se pueden aparecer 3 ciclos:

- Ciclo de mantenimiento: si lo que se hace, si corresponde a lo planeado, es el momento de estabilizar el proceso, es importante definir claramente que se hace, capacitar a la gente, definir los métodos, los mecanismos de operación y control y que sean claramente entendidos por la gente.
- Ciclos de corrección: actividades a realizar, cuando lo que estaba previsto, no corresponde a lo planeado. Comprende dos tipos de acciones: la corrección, es decir, corregir el problema en ese instante; y la acción correctiva: hacer para que el problema no vuelva a ocurrir.

- Ciclo de mejoramiento: pasado un cierto tiempo, se debe pensar que hacer para mejorar lo planeado. Aquí se pueden generar ideas, tratar de buscar datos, el ver un análisis de la competencia, el ver las potenciales tendencias, y determinar oportunidades de mejora. Esto corresponderá a las acciones preventivas, lleva un análisis de riesgos, y al mejoramiento continuo.

2.11.4. Actuar

Tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos. Documentar el ciclo y en base a las conclusiones del paso anterior elegir una opción:

- Si se han detectado errores parciales en el paso anterior, realizar un nuevo ciclo PHVA con nuevas mejoras.
- Si no se han detectado errores relevantes, aplicar a gran escala las modificaciones de los procesos
- Si se han detectado errores insalvables, abandonar las modificaciones de los procesos

Gráfica 4. Ciclo PHVA



Fuente: evaluación y control ambiental. Ciclo PHVA en el Laboratorio de Higiene de SURATEP.

3. GENERALIDADES DE LA EMPRESA

3.1. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA

- **Objeto social:**GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS
- **Representante legal:**AndrésYamid Linares Acosta
- **Nit de la empresa:**900.386.262-4
- **Ubicación geográfica:**Calle 20 No 30-26 Barrio San Alonso. Bucaramanga Colombia
- **Teléfono:**(7)6440510
- **Celular:** 3184014433- 3208824199
- **Correo:** grupoemerger@hotmail.com

3.2. RESEÑA HISTÓRICA¹¹

GRUPO EMERGER IPS SAS es una compañía colombiana de ambulancias aérea y terrestre confiable y con valiosa experiencia, que opera en Bucaramanga y el resto del país. Nace en SEPTIEMBRE 20 de 2001 y comienza sus operaciones como STAFF MEDIC IPS SAS en 2003 bajo la resolución 0176/96 de Superintendencia Nacional de Salud. Comienza su operación prestando servicios junto a otra compañía de servicios de ambulancia en la ciudad de Bogotá; instaurando la red de Emergencias y Urgencias Médicas domiciliarias, atención pre-hospitalaria, y luego como servicio de transporte de pacientes interhospitalarios; con resultados altamente positivos para el servicio.

¹¹Ramírez. Adriana, (2011) GRUPO EMERGER IPS SAS.

En los últimos 5 años, se han desarrollado de manera extraordinaria todas las formas de transporte interhospitalario de pacientes en cuidado crítico, tanto en medio terrestre como aéreo. En el 2011 se convierte en GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS, brindando nuevos servicios a sus clientes como el de consulta médica domiciliaria; y apuntando todas sus actividades a la consecución de nuevos mercados y la búsqueda continua de la excelencia en sus servicios.

La regionalización de la asistencia, la disponibilidad de determinados servicios especializados como cuidados intensivos; o factores geográficos de dispersión de la población, han determinado la necesidad de contar con una empresa como GRUPO EMERGER IPS SAS, empresa que cuenta con la disponibilidad de equipos y un sistema completo de transporte secundario, que permiten trasladar a pacientes en estado crítico con las mayores posibilidades de seguridad y confianza.

3.3. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

3.3.1 Misión¹².GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS es una compañía especializada el transporte de pacientes de cuidado crítico y en asistencia médica domiciliaria, que contribuye de manera abnegada al mejoramiento de la atención en salud de sus usuarios; fundamentándose en los principios éticos, morales y profesionales de prevención de la enfermedad y promoción de una salud integral; basados en calidad, eficiencia y eficacia; y desarrollando procesos técnicos- científicos estratégicos, que nos permitan ser una empresa sobresaliente, de preferencia y de gran apoyo a las diferentes instituciones prestadoras de salud.

¹²Ibid

3.3.2. Visión¹³.GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS será una empresa reconocida, a nivel nacional, como institución líder en la prestación de servicios de salud especializados y dirigidos por profesionales de alta calificación e infraestructura de avanzada tecnología.

3.3.3. Principios corporativos¹⁴

- RESPETO A LA DIGNIDAD HUMANA: garantizando, hasta donde esté al alcance, los derechos universales e irrenunciables de la persona y la comunidad para mejorar la calidad de vida y el desarrollo individual y social de la dignidad, que debe reconocerse a todo ser humano.
- UNIVERSALIDAD: atendiendo a todos las personas que soliciten nuestro servicio sin ninguna discriminación y en todas las etapas de la vida, de conformidad con las disposiciones legales que organizan la atención en el país y los recursos disponibles.
- INTEGRIDAD: brindando atención continua y oportuna a las familias y a las personas, en su contexto social, con servicios de óptima calidad, humana, científica y técnica en el marco de servicios que constituyen nuestro portafolio.
- EFICIENCIA: buscando la mejor aplicación del talento humano y de los recursos administrativos, tecnológicos y financieros, disponibles, con criterio de rentabilidad social y económica.
- EFICACIA: garantizando la solución de aquellos problemas de salud de población usuaria que correspondan a sus necesidades y expectativas, y que estén bajo nuestra responsabilidad.

¹³Ibid

¹⁴Ibid.

- **SOLIDARIDAD:** ampliando la cobertura con servicios de salud, a las personas de nuestra área de influencia con mayores limitaciones de acceso, siempre y cuando las condiciones lo permitan.
- **CALIDAD:** buscando mejorar permanentemente nuestros patrones de calidad predefinidos para caracterizar la gestión y los servicios.
- **EQUIDAD:** atendiendo a las personas y grupos de población expuestos a mayores riesgos para su salud, con el fin de brindarles aquella protección especial que esté a nuestro alcance.

3.3.4. Objetivos corporativos¹⁵

- Producir servicios de salud integrales, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con los reglamentos que se expiden para tal propósito.
- Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa, de acuerdo a su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer.
- Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa.
- Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.
- Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento
- Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley.
- Mantener una estructura organizacional sólida y un grupo de trabajo fortalecido en el buen servicio y la satisfacción con las condiciones que le brinde la empresa

¹⁵ Ramírez. Adriana, (2011) GRUPO EMERGER IPS SAS.

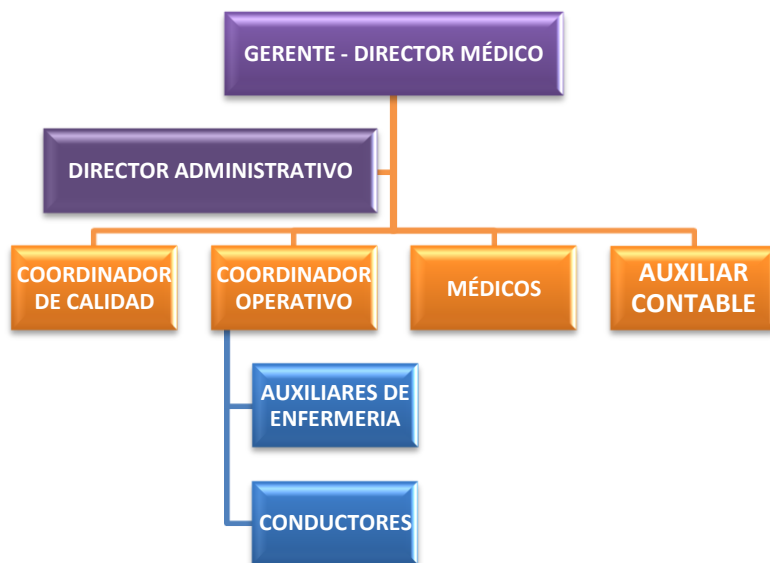
3.3.5. Estructura organizacional

En la organización existe un nivel directivo en donde se concentra la planificación de GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS, en este nivel se encuentra el Gerente General. El segundo nivel es el de Coordinación en donde se encuentran a los coordinadores de las áreas funcionales y de actividades representativas de la empresa, los cuales aseguran el eficaz y eficiente avance de los procesos. Por último un nivel de apoyo o de auxiliares en donde participan todos aquellos colaboradores cuyo aporte operativo, ya sea administrativo o asistencial, constituye la base del desarrollo de las actividades cotidianas de la institución.

Para ejecutar las acciones exigidas por el proceso y actividad económica de la organización, la empresa cuenta con un total de 14 empleados, distribuidos así:

- Personal administrativo: Gerente y director médico, Director administrativo, auxiliar contable.
- Personal operativo: Coordinador operativo, 4 médicos, 6 técnicos en urgencias (3 auxiliares de enfermería y 3 conductores) y una persona auxiliar de aseo y oficios varios.

Gráfica 5. Estructura organizacional GRUPO EMERGER IPS SAS

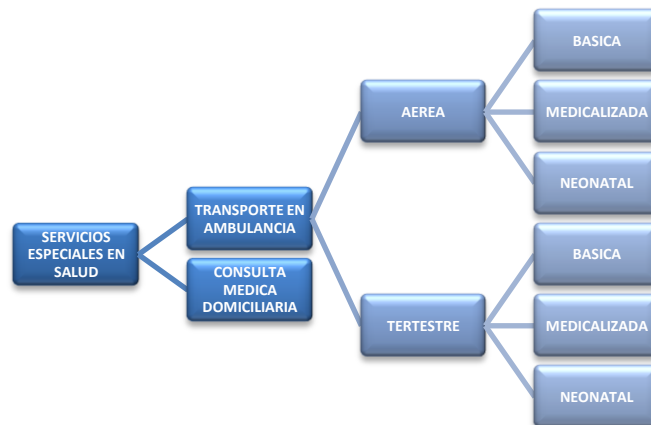


Fuente:AUTORA

3.4. SERVICIOS OFRECIDOS

GRUPO EMERGER IPS SAS es una compañía que ofrece servicios especiales en salud en diferentes modalidades; cumpliendo con los requisitos legales para su funcionamiento.

Gráfica 6. Servicios ofrecidos por GRUPO EMERGER IPS SAS. 2011.



Fuente: AUTORA.

Gráfica 7. Servicios GRUPO EMERGER IPS SAS.



Fuente: GRUPO EMERGER IPS SAS.

3.4.1. Personal capacitado. GRUPO EMERGER IPS SAS cuenta con un equipo de transporte constituido por:

- Médico de transporte, líder del equipo; con experiencia en cuidado intensivo adulto pediátrico y neonatal para coordinar la estabilización, manejo y monitoreo del paciente, durante el transporte.
- Auxiliar de enfermería de transporte, capacitado en cuidado intensivo neonatal; con las destrezas y habilidades necesarias para el cuidado de un paciente críticamente enfermo.
- Personal de movilización a cargo del cuidado y manutención en óptimas condiciones del vehículo de transporte; con especial adiestramiento en traslado de pacientes críticos y cuidado de equipos e insumos.

3.4.2. Ambulancia básica. Se define como Ambulancia básica la unidad de intervención con equipo específico de respuesta inicial se entiende como tal para pacientes con patologías que no comprometen sus condiciones clínicas generales ni requieren de asistencia médica o profesional en salud, es decir traslados que no precisan una activación inmediata de los de transporte. En esta circunstancia se encuentran las siguientes situaciones de traslado:

- Enfermos en situación clínica estable, que se trasladan a otros centros para proseguir un tratamiento o para realizarse una prueba diagnóstica programada.
- Enfermos en cualquier situación clínica que no precisan estudio o tratamiento especializado en el centro emisor, y que se trasladan a otros centros, o a sus hospitales de referencia para continuar tratamiento.
- Enfermos en cualquier situación clínica que se trasladan a otros centros por razones sociales y familiares (procedencia geográfica).

3.4.3. Ambulancia medicalizada. GRUPO EMERGER cuenta con servicio de Traslado de Atención Medicalizado (TAM) único en la zona con certificación. Ésta unidad de traslado de pacientes se distingue por contar con equipos de alta

tecnología y capacidad de respuesta en situaciones de extrema gravedad y urgencia con pacientes críticos – incluidos los neonatos – entre diferentes Municipios y Departamentos, cumpliendo con las disposiciones exigidas por el Ministerio de Protección Social.

Ambulancia medicalizada es la unidad de intervención con equipo avanzado tripulada por médico entrenado, enfermero auxiliar o tecnólogo en atención prehospitalaria y se entiende como tal para aquellos pacientes considerados urgentes y/o críticos; es decir que por su patología o estado clínico, tienen comprometidas sus funciones orgánicas y prevalece la probabilidad de cambio en sus signos vitales, requiriendo algún tipo de monitoria y soporte de equipo médico que requiera supervisión profesional.

Estos traslados se realizan por aquellas patologías que entrañan riesgo vital o de disfunción orgánica grave para el enfermo, pero su tratamiento es asumible inicialmente en el centro emisor, por lo que el traslado puede demorarse unas horas. Se ponen en marcha tras el establecimiento de la indicación diagnóstica o terapéutica sobre la patología que motiva el traslado, o tras concertar una cama en el centro al que se remite, una vez estabilizadas las funciones vitales del enfermo.

3.4.4. Ambulancia aérea cama a cama. El servicio consiste en prestar una asistencia de nivel superior a la ya disponible en tierra, dando solución a problemas raros e infrecuentes de terreno, clima o distancia para una región determinada; involucra desde la recepción del paciente en el centro hospitalario de origen, traslado aéreo medicalizado con los equipos adecuados hasta el lugar de destino; y acompañamiento a la entidad receptora según los requerimientos del cliente.

La organización provee el servicio de cama a cama incluye el transporte terrestre, como las ambulancias y las unidades móviles de cuidados intensivos. Operan

diversos tipos de aviones para acomodar las necesidades de cada paciente, una flota de aviones bimotores de hélices, como los de cabina presurizada Cessna-402, King Air C-90 y helicóptero Bell 407. Son pequeños pero muy confiables y una excelente elección para aquellos vuelos de cortas distancias y de difíciles accesos geográficos.

3.4.5. Servicio neonatal. Especializados en el traslado de niños de cualquier edad necesitando cuidados críticos, especialmente a bebés neonatos. Cuentan con un equipo avanzado y el personal especializado para poder trasladar a bebés, recién nacidos, incluyendo bebés prematuros. Utilizan equipos avanzados en transportes neonatales.

3.4.6. Asistencia médica domiciliaria. GRUPO EMERGER IPS SAS provee una amplia gama de productos y equipos para el cuidado personal del paciente al interior del hogar.

3.5. EQUIPOS E INSUMOS

Actualmente la empresa cuenta con tres ambulancias y con los equipos médicos y técnicos necesarios para la prestación de sus servicios.

3.5.1. Equipos médicos

- Incubadora de transporte
- Batería autónoma y capacidad de conexión a red eléctrica fija y móvil
- Ventilador mecánico de presión, volumen y alta frecuencia transporte, si por patología se requiere.
- Desfibrilador bifásico con DEA incorporado, con palas adulto y neonatal
- Monitor de signos vitales y saturación.
- Cilindros de oxígeno y aire comprimido incorporados.

- Bombas de infusión continua.
- de fijación del RN a la incubadora y de la incubadora al móvil.

3.5.2. Equipos para procedimientos

- Sistema de ventilación manual y aspiración.
- Accesos venosos o arteriales.
- Intubación endotraqueal.
- Drenaje pleural, etc.
- Perfusores para infusión continua con capacidad de infusión de 0.01 cc/Hora
- Doppler fetal de Alta frecuencia.
- Desfibrilador percutáneo.
- Marcapaso transitorio

3.5.3. Insumos y fármacos

Debidamente ordenados, protegidos e identificados según reglamentación.

3.6. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El proceso de prestación de servicios en GRUPO EMERGER IPS SAS, se puede dividir en dos etapas fundamentales: planificación, entrega y control de ofertas comerciales; y ejecución del servicio, que va desde la recepción de llamadas del cliente hasta la asistencia médica.

3.6.1. Planificación del servicio. El proceso empieza con la búsqueda del cliente. La empresa cuenta con una base de datos de posibles clientes en el mercado (EPS e IPS que necesitan el servicio), la base de datos se alimenta por contactos directos con las instituciones prestadoras de salud o por referencias previas.

El Director administrativo realiza una primera comunicación vía telefónica con esos clientes para ofrecer el servicio, si la comunicación inicial da como resultado la solicitud de una propuesta comercial, el Director administrativo se encarga de realizar la oferta y enviarla a la entidad que la solicita.

Después de entregar la propuesta se lleva a cabo un control permanente de la solicitud, en el que se hace seguimiento de las propuestas entregadas al cliente y a los acuerdos pactados; finalmente, de acuerdo a lo pactado con el cliente, se busca organizar una visita en la que se establecerán las condiciones del servicio a ofrecer, el servicio requerido por el cliente y la posterior aprobación o rechazo de la propuesta comercial.

3.6.2. Ejecución del servicio.El proceso inicia con el cliente. El servicio es solicitado por el cliente a través de las líneas de atención de la empresa, una vez acordada la realización del servicio por parte de la compañía se esperara la orden escrita o el número de ordenamiento dirigido por los clientes para dar paso a la programación y realización del servicio necesario.

Se coordinan las actividades del personal y las diferentes ambulancias. El coordinador operativo es el encargado de la logística del proceso, coordina tiempos y disponibilidad de las ambulancias, debe estar informado y actualizado sobre las actividades llevadas a cabo en tiempo real por cada una de las tripulaciones de las ambulancias y el personal médico de la empresa para poder asignar y planificar el servicio; teniendo en cuenta la posición geográfica, el tiempo de demora de prestación del servicio y el tiempo en el que la asistencia es requerida; cumpliendo así con los servicios asignados sin sobrepasar el tiempo de espera normal.

La ambulancia asignada para el servicio, debe recoger el paciente dando cumplimiento a las indicaciones estipuladas por el coordinador operativo. En este

momento se debe verificar si el servicio solicitado concuerda con los requerimientos del paciente. La prestación de los servicios se lleva a cabo teniendo en cuenta el tipo de asistencia requerida (traslado básico, traslado medicalizado traslado neonatal, o consulta médica domiciliaria) y atendiendo las necesidades del paciente, finalmente el paciente es entregado en el sitio de destino, se da informe de las eventualidades observadas durante el traslado y se asigna responsable en la entidad hospitalaria que lo recibe.

El transporte de pacientes a bordo de ambulancias es un acto médico, que implica todas las condiciones legales, humanas y éticas correspondientes. En el caso de los transportes realizados por personal no médico, como auxiliares, tecnólogos o personal de enfermería, éstos siempre deben tener una supervisión directa a través de un sistema de comunicaciones y en este caso la responsabilidad del transporte y de los procedimientos realizados estará a cargo del médico supervisor.

Las indicaciones del traslado para cada tipo de patología deben estar claramente especificadas en cada centro hospitalario. En su elaboración deben participar: Los especialistas del área correspondiente a cada patología en los centros emisor y receptor y los médicos encargados del transporte. La decisión concreta de traslado la debe tomar el médico responsable de la asistencia al enfermo. Dependiendo del servicio al cual esté adscrito el enfermo, el responsable podrá ser un médico especialista, o un médico de urgencias, que podrá estar auxiliado por el primero.

Para realizar un transporte adecuado es necesario tener el entrenamiento y el equipo apropiados. El personal que tripula ambulancias terrestres y aéreas debe cumplir unos requisitos mínimos mencionados en la ley y establecidos en la resolución 1439 (manuales de estándares y procedimientos, condiciones técnico

científicas de prestadores de servicios en salud, Ministerio de la Protección Social
anexo 1-30).

4. METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO

La implementación de un Sistema de Gestión de Calidad bajo los lineamientos de la norma NTC-ISO 9001:2008 en GRUPO EMERGER IPS SAS, se desarrolló en primera medida, siguiendo la metodología del ciclo DEMING o PHVA: planear, hacer, verificar y actuar; como estrategia de mejora continua. Además de esto se plantearon diferentes etapas para la ejecución del proyecto.

Gráfica 8. Etapas de implantación del SGC



Fuente:AUTORA

4.1. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico tiene como propósito identificar y evaluar el nivel de cumplimiento que posee la empresa en relación a los requisitos exigidos por la NTC ISO 9001:2008.

Para la realización del diagnóstico se desarrollan diferentes actividades

- Revisión inicial realizada por la AUTORA. Elaboración de la matriz DOFA.
- Revisión de la documentación existente
- Evaluación del cumplimiento de los requisitos en todos los procesos a nivel general

4.2. PLANIFICACIÓN

Una vez realizado el diagnóstico se procede a realizar la configuración estratégica del sistema, configuración que se llevará a cabo en conjunto con las directivas de la entidad; se efectuará la planeación estratégica, la planeación y alcance del Sistema de Gestión de Calidad, tanto para su implementación como para su operación.

- Identificación de procesos gerenciales, misionales y de apoyo; determinando la interacción entre los mismos, los controles necesarios para asegurarse del buen funcionamiento de cada uno de ellos, junto con los recursos necesarios y los respectivos medios de seguimiento.
- Se establecieron la política y objetivos de calidad; los objetivos son controlados a través de indicadores de gestión definidos para cada uno de ellos.
- Se determinaron las acciones y responsabilidades que deben asumir todos los integrantes de la organización, ya que de ellos depende en gran parte el éxito de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad
- se asignaron los recursos a utilizar y el tiempo de ejecución necesario para llevar a cabo la realización del proyecto.

4.3. SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN

La finalidad de esta etapa es afianzar la colaboración y el compromiso del personal con la organización, para que la implementación del Sistema de Gestión sea efectiva; de esta manera se crea una cultura empresarial en torno a la mejora continua.

- Desarrollo de un programa de capacitación que permita al personal conocer la norma NTC ISO 9001:2008
- Socialización de la importancia y beneficios que trae para la organización y para los trabajadores laborar bajo criterios y requisitos de Calidad.
- Sensibilización al personal en cuanto a la documentación y elaboración de registros
- Sensibilización de las funciones y responsabilidades dentro del Sistema.

4.4. DOCUMENTACIÓN

Esta fase consistió en documentar los procesos para asegurar su estandarización. La documentación recolecta información concerniente a los procesos y al cumplimiento de los requisitos exigidos para lograr la implementación exitosa del Sistema de Gestión de calidad.

- Diseño del procedimiento para la elaboración y control de documentos que se adapta a las actividades de la empresa y a los requerimientos exigidos por las norma NTC ISO 9001:2008
- Revisión y ajuste de los documentos existentes en la empresa para dar cumplimiento a los requisitos de la norma.
- Construcción de los documentos exigidos por la norma
- Construcción del manual de calidad para la empresa

4.5. IMPLEMENTACIÓN

En esta etapa se realizó la socialización de los documentos y registros elaborados con el fin de integrar y asegurar la continuidad del Sistema, de esta manera el personal obtuvo conocimiento de ellos y los adoptó en el desarrollo de sus tareas. Las actividades desarrolladas fueron las siguientes:

- comunicar y dar a conocer las directrices del Sistema de Gestión de calidad (Misión, Visión, Política y Objetivos de Calidad) en toda la institución.
- capacitación en la elaboración de informes, seguimiento de no conformidades, elaboración de acciones preventivas y correctivas
- Aplicación de encuestas de satisfacción a clientes y usuarios.
- Realización de ajustes en la documentación.

4.6. SEGUIMIENTO

Es importante evaluar el proceso y verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos por la norma NTC- ISO 9001:2008. Para esto se realizó una revisión del Sistema por parte de la dirección y dos auditorías internas; de esta manera se evidencia que el proceso elegido para la implantación del Sistema se lleva a cabo conforme a las disposiciones planificadas.

Al finalizar cada una de las auditorías internas, se expusieron los resultados, se enfatizó en las no conformidades para analizarlas y trazar un plan de mejora. En este se especificaron y planearon las acciones correctivas y preventivas a desarrollar.

5. DIAGNÓSTICO INICIAL

Al iniciar el proceso se realizó un diagnóstico situacional de la empresa; partiendo de una revisión de los procesos, la observación directa de las actividades y recopilación de información general proporcionada por el personal administrativo y operativo; para establecer el estado inicial de la organización.

En esta etapa se evaluó el cumplimiento de los requisitos de la NTC ISO 9001:2008 y si los requerimientos existentes están siendo abordados adecuadamente. Se realizó un análisis de las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas de la empresa (matriz DOFA) en cuanto al sector al que pertenece la organización y el mercado que maneja. En el transcurso de revisión, se identificaron los procesos establecidos y los documentos existentes para cada uno de estos.

Se hizo necesaria la construcción de una guía que recopilara todos los requisitos que GRUPO EMERGER IPS SAS debe cumplir para la correcta integración del Sistema. Finalmente el diagnóstico sirvió como base en la elaboración de los planes de trabajo y las actividades críticas del proyecto.

5.1. ANÁLISIS DOFA

Este análisis tiene por objeto establecer los principales retos que enfrenta la entidad y las fortalezas que posee para contrarrestarlos, identificando las posibilidades de mejora y oportunidades en el mercado con el fin de planificar actividades que contribuyan a alcanzar los objetivos organizacionales y la superación de las debilidades detectadas. Cuadro 1.

Cuadro 1. Matriz DOFA

Fortalezas	Oportunidades
• Flexibilidad en la prestación del servicio, acomodándose a los requerimientos de los clientes. • Habilitación de los procesos asistenciales • Especialización en el servicio de traslado y cuidado neonatal • Reconocimiento en el sector con un buen posicionamiento de sus servicios • Excelentes relaciones comerciales y realización continua de negociaciones. • Organización de los procesos y seguimiento a las actividades de prestación del servicio cumpliendo con los requisitos legales establecidos para empresas del sector. • Equipos médicos y técnicos adecuados y control del mantenimiento de la infraestructura y el stock de insumos.	• Existencia de nuevos mercados a nivel nacional, a través del servicio de ambulancia aérea. • Ninguna empresa con el servicio de traslado de pacientes en ambulancia de la región se encuentra certificada • Extensión de los servicios de salud ofrecidos • Aumento de la demanda de los servicios ofrecidos por la empresa. • Oferta constante de personal altamente capacitado para la prestación de servicios de salud. • Capacitación y formación en temas asistenciales y médicos a través de diversas empresas en la región.
Debilidades	Amenazas
• Escasa capacitación para el personal de la organización • Alta rotación del personal • Carencia de programa de mantenimiento preventivo para la infraestructura de la organización. • Selección del personal sin bases en el perfil buscado o pruebas de conocimiento • Poca claridad en las funciones de algunos empleados • Cambios organizacionales constantes que dificultan la planificación y la implementación del Sistema. • Adaptación de la compañía a nuevos parámetros legales y administrativos. • No existe control de los proveedores	• Alto nivel de competencia en la región • Poco control en los aspectos externos que pueden afectar la prestación del servicio como paros institucionales de empresas clientes, deficiencia en la infraestructura vial, accidentes de tránsito, cierre de aeropuertos, etc. • Falta de integración de las empresas que hacen parte de la cadena de abastecimiento de este sector, no existe coordinación proveedores- empresa- clientes. • Las fallas en la prestación del servicio pueden llevar a la perdida de una vida. La calidad de los servicios ofrecidos se refleja en la asistencia médica al paciente.

Fuente:AUTORA

5.1.1. Estrategias DOFA. Después de identificar los aspectos principales en la matriz DOFA, se realizó su análisis estratégico, en donde se intentan equilibrar los aspectos negativos y positivos encontrados, utilizando las oportunidades halladas para disminuir las debilidades de la empresa, así como atacar las amenazas con las fortalezas institucionales.

- ✓ El elevado nivel de competencia entre empresas que ofrecen los mismos servicios en la región, se puede contrarrestar ofreciendo servicios con valor agregado para el cliente, utilizando como ventaja competitiva la flexibilidad y especialización en la prestación del servicio, y brindando confiabilidad al cliente a través de la Habilitación certificada por la Secretaría de Salud de los procesos asistenciales que se realizan. .
- ✓ Los aspectos externos que pueden afectar la prestación del servicio se pueden mantener controlados a través de la estandarización de los procesos institucionales, asegurando la trazabilidad del servicio, cumplimiento con los requisitos legales establecidos para empresas del sector y el seguimiento a las actividades.
- ✓ Ser una empresa flexible y contar con una infraestructura adecuada facilita el cumplimiento de las expectativas de los clientes.
- ✓ El reconocimiento en el Sector puede facilitar la movilidad de los servicios, creando fuertes relaciones comerciales que contribuyan a optimizar la cadena de suministro.
- ✓ contar con los equipos técnicos, médicos y con las aptitudes necesarias para la realización de la labor de asistencia médica, para así disminuir el riesgo de fatalidades a la hora de la prestación del servicio.
- ✓ Programar capacitaciones permanentes para el personal de la institución con el fin de aumentar sus competencias y la calidad del producto. Se debe realizar

un análisis de las ofertas de formación en el mercado y cuáles se adaptan mejor a las necesidades de la empresa.

- ✓ La empresa debe aprovechar y adaptarse rápidamente a los cambios adquiriendo ventajas competitivas que le permitan diferenciarse en el sector, abrir nuevos mercados y mejorar continuamente.
- ✓ Para contar con personal calificado, la institución debe establecer los perfiles de cargo necesarios para su desempeño laboral, se debe tener como base las necesidades de la empresa, las habilidades y competencias que se requieren y funciones de cada cargo.
- ✓ La organización debe implementar estrategias para asegurar la calidad a lo largo de toda la cadena de suministro; por lo tanto se debe mantener un control de los factores que inciden en la prestación del servicio, ya sea la compra de materiales e insumos o la programación del mantenimiento de equipos e infraestructura. La creación de un Sistema de Gestión de calidad, posibilita el control de la calidad en cada uno de los procesos de la empresa.
- ✓ La apertura de nuevos mercados y el fortalecimiento de las relaciones comerciales, incursionando en nuevos servicios genera nuevas posibilidades de ingreso y mayor rentabilidad a la organización. La empresa debe aprovechar la estabilidad que puede obtener y llevar a cabo programas motivacionales a los trabajadores para elevar el compromiso y sentido de pertenencia del personal.

5.2. REVISIÓN DE LOS PROCESOS

GRUPO EMERGER IPS SAS cuenta con procesos establecidos, aprobados y habilitados por la Secretaria de Salud: Traslado en ambulancia básica y medicalizada, consulta médica domiciliaria y servicio neonatal, proporcionándole a

la organización una base sólida para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

Estos procesos están enfocados en la prestación del servicio y están documentados parcialmente contando con protocolos, instructivos y registros. Además la compañía posee un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud. (PAMEC). Es la forma a través de la cual la institución implementa el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, requisito obligatorio para lograr la habilitación de los procesos asistenciales.

Para revisar los procesos se emplearon metodologías como la observación directa de las tareas y la realización de reuniones con los responsables de los procesos. Para conocer la dinámica de los procesos asistenciales de la empresa se entrevistó al Dr. Yamid Linares, Gerente y Director médico junto a Esneider Silva y Jonathan Pesca, representantes del personal médico y de enfermería. Además se inspeccionaron las actividades realizadas por Luz Adriana Salazar, coordinador operativo; Adriana Ramírez, Director administrativo; Marleny Nuñez, Auxiliar Contable, y los conductores Obed Cruz y Oliver Mariño; para evaluar las tareas habituales de la organización. En general se entrevistó al personal involucrado en cada una de las actividades captando de esta manera la información necesaria para la visualización inicial de la empresa, se analizó a su vez la documentación empleada para cada actividad y se evaluó su interrelación.

La descripción de los procesos, el recurso humano y la documentación encontrada en cada uno, se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Documentación inicial por procesos de GRUPO EMERGER IPS SAS

Proceso	Documento	Registro	Responsable
Prestación del servicio de ambulancia aéreo y terrestre	- Especificaciones para el traslado en ambulancia - Portafolio de servicios - Protocolos constituidos para la asistencia médica - Protocolo para manejo de shock anafiláctico	- Registro de atención durante el traslado ambulancia básica (RADT para TAB) - Registro de atención durante el traslado ambulancia medicalizada (RADT para TAM) - Ordenes de servicio - Encuestas de satisfacción a clientes	Coordinador operativo Auxiliares de enfermería y Médicos.
Gestión Humana	Manual del trabajador	Definición del reglamento interno, los deberes y derechos de los trabajadores y requisitos generales de la empresa.	Director administrativo
Infraestructura	Instructivo para la revisión de la infraestructura de la empresa	- Reporte diario de oxígenos - Revisión de equipos médicos - Esterilización de insumos - Inventario de ambulancia básica - Inventario de ambulancia medicalizada - Inventario de herramientas	Auxiliares de enfermería y Conductores
Compras	----	- Reporte de novedades - Solicitud de insumos de bodega	Coordinador Operativo y Gerente
Comercialización y mercadeo	- Propuestas comerciales - Base de datos de los clientes	—	Director Administrativo
Gestión Gerencial	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en	-----	Gerente

	SaludPAMEC		
Logística del servicio	—	Bitácora de servicios	Coordinador Operativo
Gestión Contable	Documentos contables	Facturas Cuentas de cobro	Auxiliar Contable

Fuente:AUTORA

5.3. REVISIÓN DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008

Con el fin medir el cumplimiento de la empresa en relación a los requisitos planteados por la norma para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, se elaboró una lista de verificación que comprende la evaluación de cada ítem de la norma desde el capítulo cuarto hasta el octavo, evaluando el nivel de formalización de los diferentes requisitos en el momento de realización del diagnóstico.

De igual manera se identificaron fallas importantes en los procesos de la institución considerados críticos para la implementación del Sistema, lo cual sirvió como guía para la elaboración del plan de trabajo, al priorizar las actividades a desarrollar.

El proceso dio inicio con una reunión encabezada por el asesor de la empresa, la Ingeniera Yeris Cristina Mendoza, en donde junto con los directivos de la compañía se plantearon las expectativas del Sistema, se informó sobre la metodología y como se llevaría a cabo la implementación; se identificaron los procesos y servicios que harían parte del proyecto y las responsabilidades del personal. Se concluyó con una pequeña sensibilización sobre la norma ISO 9001:2008 y los beneficios del Sistema de Gestión recalando la importancia del compromiso de la dirección para conseguir los objetivos. La finalidad de ésta reunión fue conocer las generalidades de la empresa para dar inicio al diagnóstico.

La lista de chequeo se aplicó a modo de entrevista, con el propósito de interactuar con las personas que intervienen en todos los procesos. El instrumento utilizado y los parámetros de evaluación aplicados se muestran a continuación. Tabla 3.

Tabla 3. Parámetros de ponderación para el diagnóstico.

Abreviatura	Descripción	Porcentaje De Cumplimiento Por Requisito
NA	Requisito no aplicable bajo los parámetros de exclusión de ISO 9001:2008	-----
NO	Requisito aplicable, pero no diseñado, ni desarrollado, ni implementado	10%
IDEA	Requisito en proceso de diseño o desarrollo para cumplimiento de las normas	25%
DOCUMENTADO	Requisito Implementado, con resultados, registros y evidencias	50%
IMPLEMENTADO	Requisito Implementado y auditado con resultados conformes	75%
REGISTROS DE IMPLE	Requisito implementado, auditado y en proceso de mejoramiento continuo	100%

Fuente: COLMANT CONSULTING LTDA

En la matriz de verificación de requisitos presentada en el Anexo. 1, se especifica el estado de la organización con respecto a cada uno de los puntos de la norma, siendo evaluados de manera cuantitativa y señalando los hallazgos y observaciones.

5.4. RESULTADO DEL DIAGNÓSTICO

Del diagnóstico inicial realizado en GRUPO EMERGER IPS SAS se concluye que el estado de madurez del Sistema de Gestión de Calidad es del 24%, basado en el

resultado obtenido en la matriz de verificación de los requisitos, mostrando el porcentaje de cumplimiento por numerales de la norma. Tabla 3.

El resultado alcanzado se debe a los intentos de la institución de mantener y cumplir los requisitos de calidad exigidos por la Secretaria de salud para la habilitación de sus servicios asistenciales y el funcionamiento normal de sus actividades misionales según la legislación establecida para empresas del sector.

GRUPO EMERGER además muestra un manejo empírico de la calidad a través de estrategias administrativas y operativas ejecutadas para lograr el control de sus procesos; sin embargo este control se debe establecer no sólo en la prestación del servicio, sino que debe extenderse a la totalidad de los procesos organizacionales permitiendo la optimización de la cadena productiva, el buen funcionamiento de la institución y la satisfacción de los clientes.

Cuadro 2. Resultados del diagnóstico.

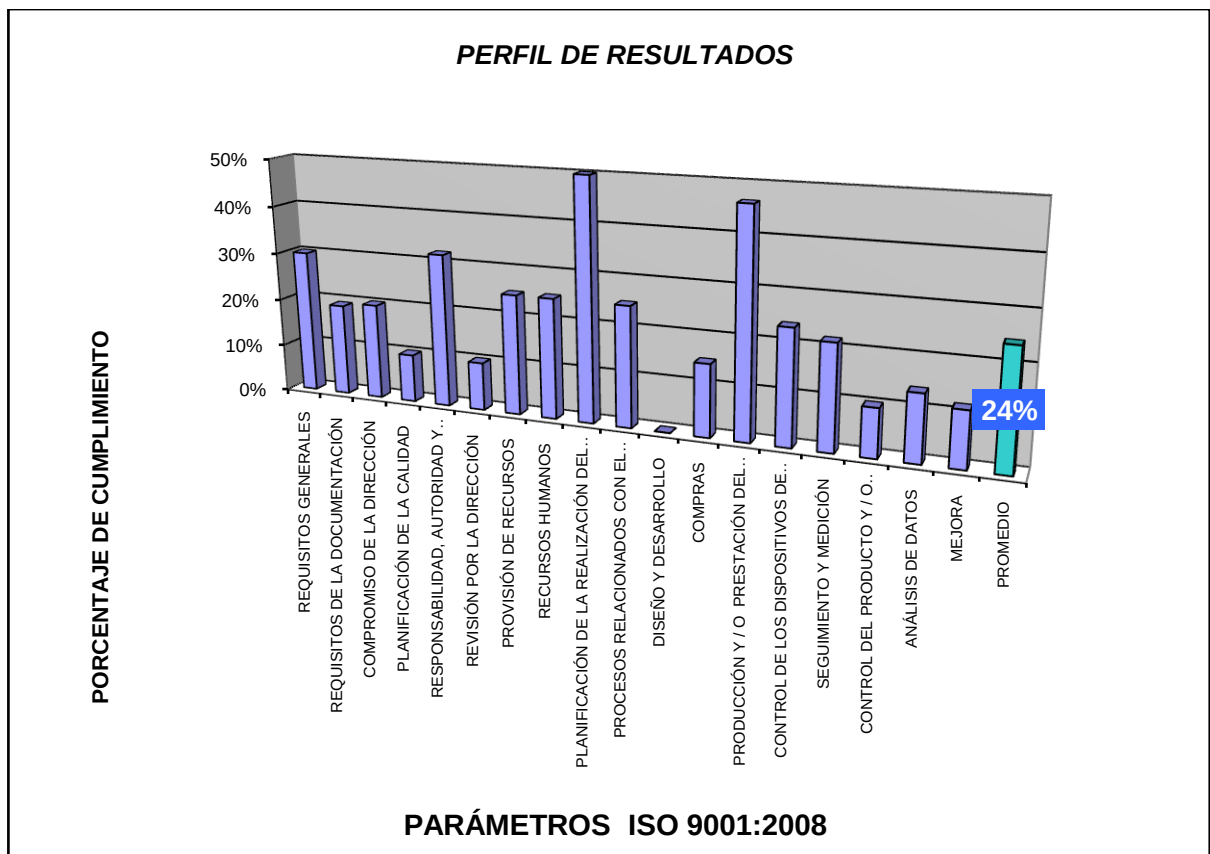
Resultados del diagnóstico		
Numeral	Requisitos del Sistema De Gestión de Calidad	Porcentaje de cumplimiento
4.1	Requisitos Generales	30%
4.2	Requisitos De La Documentación	19%
5.1	Compromiso De La Dirección	20%
5.4	Planificación De La Calidad	10%
5.5	Responsabilidad, Autoridad Y Comunicación	32%
5.6	Revisión Por La Dirección	10%
6.1	Provisión De Recursos	25%
6.2	Recursos Humanos	25%
7.1	Planificación De La Realización Del Producto Y / O Servicio	50%
7.2	Procesos Relacionados Con El Cliente	25%
7.3	Diseño Y Desarrollo	0%
7.4	Compras	15%
7.5	Producción Y / O Prestación Del Servicio	46%
7.6	Control De Los Dispositivos De Seguimiento Y Medición	24%
8.2	Seguimiento Y Medición	22%
8.3	Control Del Producto Y / O Servicio No Conforme	10%
8.4	Análisis De Datos	14%
8.5	Mejora	12%
PROMEDIO		24%

Fuente:AUTORA

Los puntos débiles encontrados se relacionan con la planeación de calidad, análisis de datos y revisión por la dirección, pues hay ausencia de objetivos de calidad medibles así como de una metodología para evaluar la gestión de la empresa y los márgenes alcanzados en un tiempo establecido.

En conclusión se puede decir que un punto crítico para la consecución del Sistema es establecer mecanismos para la evaluación y revisión de los procesos de la entidad; siendo vital la interacción de éstos para obtener un direccionamiento estratégico de la calidad y la implementación del Sistema.

Gráfica 9. Perfil de resultados del diagnóstico



Fuente:AUTORA

6. PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Teniendo en cuenta los resultados del diagnóstico inicial, se elaboró un plan de trabajo, en el que como primera medida se estableció el equipo de trabajo para la implementación del Sistema. Se procede entonces a realizar la planeación estratégica de la organización para la ejecución del Sistema definiendo el alcance, los procesos y controles para cada uno de ellos; fijando las directrices institucionales, y asignando las responsabilidades para la ejecución del proyecto.

6.1. CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO

6.1.1. Comité del SGC. Para dar cumplimiento al requisito de definición, ejecución y seguimiento de las actividades del Sistema establecido por la Norma ISO 9001:2008, se constituyó el comité del SGC, donde se definieron las responsabilidades de cada uno de los integrantes dependiendo de su rol en la organización y las actividades en las que se encontraban involucrados. Anexo 2.

El SGC tiene como funciones:

- Responder a todas las inquietudes que surjan sobre la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en cada uno de los procesos.
- Aprobar la documentación del Sistema.
- Formular y actualizar las directrices organizacionales (misión, visión, política de calidad)
- Orientar a la Organización hacia la consecución de los objetivos de calidad.
- Definir el alcance del proyecto y las estrategias para lograr su implementación y continuidad.
- Realizar la medición y el seguimiento de los indicadores de gestión para cada uno de los procesos.
- Determinar actividades críticas a atender en cada proceso.

- Lograr que el personal se involucre y comprometa con el Sistema.
- Difundir los resultados obtenidos y realizar constante retroalimentación del Sistema de Gestión de Calidad.

Tabla 4. Comité del SGC

NOMBRE	CARGO
ANDRÉS YAMID LINARES	GERENTE
ADRIANA RAMIREZ	DIRECTOR ADMINISTRATIVO
SNIEDER SILVA	AUXILIAR DE ENFERMERIA
TATIANA MONSALVE	ENCARGADO DE CALIDAD

Fuente:AUTORA

Se establecieron reuniones periódicas del comité para asignar tareas, hacer seguimiento y velar por el funcionamiento del Sistema; buscando estrategias para involucrar a todo el personal al establecer la necesidad de sensibilizaciones y capacitaciones para su adecuada implementación.

6.1.2. Representante por la dirección.En relación al numeral 5.5.2 de la NTC ISO9001:2008, se designó a la Directora Administrativa como el representante de la dirección para el Sistema de Gestión de Calidad quien asume las siguientes responsabilidades:

- Velar por que los procesos y actividades necesarias para el Sistema de Gestión se establezcan, implementen y mantengan.
- Promover las políticas, objetivos y procesos definidos para el Sistema de Gestión de Calidad, pretendiendo su aplicación por parte de todos los miembros.

- Suministrar los recursos humanos y destrezas especializadas, tecnología y recursos financieros que permitan cumplir eficientemente con los objetivos de gestión de la empresa.
- Hacer seguimiento del Sistema de Gestión de Calidad.
- Informar a gerencia sobre el desempeño del Sistema y las necesidades de mejora.
- Mantener y promover la filosofía del servicio enfocada a la satisfacción y superación de las expectativas del cliente.

6.2. REESTRUCTURACIÓN DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN

GRUPO EMERGER IPS SAS, ya contaba con un direccionamiento estratégico (misión, visión, valores y objetivos organizacionales) definido, sin embargo el comité de calidad identificó la necesidad de realizar una reestructuración de las directrices, apuntando al mejoramiento y la integración de una filosofía de Calidad Total para la empresa.

Para la adecuación de la misión se realizaron ciertos talleres de visualización y de lluvia de ideas donde el personal se enfrentaban a preguntas como:

- ¿Quiénes somos?
- ¿Cuál es nuestro propósito básico?
- ¿Cuáles son las necesidades de nuestros clientes?
- ¿Cuáles son nuestros servicios?
- ¿Cuál es nuestro factor diferenciador?

Finalmente la Misión de GRUPO EMERGER se consolidó así:

GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS es una compañía especializada el transporte de pacientes de cuidado

crítico y en asistencia médica domiciliaria, que contribuye de manera abnegada al mejoramiento de la atención en salud de sus usuarios; fundamentándose en los principios éticos, morales y profesionales de prevención de la enfermedad y promoción de una salud integral; basados en calidad, eficiencia y eficacia; y desarrollando procesos técnicos- científicos estratégicos, que nos permitan ser una empresa sobresaliente, de preferencia y de gran apoyo a las diferentes instituciones prestadoras de salud.

Para la visión se evaluaron las metas que la compañía quiere alcanzar, de manera que sean factibles, reales y generalizadas al personal. Igualmente se plantearon preguntas y se socializó acerca de:

- ¿Qué tratamos de conseguir?
- ¿A Dónde queremos llegar?
- ¿Qué factores nos ayudaran a conseguir lo que buscamos?

La Visión establecida es la siguiente:

GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS
será una empresa reconocida, a nivel nacional, como institución líder en la prestación de servicios de salud especializados y dirigidos por profesionales de alta calificación e infraestructura de avanzada tecnología.

6.3. ALCANCE Y EXCLUSIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

El comité del SGC definió el alcance del Sistema para GRUPO EMERGER IPS SAS, éste aplica para los servicios de consulta médica domiciliaria y de transporte de pacientes en ambulancia médica especializada tanto aérea como terrestre, en

las modalidades de servicio asistencial básico, servicio asistencial medicalizado y servicio neonatal.

El Sistema de Gestión excluye el cumplimiento del numeral 7.3 de la NTC ISO 9001:2008, puesto que en la organización no existe diseño ni desarrollo para ningún producto o servicio. Todos los servicios son resultado de las especificaciones o requisitos de clientes y usuarios.

6.4. POLÍTICA DE CALIDAD

Para la construcción de la política de calidad, el comité de calidad tuvo en cuenta las directrices de la empresa y realizó una evaluación de aspectos claves como las necesidades de los clientes y de la organización, las relaciones comerciales, elementos y criterios para el desarrollo del Sistema y los objetivos trazados.

A través del análisis realizado se formuló una política de calidad acorde al propósito de la empresa, la cual incluye un compromiso de satisfacer los requisitos del cliente y el usuario y de mejorar continuamente. Esta política es revisada permanentemente en las reuniones de comité, se divulgó a todo el personal y se publicó en las instalaciones de la empresa. La política de calidad de GRUPO EMERGER IPS SAS es la siguiente:

“GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS ofrece transporte y asistencia médica, de manera segura, oportuna, equitativa; contando con un equipo técnico y humano idóneo que busca la satisfacción de los clientes y el bienestar de los usuarios. Poseemos un compromiso con la calidad y el mejoramiento continuo institucional en asistencia médica y salud comunitaria, cumpliendo y superando las expectativas de nuestros clientes y de todas las

personas que participan en el proceso de atención, mediante la prestación de servicios con valor, eficacia y eficiencia; buscando siempre la excelencia.”

6.5. OBJETIVOS E INDICADORES DE CALIDAD

Las organizaciones necesitan tener un mecanismo de seguimiento de sus procesos para realizar adecuadamente la planeación estratégica, tener una medida de la situación real de la empresa y detectar cambios que puedan afectarla. Los objetivos e indicadores de gestión son herramientas de seguimiento y control que permiten identificar el cumplimiento de las directrices de la empresa y los cambios que afecten el desarrollo de los procesos.

La elaboración de los objetivos de calidad, se realizó inmediatamente después de la formulación de la política de calidad con la participación de los miembros del comité de calidad y demás personal de la empresa. Los objetivos de calidad formulados en GRUPO EMERGER cumplen con las siguientes características:

- **Claridad:** están claramente definidos, de tal forma que no revista ninguna duda en aquellos que son responsables de su logro.
- **Flexibilidad:** pueden ser modificados cuando las circunstancias lo requieran o para aprovechar las condiciones del entorno.
- **Medible:** los objetivos son medibles en un horizonte de tiempo para poder determinar con precisión y objetividad su cumplimiento.
- **Realista:** factibles de lograrse.
- **Coherente:** Se definieron teniendo en cuenta que deben servir a la empresa y contribuir a conseguir su misión.
- **Motivador:** constituyen un elemento motivador, en un reto para las personas responsables de su cumplimiento.

La definición de los objetivos se basa en la política de calidad, por lo cual el grado de cumplimiento de estos aseguran que la política de calidad se está implementando y cumpliendo. A través de la medición de estos objetivos y los indicadores asociados a cada uno se tiene un valor numérico del nivel de eficacia alcanzado en los procesos organizacionales; éste cálculo es complementado con análisis de datos y el diseño e implementación de acciones de mejora derivadas de este análisis.

GRUPO EMERGER IPS SAS define como objetivos de calidad:

- *Ofrecer servicios de calidad contando con el apoyo de un equipo humano capacitado y la infraestructura adecuada.*
- *Satisfacer las necesidades de los usuarios garantizando de esta manera la satisfacción de las necesidades de los clientes.*
- *Ofrecer transporte y asistencia médica, de manera segura, oportuna, equitativa*
- *Mejorar permanentemente los procesos para asegurar la efectividad de la organización.*

La política, los objetivos, indicadores, su forma de cálculo y demás datos relacionados con estos se describen en el Anexo 3. Matriz de política, objetivos e indicadores de calidad.

6.6. IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS

Un enfoque basado en procesos nos permite un mejor y continuo control sobre los procesos y las interrelaciones entre ellos, lo cual sin lugar a dudas representa una

ventaja competitiva para la organización. Permite además un desempeño mejor y la obtención de mejores resultados no sólo en los procesos sino en los servicios, así como la posibilidad de un mejoramiento continuo de manera integral.¹⁶

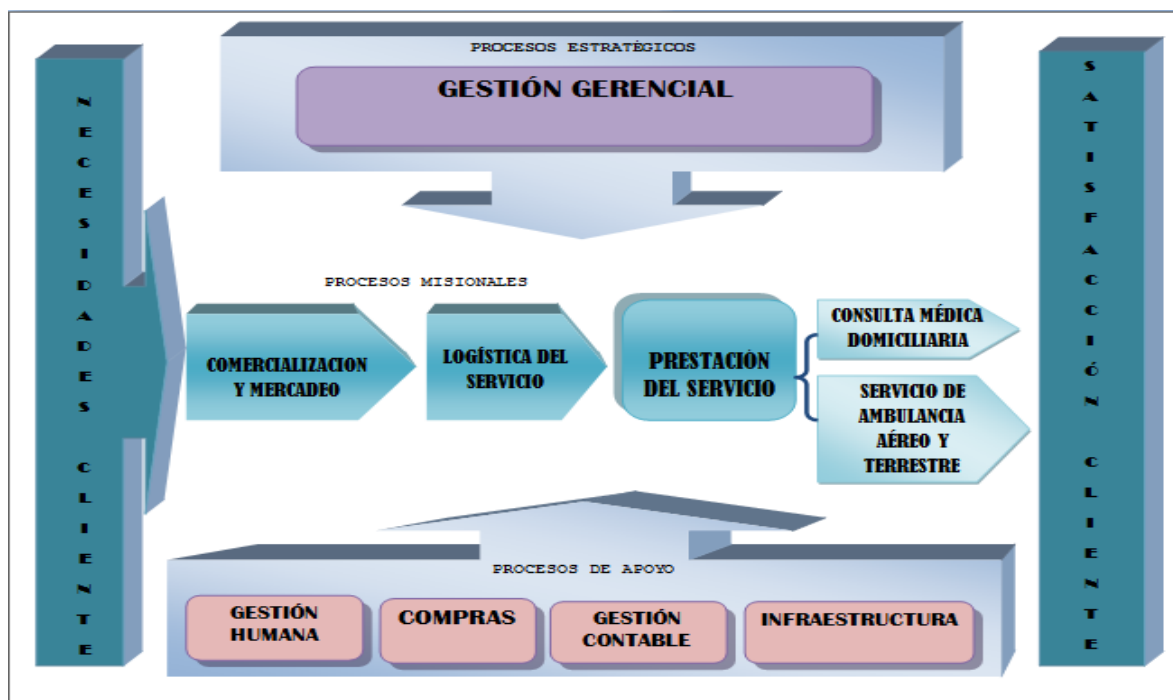
Para cumplir la misión de la empresa, se desarrollan variadas actividades, podemos expresar, en sentido general, que el conjunto de actividades para la realización de un producto, la prestación de un servicio o el desarrollo de una actividad comercial constituye un proceso.

Existen en GRUPO EMERGER IPS SAS variados procesos interrelacionados entre sí, y en múltiples ocasiones las salidas o resultados de un proceso constituyen la entrada de otro.

Se identificaron todos los procesos de la organización especialmente los principales para el cumplimiento de los servicios de consulta médica domiciliaria y traslado de pacientes en ambulancia aérea y terrestre; que provienen del conjunto de actividades que garantizan los objetivos y la misión, teniendo en cuenta además los aspectos que permiten garantizar los requerimientos y expectativas de los clientes. Como resultado de la identificación se construyó el siguiente mapa de procesos para la empresa.

¹⁶Rodríguez, F., Blanco, H., y Valle, (2000) E., El enfoque de procesos: Una herramienta para el rediseño y mejoramiento de la empresa

Gráfica 10. Mapa de procesos de GRUPO EMERGER IPS SAS



Fuente:AUTORA

Los procesos organizacionales en GRUPO EMERGER, se clasifican de la así:

- **Procesos Estratégicos:** incluyen los relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, comunicación, disposición de recursos necesarios y revisiones por la Dirección. Aquí se encuentra el proceso de Gestión gerencial.

- **Procesos Misionales:** incluyen todos aquellos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento del objeto social o razón de ser. Los procesos misionales de GRUPO EMERGER IPS SAS son comercialización y mercadeo, logística del servicio y prestación del servicio.

- **Procesos de Apoyo:** incluyen aquellos que proveen los recursos necesarios para el desarrollo de los procesos estratégicos y misionales. En este grupo se encuentran los procesos de compras, recurso humano, infraestructura y gestión contable.

6.7. CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS

Una vez identificados los procesos, se procedió a valorar el objetivo que persigue cada uno; sus elementos de entrada y de donde provienen, los resultados y hacia quien van dirigidos; los recursos necesarios, especialmente los humanos con sus competencias, los materiales, equipos, herramientas, así como la secuencia del mismo.

Se realizó la determinación de las características de los procesos para la realización de un adecuado control que posibilite una comprensión correcta de estos, determinando sus fallas o errores y las posibles desviaciones que ocurran, a través de los indicadores de gestión que le aplican. Anexo 4.

En la Gráfica 11. se observa la estructura diseñada para realizar la caracterización de los procesos de GRUPO EMERGER IPS SAS.

Gráfica 11. Caracterización del proceso de Gestión Humana

GESTION HUMANA				
OBJETIVO: Asegurar la disponibilidad y nivel de competencia de los empleados y desarrollar un ambiente motivado de trabajo.				
ALCANCE: Desde que surge la necesidad de personal, hasta su contratación, capacitación y evaluación de desempeño del mismo..				
ENTRADAS		ACTIVIDADES		SALIDAS
GESTIÓN GERENCIAL PRESTACIÓN DEL SERVICIO COMERCIALIZACIÓN Y MERCADEO	- DOCUMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD - NECESIDADES DE CAPACITACION - NECESIDAD DE CONTRATACION Y CAPACITACION DE RECURSO HUMANO - APROBACION DE RECURSOS PARA LA CAPACITACION O CONTRATACION DE PERSONAL - ACCIONES DE MEJORAMIENTO CORRECTIVO- PREVENTIVO	- Definir funciones y perfiles de los diferentes cargos - Establecer plan de capacitaciones - Identificar la necesidad de personal HACER: - Convocatoria personal - Recepción de hojas de vida y preselección. - selección del recurso humano - entrevista y prueba de conocimiento. - contratación e inducción. - Evaluación del desempeño - Necesidad de capacitación o formación - Ejecutar actividades de capacitación. - Evaluación de la eficacia de las capacitaciones VERIFICAR: - Evaluaciones de desempeño - Coordinar y evaluar las actividades de capacitación y evaluación de eficacia de las capacitaciones - Seguimiento a indicadores de gestión ACTUAR: - Acciones correctivas y preventivas	- Resultados del desempeño del proceso (indicadores de gestión y mecanismos de seguimiento) - Necesidades de acciones de mejoramiento correctivo- preventivo - Recurso Humano calificado - Cronograma de capacitación - Aprobación de recursos para capacitación y contratación de recurso humano. - Solicitud de creación o modificación de documentos	TODOS LOS PROCESOS
	RESPONSABLE: DIRECTOR ADMINISTRATIVO	DOCUMENTOS:	RECURSO:	
		- Plan de Capacitaciones - Asistencia - Evaluación de Desempeño - Procedimiento de Recurso Humano	Talento humano, equipos de oficina, infraestructura	
	EQUISITOS A CUMPLIR: 5.5.1, 5.5.3, 6.2, 6.2.1, 6.2.2, 6.4	MEDICION	SEGUIMIENTO	
	% obtenido en las evaluaciones de desempeño (No. Capacitaciones Realizadas / Capacitaciones Programadas)*100.	- Resultados evaluaciones de desempeño - Programa de capacitaciones		

Fuente: AUTORA

6.8. CRONOGRAMA DE TRABAJO PARA EL SGC

Como parte de la planeación del Sistema de Gestión de Calidad, se elaboró un cronograma de trabajo, en donde se especifica el tiempo establecido para la ejecución de cada etapa de la implementación. Sin embargo este cronograma estuvo sujeto a diferentes modificaciones, producto de cambios organizacionales que se dieron en el transcurso del proyecto. Los tiempos propuestos se aplazaron durante un par de meses, desde mediados de Julio hasta mediados de Septiembre; por lo tanto la implementación del SGC se dilató. Gráfica 11.

Es importante mencionar que GRUPO EMERGER IPS SAS dispuso y asignó los recursos necesarios para la implementación del Sistema tanto humanos como técnicos y financieros para la consecución del SGC.

Gráfica 12. Cronograma de trabajo

ETAPAS	CRONOGRAMA DE TRABAJO																																				
	ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
DIAGNOSTICO																																					
PLANIFICACIÓN																																					
DOCUMENTACIÓN																																					
IMPLEMENTACIÓN																																					
CAPACITACIÓN																																					
EVALUACIÓN																																					
AUDITORIA INTERNA 1																																					
PLAN MEJORA																																					
AUDITORIA INTERNA 2																																					
PLAN MEJORA																																					

Fuente:AUTORA

7. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Este capítulo abarca el diseño y elaboración de la documentación junto con ejecución de todas las actividades necesarias para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, incluyendo las socializaciones y capacitaciones necesarias para asegurar la efectividad del proceso; creando de esta manera se cultura empresarial en torno a la mejora continua.

7.1. PLANIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

El proceso de documentación inició con la recolección de la información concerniente a los procesos y al cumplimiento de los requisitos exigidos por la NTC ISO 9001:2008 y los establecidos por la institución para lograr la satisfacción del cliente y conseguir los objetivos de calidad; se evaluaron los documentos existentes en la organización analizando su importancia, utilidad y cumplimiento de los requerimientos de la norma. Todo esto con el fin de proponer una estructura documental que garantice la adecuación y eficacia de cada actividad y conseguir así la estandarización de los procesos.

Posteriormente se diseñó un procedimiento para la elaboración y control de documentos; que define las actividades que se deben realizar para generar y controlar la documentación de la empresa (ver Anexo.5). Éste modelo de documentación fue presentado a los directivos para su aprobación.

Cada documento se diseñó y rediseñó teniendo en cuenta las necesidades de los procesos y del Sistema, aplicando como guía el GE-P-01 procedimiento de control de documentos y registros de la empresa.

7.2. ESTRUCTURA DOCUMENTAL

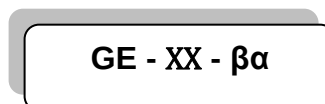
Después de realizar la evaluación inicial de la documentación y tomando como base las condiciones de cada uno de los procesos, el comité de Gestión de Calidad de GRUPO EMERGER IPS SAS, definió una estructura documental que se adapta a sus actividades y da cumplimiento a los requerimientos de la NTC ISO 9001:2008. La estructura se muestra a continuación.

Gráfica 13. Estructura documental del SGC.



Fuente:AUTORA.

A la documentación se les asignó un código para facilitar su divulgación y control. El código es la forma de identificar los documentos del Sistema de Gestión de Calidad, tiene la siguiente estructura:



- GE hace referencia a que es un documento de GRUPO EMERGER I.P.S. S.A.S

- XX código que representa el tipo de documento
- βα representa el número consecutivo del documento iniciando en 01

La codificación para identificar el tipo de documento es la siguiente:

Cuadro 3. Codificación de los documentos del SGC

Documento	Código
MANUAL	M
PROCEDIMIENTO	P
FORMATO	F
INSTRUCTIVO	I
PROTOCOLO	PR
DIRECTRIZ	D

Fuente: AUTORA.

7.2.1. Registros, Directrices y Formatos. Estos documentos constituyen una herramienta guía y de apoyo, son los que proveen a la empresa la evidencia de la gestión de sus operaciones; los resultados de las actividades desempeñadas, y son útiles para su posterior evaluación generando la retroalimentación continua del SGC. En el Sistema de Gestión de GRUPO EMERGER IPS SAS, se establecieron formatos para el seguimiento de cada uno de los procesos de la empresa.

7.2.2. Protocolos e instructivos. Son documentos que describen la secuencia de pasos detallada a seguir para realizar una actividad o proceso. En GRUPO EMERGER IPS SAS, se generaron cinco Protocolos que relatan las actividades a desarrollar durante la prestación de los diferentes servicios de la empresa.

Se crearon además instructivos que detallan las condiciones de las tareas. Los instructivos que hacen parte del proceso de prestación del servicio establecen los parámetros a seguir durante la asistencia médica a los usuarios según las condiciones clínicas del paciente, sus requerimientos y la respuesta a diferentes eventualidades que puedan ocurrir durante el proceso. Existen también instructivos creados para el control de actividades de infraestructura, como revisión de equipos médicos y ambulancias.

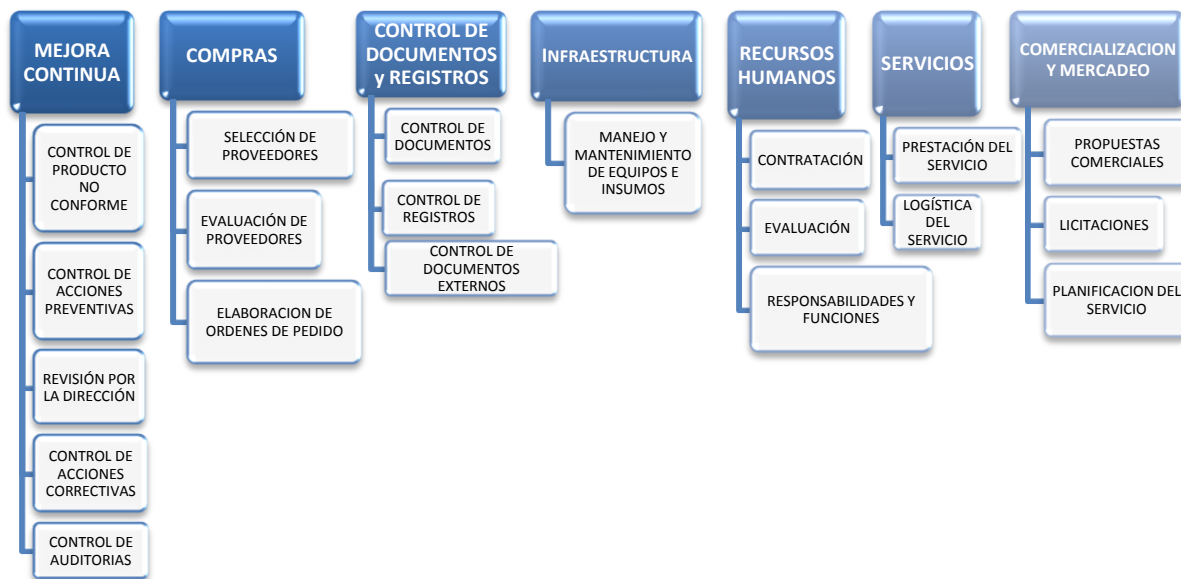
7.2.3. Procedimientos. Los procedimientos especifican el funcionamiento de los procesos, quiénes son los responsables de su realización, los documentos que se deben tener en cuenta y/o registros que se deben llevar con el fin de dejar evidencia de su gestión. Estos documentos encierran diversas actividades y requisitos; configurando los lineamientos de una cultura de calidad Total en la compañía. Los procedimientos elaborados para el Sistema de Gestión de Calidad cumpliendo con los requisitos de la NTC- ISO 9001:2008 en la empresa se pueden visualizar en la Gráfica 13.

7.2.4. Manuales. GRUPO EMERGER IPS SAS, consideró de importancia la creación tres manuales que estructuran los procesos organizacionales.

- ✓ **Manual de funciones** que especifica los perfiles y funciones de cada uno de los cargos dentro de la institución. Anexo 6.
- ✓ **Manual del trabajador**, donde se generalizan las directrices y se dan a conocer las actividades y responsabilidades más importantes para el desarrollo de su labor. Anexo 7.
- ✓ **Manual de calidad de la empresa**, que engloba todas las actividades de la entidad y del Sistema que dan cumplimiento a la NTC ISO 9001:2008. El

manual muestra la información general de la empresa y la configuración del Sistema de Gestión de Calidad. Anexo 8.

Gráfica 14. Procedimientos del SGC



Fuente: AUTORA

7.2.5. Documentos Externos. Documentos requeridos y utilizados en el Sistema de Gestión de la Calidad que son generados por entidades diferentes a la organización como legislaciones, manuales de equipos y normatividad aplicable, entre otros; estos se controlan a través del Listado maestro de documentos externos.

7.3. SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN

Ésta es una de las etapas más importantes en el proceso de implementación de un Sistema de Gestión de Calidad, puesto que se basa en concientizar al personal que labora en la organización, ya que de sus funciones y de la forma como las ejecuten depende el cumplimiento de algunos requisitos estipulados en la norma y la correcta ejecución del proceso.

7.3.1. Planificación de las capacitaciones. Se elaboró un plan de capacitaciones de Calidad que pretendían vincular a todo el personal de la empresa en una serie de reuniones. El propósito de las reuniones fue:

- Responder a las necesidades de divulgación de la documentación para asegurar su adecuación dentro de las actividades de la organización.
- Brindar conocimiento y formación sobre la norma ISO 9001:2008 y sus requisitos básicos.
- Dar a conocer el Sistema, su importancia y los beneficios que trae a la organización, estructurando así una cultura entorno a la mejora continua.

En la Tabla 5. Se muestran las capacitaciones y sensibilizaciones para GRUPO EMERGER IPS SAS.

Además de las capacitaciones de Calidad; los directivos de la empresa consideraron importante capacitar al personal en otras temáticas específicas para la prestación del servicio, con el fin de complementar la formación del personal.

Tabla 5. Plan de capacitaciones y sensibilizaciones

Nombre de la capacitación	Temas tratados	Personal a quien va dirigida	Fecha y duración
Sistema de Gestión de Calidad y Fundamentos de la Norma ISO 9001:2008	Generalidades de la norma Estructura de la norma Requisitos básicos Sistemas de Gestión de Calidad importancia y beneficios	Personal Administrativo y operativo representantes de procesos. (7 personas)	28 de Agosto y 19 de Septiembre 2011 (Dos horas)
Socialización de las directrices de la organización	Política de Calidad Objetivos de Calidad Misión Visión Estructura organizacional. Valores organizacionales	Todo el personal (14 personas)	09 de Septiembre del 2011 (Una hora)
Gestión por procesos	Mapa de procesos de la organización Enfoque basado en procesos Metodología de la documentación.	Líderes y responsables de los procesos. (7 personas)	18 de Septiembre del 2011 (Una hora)
Socialización de la documentación por procesos	Documentos relacionados con cada proceso Metodología para el desarrollo de las actividades establecida. Manual de Funciones	Todo el personal (14 personas)	18 de Septiembre del 2011 (Dos horas)
Requisitos y Satisfacción del cliente	Presentación de los formatos y la metodología para evaluar la satisfacción del cliente Importancia del cliente Detección de servicios no conformes	Personal operativo (11 personas)	04 de Septiembre del 2011 (Una hora)
Indicadores de Gestión	Definiciones Indicadores de gestión para cada proceso	Responsables de los procesos (7 personas)	15 de Octubre del 2011

	Responsables de los indicadores		(Dos horas)
Acciones Preventivas, correctivas y de mejora	Formato de acciones correctivas preventivas y de mejora Metodología para la detección y gestión de las acciones.	Responsables de los procesos (7 personas)	. 07 de Octubre del 2011 (Una hora)
Manejo de Equipos Médicos	Indicaciones para el correcto manejo y mantenimiento de los equipos.	Médicos y enfermeros (7 personas)	23 de Octubre 06, 13 y 20 de Noviembre (Tres horas por jornada)
Primeros auxilios	Atención y primeros auxilios básicos	Conductores (3 personas)	04 de Diciembre del 2011 (Cuatro horas)

Fuente: AUTORA.

7.3.2. Ejecución del plan de capacitaciones. Las capacitaciones fueron ejecutadas para todo el personal de la empresa, tanto para los administrativos como operativos, teniendo en cuenta cuál era la población objeto de la formación (ver gráfica 14). Esta fase estuvo direccionada por la Ingeniera Yeris Mendoza y por la consultoría que asesora la empresa para la implementación del Sistema, quien se encargó de la capacitación y sensibilización inicial del SGC; las actividades siguientes fueron desarrolladas por la autora quien elaboró el material práctico y teórico para las actividades (ver Anexo 9). Cabe resaltar que las capacitaciones en asistencia médica y manejo de equipos fueron dictadas por personal especializado. Gráfica 15.

Para dejar evidencia de las actividades de formación realizadas, se diligenció en cada reunión el formato ASISTENCIA A CAPACITACIONES (ver Anexo 10), donde se registraba el nombre, cargo y firma del personal al que fue dirigida. Después de cada actividad, se realizaba la evaluación de la eficacia de la capacitación, realizando talleres y evaluaciones específicas del tema en el formato EVALUACIÓN DE CAPACITACIONES (ver Anexo 11).

Gráfica 15. Capacitaciones



Fuente: GRUPO EMERGER IPS SAS

Durante la etapa de sensibilización y capacitación se presentaron inconvenientes debido a factores como los cambios administrativos que atravesaba la institución; enfrentándose a disolución de sociedades, cambio de razón social, cambio de

sede y renovación de la infraestructura; todo esto sumado a la dinámica misma de la organización obstaculizó el desarrollo normal del proceso.

Por ser una entidad prestadora de servicios de salud, donde los horarios laborales en algunas ocasiones se extienden 24 horas y en la que el objeto social se realiza fuera de las instalaciones de la empresa; fue difícil coordinar tiempos y espacios para la realización de las capacitaciones programadas.

Otro aspecto que dificultó sobremanera el proceso fue el nivel de rotación del personal, pues era necesario que todos en la organización se mantuvieran en el mismo grado de conocimiento sobre el Sistema; los cambios constantes de personal operativo ocasionaron retrocesos en esta parte de la implementación.

Finalmente se hizo necesario la aplicación de estrategias para contrarrestar estos problemas, algunas capacitaciones se realizaron al final de la jornada laboral, en el cambio de turno, otras se programaron para los días Domingo; aprovechando la disponibilidad de tiempo de los trabajadores y la disminución de demanda de servicios en horas de la noche; además el proceso de inducción del personal sirvió como herramienta para involucrar a los empleados nuevos en el SGC haciendo más fácil su adaptación.

Con el fin de que los trabajadores mantuvieran una actitud de cambio y de aceptación del Sistema, adaptando una postura abierta a la calidad, se realizaron diferentes actividades de sensibilización en las que a través de talleres se difundía la importancia y los beneficios del Sistema. Se implementó un programa de incentivos de calidad en el que utilizando un método de reconocimiento por puntos, los empleados con mayores calificaciones en las evaluaciones de las capacitaciones y aquellos con un desempeño destacado durante la semana podían obtener bonificaciones especiales o días de descanso extra. Las

sensibilizaciones contribuyen a formar una cultura en torno a la mejora continua dentro de la organización; esta parte del proceso se explica de manera más detallada en el capítulo 9. Para reforzar la eficacia de las capacitaciones, se realizó la distribución y entrega del manual del trabajador a todo el personal de GRUPO EMERGER IPS SAS.

Gráfica 16. Capacitaciones en asistencia médica



Fuente: GRUPO EMERGER IPS SAS.

7.4. IMPLEMENTACIÓN

Con la elaboración de la documentación y el desarrollo de las capacitaciones del SGC comenzó la etapa de implementación. En el transcurso de la ejecución del proyecto se consiguió:

- Mayor entendimiento del SGC pues el personal se apropió de los procesos a los que pertenecía. Se inició la evaluación de la gestión a través de los indicadores analizando su aplicabilidad y pertinencia.

- Dinámica en la documentación, pues se generó un avance importante en cuanto al diligenciamiento de registros en cada actividad, retroalimentación de actividades, y rediseño y mejora, tanto de contenido como de estructura, de los documentos aprobados. Es relevante destacar en este punto, que la etapa documental se vio afectada por el cambio de razón social de la empresa, la totalidad de documentos creados hasta ese momento se tuvieron que ajustar a la nueva identificación de la organización provocando un reproceso en el Sistema; además generó la necesidad de reforzar la sensibilización del personal para que se adaptara a las nuevas condiciones del SGC.
- Se completó y aprobó el Manual de Gestión de Calidad de GRUPO EMERGER IPS SAS.
- Mejoras en la comunicación pues se implementaron instrumentos que facilitaron el manejo y divulgación de la información, como el uso de carteleras institucionales y la aplicación del formato MEMO INFORMATIVO (ver Anexo 12.), lo que contribuyó al fortalecimiento de los equipos de trabajo.
- Identificación de las fallas en el Sistema, al iniciarse la aplicación de acciones correctivas y preventivas.
- Identificación de fallas en la prestación del servicio y servicios no conformes, apuntando siempre a conocer y superar las expectativas del cliente. Se aplicaron las encuestas de satisfacción a clientes y usuarios junto con el formato para quejas, reclamos y sugerencias
- Implantación de una filosofía de calidad y mejora continua dentro de la institución.

7.4.1 Detección y gestión de servicio no conforme, acciones correctivas y preventivas. Por ser una entidad prestadora de servicios, la detección de una no conformidad en la cadena productiva se evidencia más fácilmente al final del proceso de prestación de servicio.

GRUPO EMERGER IPS SAS estableció estrategias para captar los servicios no conformes que se puedan presentar al realizar seguimiento y revisiones internas

del proceso; para reportar las fallas encontradas, se adoptó el formato AUDITORÍA DE TRASLADOS TAB Y TAM (ver Anexo 13). Por otro lado el servicio no conforme se pudo detectar a través de las quejas y reclamos señaladas por los clientes y usuarios.

Los servicios no conformes captados, se gestionan en el formato NO CONFORMIDAD- PLAN DE ACCIÓN, aplicado también para las acciones correctivas, preventivas y de mejora generadas en los demás procesos organizacionales (ver Anexo 14). Para gestionar las acciones, en primer lugar el proceso afectado analizó las causas de la no conformidad a través de la utilización de diferentes metodologías como lluvia de ideas o el diagrama causa-efecto, posteriormente se propusieron actividades para mejorar el proceso o corregir las causas, se realizó seguimiento a las actividades propuestas y finalmente se verificó la eficacia de las soluciones aplicadas a través de la revisión del proceso.

7.4.2. Encuestas de Satisfacción del cliente. En la ejecución de sus procesos misionales, la satisfacción de los requerimientos del cliente (EPS y centros hospitalarios que contratan los servicios) de GRUPO EMERGER IPS SAS está condicionada por la satisfacción de los requisitos de los usuarios (pacientes a quienes se les brinda la asistencia médica directamente).

La aplicación de la encuesta de satisfacción inició en Septiembre del 2011 y su análisis se realiza mensualmente. El método estadístico utilizado para la realización de la encuesta fue, el muestreo aleatorio simple, para el cálculo de la muestra se utiliza la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z^2 * P * Q}{\beta^2 * (N - 1) + Q * P * Z^2}$$

Donde:

N: población de clientes/usuarios a los que se les presta los diferentes servicios (se establece una muestra para clientes y una muestra para usuarios)

P: proporción de la categoría (50%)

Q: 1-P (50%)

Z: 1.96 para un error del 5%

β : error 0.05

Debido a que la cantidad de servicios realizados es variable en cualquier periodo de tiempo y los usuarios de los diferentes servicios no son fijos; se hizo necesario inicialmente calcular un promedio de usuarios atendidos mensualmente, para calcular posteriormente la muestra de usuarios a los que se les realizaría la encuesta. Como resultado del promedio se obtuvo una población $N=435$. En cuanto a los clientes la población $N=11$ constituye el número de empresas que tienen contratación fija con GRUPO EMERGER IPS SAS.

Después de aplicar la fórmula se dedujo una muestra n de 204 usuarios y 11 clientes. En la encuesta de satisfacción se evalúan diferentes aspectos que afectan la calidad del servicio; desde la recepción de la orden a través de las líneas telefónicas, el tiempo del servicio, el estado de las ambulancias, hasta la actitud del personal que recibió la solicitud y atendió al cliente. Estos ítems se califican de 1 a 3 siendo 1 el nivel más bajo y 3 el nivel de satisfacción más alto, el porcentaje de satisfacción se obtiene al sumar los puntos alcanzados en cada encuesta y dividirlo en el puntaje máximo posible (para la encuesta propuesta de 9 aspectos calificables, el puntaje máximo es de 27 puntos).

$$\% \text{ Satisfacción} = \frac{\sum \text{puntajes obtenidos en las encuestas}}{\text{puntaje máximo posible por encuesta (27)} * n}$$

Cuadro 4. Tabulación encuestas Clientes

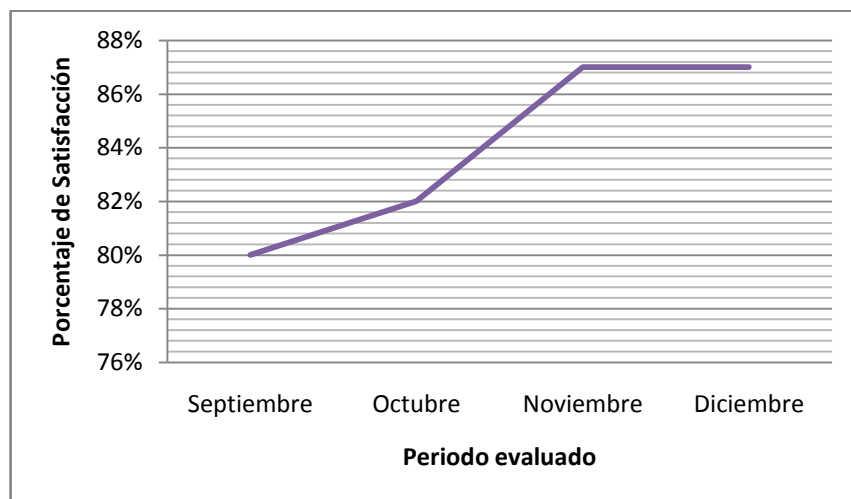
Mensual	Σ Puntos alcanzados en la encuestas	Puntaje máximo posible	Grado de satisfacción
Septiembre	238	297	80%
Octubre	244	297	82%
Noviembre	258	297	87%
Diciembre	261	297	88%

Fuente: AUTORA

Cuadro 5. Tabulación Encuestas Usuarios.

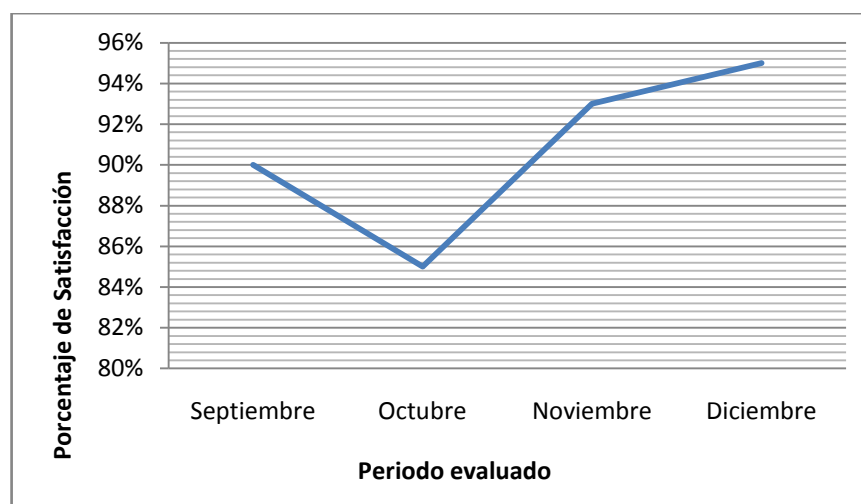
Mensual	Σ Puntos alcanzados en la encuestas	Puntaje máximo posible	Grado de satisfacción
Septiembre	4957	5508	90%
Octubre	4685	5508	85%
Noviembre	5123	5508	93%
Diciembre	5233	5508	95%

Gráfica 17. Satisfacción del Cliente



Fuente: AUTORA

Gráfica 18. Satisfacción del Usuario.



Fuente: AUTORA

Al finalizar un servicio, el personal operativo entrega el formato al paciente, en caso de que sus condiciones médicas lo permitan; en caso contrario al acompañante o familiar del paciente; esta se aplica también al personal médico representante de la entidad cliente, para evaluar el cumplimiento de sus expectativas. Los resultados obtenidos con el análisis de las encuestas fueron satisfactorios pues en la mayoría de los casos se identificaron los aspectos sobresalientes y críticos de la prestación del servicio y los que eran más representativos para el cliente.

El análisis de resultados de la encuesta de satisfacción se realizó en la evaluación de los indicadores de Gestión; se observó que la empresa logra un nivel de satisfacción bueno en sus clientes, alcanzando la meta planteada inicialmente. Sin embargo se detectaron aspectos a mejorar como el tiempo de respuesta del servicio y la atención a través de las líneas telefónicas. (Ver Anexo 15)

7.4.3. Indicadores de Gestión. A partir del mes de Septiembre, se evaluaron los indicadores de gestión en los procesos de GRUPO EMERGER IPS SAS, para monitorear el cumplimiento del Sistema, confrontándolos con los objetivos y la

política de calidad. Se estudiaron los valores alcanzados y se realizó un informe de la gestión general de la empresa, este informe hizo parte de las entradas en la primera revisión por la Dirección realizada en el mes de Diciembre. Los resultados de los indicadores de gestión para los meses de Septiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre se muestran a continuación.

Cuadro 6. Resultados de los indicadores de gestión de GRUPO EMERGER IPS SAS.

Indicador	Fórmula	Meta	Resultados obtenidos			
			Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Nivel de evaluación desempeño del personal.	suma de los porcentajes de las evaluaciones de desempeño realizadas/ número de evaluaciones de desempeño realizadas	80%	-----	-----	-----	94%
Cumplimiento con el plan de mantenimiento de infraestructura	(mantrealiz/mant programado)*100	90%	70%	92%	95%	90%
Nivel de evaluación y reevaluación de proveedores	suma de las puntuaciones obtenidas por los proveedores / numero de proveedores evaluados y reevaluados	>70 puntos	-----	-----	-----	86 puntos
Cumplimiento con el plan de capacitación	(Numero de capacitaciones realizadas/Numero de capacitaciones programadas)*100	80%	50%	88%	74%	90%
Satisfacción del cliente	Puntos alcanzados en la encuesta /puntaje máximo posible	80%	82%	83%	87%	88%
	Puntos					

Satisfacción Del Usuario	alcanzados en la encuesta /puntaje máximo posible	80%	90%	85%	93%	95%
cumplimiento de los requisitos o conformidades en cada servicio	# de servicios no conformes	<10	2	3	2	8
Cumplimiento de acciones de mejora en el Sistema	(acciones preventivas + correctivas) cerradas eficazmente /acciones planteadas)	90%	50%	60%	60%	83%

Fuente: AUTORA

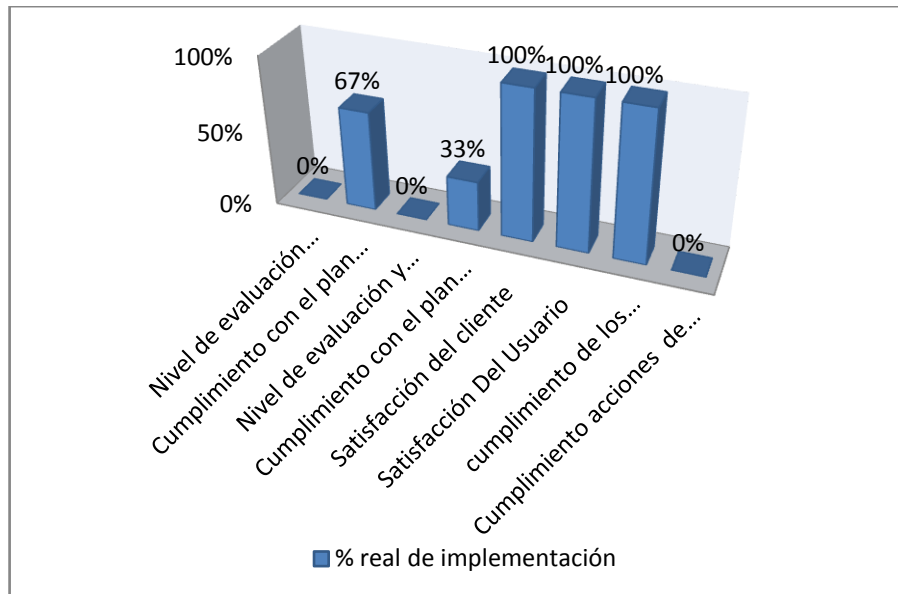
7.4.4. Análisis de los indicadores de gestión.

- Los indicadores de nivel de desempeño del personal y evaluación y reevaluación de proveedores no muestran resultados hasta noviembre, antes de la primera auditoría, puesto que no se ha cumplido el tiempo establecido para evaluarlos, el cual es semestral y anual respectivamente.
- Aunque el indicador de cumplimiento con el plan de mantenimiento de los equipos se evalúa semestralmente, se midió mes a mes para observar su ejecución de acuerdo al cronograma establecido para estos meses, alcanzando resultados favorables pues demuestra que cada vez existe mayor compromiso con esta actividad.
- El indicador de cumplimiento con el programa de capacitaciones también se analizó observando mes a mes el porcentaje de las capacitaciones realizadas con respecto a las programadas. Este indicador refleja incumplimiento de la meta establecida en dos de los períodos valorados debido a diferentes inconvenientes que limitan la realización de las capacitaciones.

- Las encuestas de satisfacción a clientes y usuarios, arrojaron resultados favorables, se cumplió con la meta establecida durante cada mes; además se pudo detectar los puntos a mejorar en la prestación del servicio.
- Los servicios no conformes detectados internamente y los reportados por los clientes, se mantienen controlados. De estos reportes se generaron las correspondientes acciones correctivas que fueron gestionadas para disminuir las no conformidades del servicio. Sin embargo existe la posibilidad de que el indicador no esté arrojando resultados reales debido a que en ocasiones no se tiene evidencia del servicio no conforme, o no se diligencia el formato correspondiente para dar solución a la no conformidad.
- El indicador de eficacia de acciones preventivas y correctivas planteadas, se verifica anualmente; sin embargo se observó su evolución durante los primeros meses de implementación. Los resultados obtenidos muestran un grado de cumplimiento bajo, revelando una debilidad en esta parte de la implementación pues muchos procesos no generan acciones correctivas o preventivas, otra razón es que no se cumplen las actividades propuestas y algunas acciones tienen un periodo de ejecución superior al evaluado, lo cual impide el cierre eficaz de las mismas. En diciembre se cumplió con la meta establecida debido a las actividades de mejora continua y sensibilización.

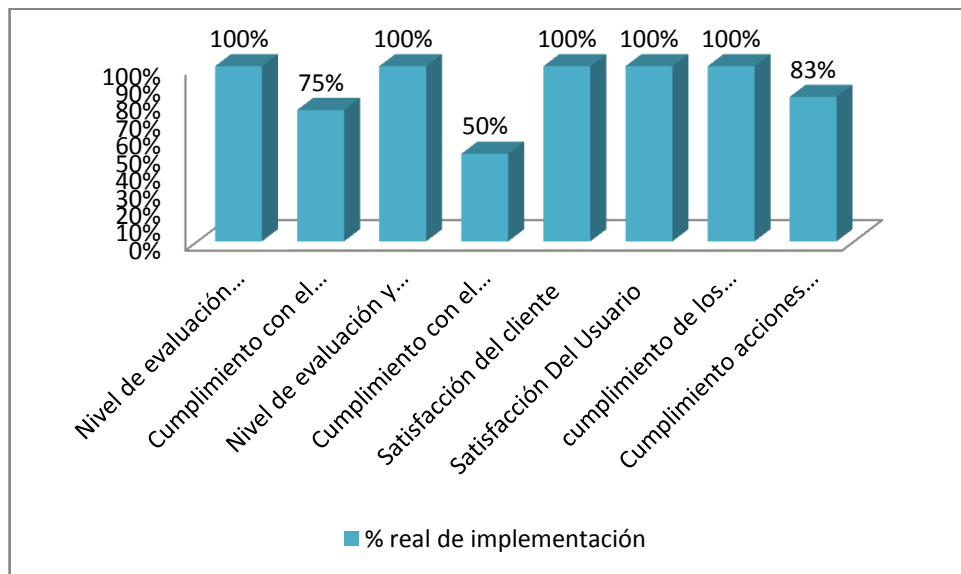
Se evaluó el grado de implementación de cada indicador con respecto a la meta propuesta antes de la realización de las auditorías. El porcentaje real de cumplimiento de indicadores para los meses de Noviembre y Diciembre del 2011 se observan en las gráficas.

Gráfica 19. Implementación de Indicadores en Noviembre



Fuente: AUTORA.

Gráfica 20. Implementación Indicadores en Diciembre



Fuente: AUTORA

Del análisis de datos realizado se dedujo que se debe reforzar las capacitaciones buscando espacios para la realización de las mismas. Las directivas de GRUPO EMERGER IPS SAS deben fortalecer el compromiso con el Sistema de Gestión

de Calidad y realizar esfuerzos para garantizar un nivel de competencia y capacitación adecuado a su personal.

Se proponen horarios para la realización de talleres y demás socializaciones programadas de modo que no afecte el proceso de prestación de servicio, y programar capacitaciones a los trabajadores durante sus días de descanso.

Además se hace énfasis en la importancia de planificar constantemente capacitaciones para que los empleados nuevos se adapten al Sistema de Gestión de Calidad, buscando fortalecer la formación de los trabajadores en áreas relacionadas a sus labores cotidianas.

Por otro lado se debe reforzar la implementación de acciones correctivas y preventivas, realizando capacitaciones en la metodología implementada para esto; surge la propuesta de la creación de incentivos y mecanismos motivacionales para facilitar la fluidez de esta actividad.

8. EVALUACIÓN DEL SGC

La evaluación es parte fundamental de un Sistema de Gestión de Calidad, pues constituye una herramienta organizacional que permite determinar objetivamente en qué grado se están cumpliendo los requisitos de la norma ISO 9001:2008, la eficacia del Sistema y el compromiso con la mejora continua.

Para identificar las fortalezas y debilidades del SGC se realizaron dos auditorías internas antes de la auditoría de certificación programada para el mes de Febrero del 2012. La evaluación del Sistema también se realizó mediante la revisión por la Dirección liderada por el representante por la Dirección para el Sistema y el gerente; en donde se estudiaron las entradas de los procesos, los resultados de los indicadores de gestión y los planes de acción propuestos para mejorar las no conformidades detectadas.

Como base para la ejecución de esta etapa se tomó el procedimiento MEJORA CONTINUA, documento que describe paso a paso las actividades para la correcta realización de la evaluación del Sistema de Gestión de Calidad en GRUPO EMERGER IPS SAS. (Ver Anexo. 16)

8.1. AUDITORÍAS INTERNAS.

La realización de las auditorías se dio pasando por tres etapas distintas: planificación de la auditoría, ejecución de la auditoría y elaboración del plan de acción correspondiente.

8.1.1. Planificación de la auditoría. En primer lugar se estableció el programa de las auditorías en el que se planteó su realización para los días 28 de Noviembre del 2011 y 27 de Diciembre del 2011. El Auditor líder fue Astrid

Eliana Navarro, Especialista en Sistemas integrados de Gestión, perteneciente a COLMANT CONSULTING, firma asesora de la GRUPO EMERGER para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad. Para la preparación de la auditoría y construcción de las listas de verificación, se entregaron documentos como el Manual de Gestión de Calidad, las caracterizaciones de los procesos, listados maestros y procedimientos del Sistema, entre otros; garantizando de esta manera que el auditor líder conozca el Sistema y los procesos a auditar.

Posteriormente se elaboró el plan detallando el objetivo, los criterios que serán evaluados en cada proceso, el alcance de la auditoría y la agenda de actividades (ver Anexo 17. Plan de auditoría); este plan fue entregado a los responsables de los procesos y el personal involucrado con ocho días de anterioridad a la auditoría.

8.1.2. Ejecución de la Auditoría. Antes de iniciar la auditoría se reunieron los responsables de los procesos a ser auditados con el auditor, para revisar el plan de auditoría y aclarar dudas e inquietudes. Para la ejecución de la actividad, el auditor se ciñó a los requisitos establecidos por la NTC ISO 9001:2008, verificó la información suministrada por la empresa mediante entrevistas al personal perteneciente a los distintos procesos; evaluó el cumplimiento de las actividades establecidas en los procedimientos, divulgación de las directrices organizacionales y revisión de los registros del Sistema.

La primera auditoría tuvo como finalidad calificar el nivel de implementación y de compromiso con el SGC logrado hasta el momento en todos los procesos, detectando falencias y oportunidades de mejora. El objetivo de la segunda auditoría fue verificar el cumplimiento del plan de mejora propuesto después de la primera auditoría y las acciones tomadas para eliminar las no conformidades encontradas.

Después de realizada la auditoría, el auditor se reunió con todos los auditados y presentó sus conclusiones. Los responsables de los procesos tomaron las acciones acordes con los hallazgos.

8.1.3. Informe de Auditoría. Una vez recogidas todas las evidencias el auditor las clasificó en una de las siguientes categorías:

- Fortaleza: todo lo bueno que tienen los procesos
- Oportunidad de mejora: se está haciendo bien pero podría mejorarse para evitar contratiempos futuros, generalmente conduce a una acción preventiva
- No conformidad: incumplimiento de un requisito del cliente, legal o del SGC conduce a una corrección o acción correctiva
- Observación: anotación por parte del auditor que puede ser tomada en cuenta o no por los auditados

Con la clasificación de las evidencias el auditor preparó un informe final de las actividades de la auditoría para presentarlo a la Gerencia. Ver Anexo 18.

8.2. PLANES DE MEJORA

Para dar solución a los hallazgos encontrados en las auditorías, se analizaron las no conformidades presentadas en los informes y se realizó un plan de mejora que señala el tratamiento realizado para eliminar las fallas del Sistema. En el plan se especifican las acciones que se tomarán frente a las no conformidades detectadas, el plazo máximo para su realización y el responsable de cada actividad. Este se alimenta de los registros del GE-F-41 NO CONFORMIDAD-PLAN DE ACCIÓN, en donde los responsables de los procesos plasmaron las acciones correctivas y preventivas que surgieron.

En la primera auditoría se detectó aspectos críticos en la implementación del Sistema entre ellos la ausencia de un plan de calibración de los equipos médicos, puesto que se tenía programado el mantenimiento de los equipos sin tener en cuenta la realización de las correspondientes calibraciones; además no se encontró evidencia de implementación de selección y evaluación de proveedores, y pruebas de desempeño a los trabajadores de la empresa. El plan de mejora elaborado para la primera auditoría se puede observar en el Anexo.19.

En la segunda auditoría se evaluó el cumplimiento del plan de mejora planteado, descubriendo no conformidades aún latentes y otras que no fueron detectadas en la primera auditoría. Se elaboró también un plan para dar solución a los hallazgos de esta auditoría (Ver Anexo 20.), incluyendo las no conformidades surgieron en la primera auditoría, y aún no se habían cerrado; finalmente el plan de acción que resultó después de las dos auditorías realizadas en GRUPO EMERGER IPS SAS y en donde se plantean las no conformidades aún abiertas y las actividades a realizar para finalizar el proceso de evaluación se describe a continuación.

Cuadro 7. Plan de mejora final.

Hallazgos	Actividades	Responsables	Estado de la acción	Fecha de cierre
La mayoría de los indicadores establecidos no miden claramente la gestión de los procesos	Evaluar los indicadores que se están aplicando actualmente. Establecer indicadores que proporcionen el seguimiento adecuado a cada proceso. Verificar la efectividad de los nuevos indicadores. Realizar los cambios documentales pertinentes a los indicadores establecidos después de la revisión.	Coordinador de Calidad Responsables de procesos	Proceso	27 de Enero del 2012
No se pudo evidenciar el registro de habilitación para la	Realizar una revisión de la documentación de la empresa	Gerente		23 de

empresa Emerger, se encontró este registro para la anterior razón social. 5.3 Política de Calidad	para detectar fallas o incumplimientos legales Actualizar la totalidad de la documentación a la nueva razón social Mantener el control de la documentación de la empresa.	Asesor jurídico	Proceso	Enero del 2012
No se encuentran calibrados los equipos que lo requieren así mismo no se tiene definido la frecuencia de calibración de los mismos ej: Manómetros, tensiómetros entre otros. (7.6 Control de los equipos de seguimiento y medición)	Identificar los equipos que deben ser calibrados Realizar plan de calibración de equipos de acuerdo a su funcionalidad y su necesidad. Calibrar los equipos según el plan de calibración establecido.	Gerente Coordinador operativo	Proceso	23 de Enero del 2012
No se evidencia la aplicación del GE-F-39 PRUEBA DE CONOCIMIENTO cada seis meses alternadamente con la evaluación de desempeño como indica el procedimiento de recursos humanos. Sólo se encuentra la evaluación inicial aplicada para el ingreso del trabajador a la empresa. No se cuenta con un indicador que mida el avance obtenido por el personal a medida que se aplica la prueba.	Aplicar la PRUEBA DE CONOCIMIENTO GE-F-41 al personal de la empresa. Establecer los avances del personal en la prueba de conocimiento presentada. Establecer indicador de cumplimiento. Realizar ajustes a la prueba de conocimiento si es necesario	Director Administrativo	Proceso	30 de Enero del 2011.
En el listado de control de registros GE-F-18 no se tiene claramente estipulado la recuperación de los registros ya que se evidencia que para todos se estipula la recuperación por códigos. Las hojas de vida no están incluidas en el control de registros.	Realizar la revisión de los registros de la organización. Incluir las hojas de vida en el listado de registros. Establecer y corregir el modo de recuperación de los diferentes registros de la empresa.	Coordinador de calidad	Proceso	23 de Enero del 2011.

Fuente: AUTORA

8.3 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Para dar cumplimiento al numeral 5.6 de la ISO 9001: 2008 se realizó una revisión por la dirección en donde el Gerente de GRUPO EMERGES IPS SAS, junto con la Directora administrativa, La asesora de la empresa para la implementación del Sistema y la autora del proyecto se reunieron con el fin de realizar una evaluación del Sistema Integrado de Gestión el cumplimiento de los objetivos establecidos. La información de entrada para la revisión por la dirección fue: retroalimentación del cliente; desempeño de los procesos y la conformidad del producto; Estados de las acciones correctivas, preventivas y mejoras; acciones de seguimiento de la auditoría; recomendaciones para la mejora; política y objetivos de calidad.

Las conclusiones de la reunión apuntan a mejorar a la eficacia del S.G.C, siempre en pro de la mejora del servicio y sus procesos en relación con los requisitos del cliente. El cierre de la reunión arrojó los siguientes resultados:

- No se ha implementado en su totalidad el SGC, específicamente los requisitos relacionados con el proceso de compras y de recurso humano.
- La política y los objetivos de Calidad son adecuados al propósito de la empresa.
- El Sistema requiere de mayor compromiso organizacional y de parte de la dirección para el cumplimiento de los objetivos planteados en el proyecto. Se deben realizar mejoras en el desempeño de los distintos procesos organizacionales.
- Existe la necesidad de sensibilizar al personal para crear en la organización una cultura de identificación de fallas y reporte de acciones preventivas y correctivas.
- Se deben acatar las propuestas de mejora de la primera auditoría, actualizando la documentación y reforzando las sensibilizaciones acerca del diligenciamiento de los formatos.

- Destinar mayores recursos, tanto humanos como financieros para el mejoramiento de los distintos procesos; especialmente el proceso de infraestructura.
- Asesorarse sobre los requisitos legales que se deben seguir en la institución, actualizándose constantemente e involucrando toda la organización para su cumplimiento.

9. MEJORA CONTINUA.

Generalmente se puede conseguir una mejora continua reduciendo la complejidad y los puntos potenciales de fracaso, mejorando la comunicación, la automatización y las herramientas y colocando puntos de control y salvaguardas para proteger la calidad en un proceso.

En GRUPO EMERGER IPS SAS, se construyó una metodología para implantar una cultura organizacional en torno a la mejora continua, apoyada por un fuerte programa de sensibilización y motivación del personal que pretendía lograr dentro del Sistema de Gestión de Calidad una retroalimentación constante de cada proceso, establecer claridad en la responsabilidad de las actividades, involucrar al trabajador, y realizar mediciones de los resultados.

Después de definir y documentar el SGC, se inició con reuniones periódicas con los líderes de los procesos en las que se inculcaba la mejora como una actividad proactiva, es decir como una actividad sostenible en el tiempo y no como un arreglo rápido frente a un problema puntual. Durante las reuniones, el personal participa en discusiones temas como el trabajo en equipo, empoderamiento, servicio al cliente, calidad de los servicios, estandarización de procesos, necesidad de capacitación, las problemáticas y fallas presentadas en la ejecución de tareas; finalmente se establecen propuestas de mejora de cada uno de los procesos. (Ver Anexo 21.)

Para sensibilizar y motivar al personal en la creación de una filosofía de calidad total, se desarrollaron diferentes talleres y actividades pedagógicas de trabajo en equipo, motivación y relaciones interpersonales en la empresa. En los talleres realizados, se evaluaba también el conocimiento que poseían los trabajadores sobre el Sistema de Gestión de Calidad, realizando preguntas sobre términos

relacionados a la calidad, las directrices organizacionales, generalidades de la empresa y los servicios ofrecidos; al final se recompensaba al equipo ganador.

De la misma manera, se implementó el premio al empleado “CALIDOSO” del mes, en el que se le da reconocimiento a quien durante el periodo se destaque en el cumplimiento y calidad de sus tareas y realice más propuestas de mejora para la organización.

Las propuestas de mejora y acciones preventivas detectadas, se gestionan en el formato NO CONFORMIDAD- PLAN DE ACCIÓN, en donde se lleva a cabo su posterior aprobación, seguimiento y cierre.

Para impulsar la sensibilización, se utilizó como herramienta la comunicación interna, realizando publicaciones de los reconocimientos obtenidos por los empleados, elaborando memos informativos para el personal y colocando en cartelera constantemente información de importancia para el Sistema.

Todos los aspectos que se involucran en el desarrollo normal de las actividades, son abordados constantemente y socializados por los trabajadores de la empresa, de ésta manera se asegura que la organización conozca, implemente y mejore continuamente el Sistema de Gestión de calidad. Por otro lado se hace seguimiento permanente a los procesos, identificando fallas y realizando planes de acción que permitan superarlas y así solidificar el SGC.

10. CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

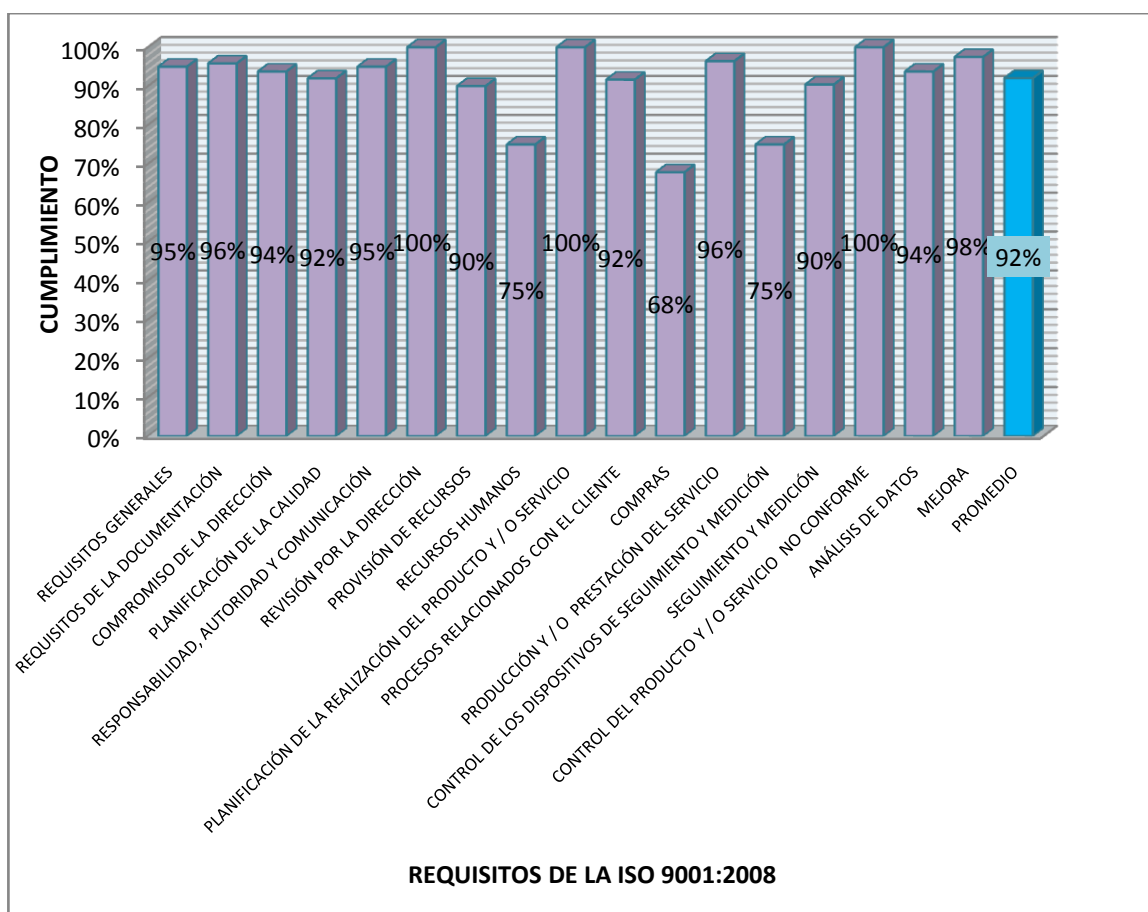
Al finalizar la evaluación del Sistema de Gestión de Calidad, se realizó un análisis final de cumplimiento de los requisitos de la NTC ISO 9001:2008 que arrojó los siguientes resultados:

Cuadro 8. Resumen del cumplimiento de la NTC ISO 9001:2008

Numeral	Requisitos del Sistema De Gestión de Calidad	Porcentaje de Cumplimiento
4.1	Requisitos Generales	95%
4.2	Requisitos De La Documentación	96%
5.1	Compromiso De La Dirección	94%
5.4	Planificación De La Calidad	92%
5.5	Responsabilidad, Autoridad Y Comunicación	95%
5.6	Revisión Por La Dirección	100%
6.1	Provisión De Recursos	90%
6.2	Recursos Humanos	75%
7.1	Planificación De La Realización Del Producto Y / O Servicio	100%
7.2	Procesos Relacionados Con El Cliente	92%
7.4	Compras	68%
7.5	Producción Y / O Prestación Del Servicio	96%
7.6	Control De Los Dispositivos De Seguimiento Y Medición	75%
8.2	Seguimiento Y Medición	90%
8.3	Control Del Producto Y / O Servicio No Conforme	100%
8.4	Análisis De Datos	94%
8.5	Mejora	98%
	Promedio	92%

Fuente: AUTORA

Gráfica 21. Cumplimiento de los requisitos de la NTC ISO 9001:2008



Fuente: AUTORA

Se evidencia el avance significativo del Sistema desde la realización del diagnóstico inicial hasta la revisión por la dirección, pues pasó de tener un 24% de cumplimiento, a alcanzar un promedio del 92%. Es tarea de la organización mantener y mejorar continuamente el Sistema de Gestión de Calidad para alcanzar la implementación total de éste.

11. CONCLUSIONES

- La elaboración del diagnóstico inicial para evaluar el cumplimiento de los requisitos básicos de la NTC ISO 9001:2008, proporcionó la base para la construcción del Sistema de Gestión de Calidad en GRUPO EMERGER IPS SAS, pues reveló las fortalezas, las necesidades y los aspectos críticos que habrían de abordarse con mayor urgencia. El conocer el estado inicial del proceso permite plantearse estrategias y planificar rutas de implementación que consoliden el fortalecimiento de la organización eliminando las fallas detectadas.
- El compromiso de la Dirección con la calidad y más concretamente con la implementación del Sistema de Gestión, constituye un factor fundamental para la consecución de los objetivos planteados y el correcto desarrollo del proceso; pues es de la Alta gerencia de donde surgen las líneas de acción, las estrategias, las directrices y los recursos para la implantación eficaz del Sistema.
- Para desarrollar una estructura documental sólida es necesario determinar la interacción de los procesos de la organización, recopilar información de las actividades y establecer un control claro de cada proceso. En GRUPO EMERGER IPS SAS se documentó de forma eficiente el Sistema de Gestión de calidad, ya que los documentos creados son apropiados a la realidad de la empresa, facilitan la trazabilidad de las actividades y cumplen con los requisitos establecidos en la norma.
- La creación de Indicadores de Gestión generó una herramienta de seguimiento efectiva de los procesos a la hora de analizar el cumplimiento de los objetivos

de calidad, pues permiten estudiar el nivel de eficiencia o eficacia alcanzado en cada uno con relación a las metas propuestas por la organización.

- Para una implementación efectiva del Sistema de Gestión de Calidad, se hace necesario que todos los miembros de la organización se involucren en el proceso, adopten el Sistema y lo hagan parte de sus actividades diarias; es por esta razón que es vital dentro del proceso, contar con una estrategia de sensibilización y capacitación que facilite la implantación del SGC contribuyendo a la consolidación exitosa de una cultura en torno a la calidad.
- Uno de los aspectos más relevantes en el proceso de implementación es medir el desempeño de los procesos y la conformidad del servicio o producto; que no debe ser una mera recopilación de datos sino realizar un estudio de éstos para elaborar propuestas de mejora que apunten siempre a conseguir la satisfacción de los clientes.
- Un Sistema de Gestión está siempre sujeto a cambios organizacionales, estos pueden ser producto de decisiones administrativas, cambios externos o cambios propios del Sistema; para lograr una implementación exitosa se debe realizar una revisión y una retroalimentación constante de los procesos, evaluando las novedades existentes con el fin de realizar las actualizaciones y mejoras que sean necesarias.
- Realizar una evaluación del Sistema a través de mecanismos como las auditorías y las revisiones por la dirección permite identificar el estado actual de la empresa, el grado de cumplimiento del Sistema, los factores que afectan la organización y las fallas en la calidad. El proceso de evaluación es determinante pues posibilita el análisis de las condiciones y la toma de decisiones para asegurar el mejoramiento continuo de la empresa.

- El Sistema de Gestión de calidad en GRUPO EMERGER IPS SAS, consiguió la estandarización de los procesos en la organización, a través del control de todas las actividades de la cadena productiva; debido a que controla la calidad de sus procesos manteniendo una trazabilidad del servicio ofrecido desde la relación con sus proveedores hasta el contacto final con sus clientes.

12. RECOMENDACIONES

- Se recomienda continuar con el proceso de aseguramiento y mejora continua para lograr la certificación del Sistema de Gestión de Calidad.
- Fortalecer el proceso de capacitación del personal y establecer permanentemente estrategias para cumplir con el programa de capacitaciones propuesto.
- Realizar inducciones y reinducciones al personal, asegurándose de socializar la documentación y las directrices organizacionales para que los nuevos trabajadores se familiaricen y adapten fácilmente al Sistema de Gestión de la empresa.
- Establecer estrategias para identificar las causas del alto nivel de rotación de personal, generar propuestas de mejora que contribuyan a eliminar las fallas y mantener una estructura organizacional sólida, asegurando el éxito de la implementación del Sistema.
- Se recomienda formular y mantener indicadores que permitan un análisis óptimo de los procesos y que se ajusten claramente a la política de calidad para obtener mejora continua del Sistema.
- Desarrollar constantemente mecanismos de motivación para que el personal de la empresa participe activamente detectando oportunidades de mejora, con el fin de tomar acciones que optimicen el SGC.

- Generar mayor compromiso institucional para la consecución efectiva del Sistema, logrando que el personal se involucre en las actividades de revisión, y capacitación.
- Se recomienda mantener relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores y clientes, aprovechando las posibilidades que estos brindan en cuanto a certificación y capacitación en manejo equipos, asistencia médica, manejo adecuado de insumos, entre otros, lo cual ayuda al mejoramiento de las competencias del personal, cumplimiento de los objetivos y política de calidad y aumento del compromiso organizacional.

13. APORTES AL INGENIERO INDUSTRIAL

- El mejoramiento continuo es una herramienta que en la actualidad es fundamental para todas las empresas porque les permite renovar los procesos administrativos que se realizan, lo cual hace que estén en constante actualización; además, permite que las organizaciones sean más eficientes y competitivas, fortalezas que le ayudarán a permanecer en el mercado.
- la calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, y la capacidad para satisfacer sus necesidades. El aseguramiento de la calidad, es entonces el esfuerzo total para plantear, organizar, dirigir y controlar las actividades en una organización con el objetivo de dar al cliente productos que cumplan o superen sus expectativas.
- El concepto de calidad implica el control de cada paso en la cadena productiva de una organización; las herramientas estadísticas facilitan la medición de las actividades y el análisis de los datos para detectar fallas en los procesos, y generar posteriormente propuestas de mejora que corrijan los errores encontrados; asegurando de esta manera un control adecuado de la calidad.
- La realización del proyecto permitió a la autora un acercamiento al mundo empresarial y constituyó una etapa enriquecedora tanto laboral como personal, al aplicar los conocimientos obtenidos a lo largo del ciclo de preparación, enfrentándose a problemáticas reales que brindan un aprendizaje posible sólo a través de la experiencia.
- Para la implantación de un Sistema de Gestión en cualquier organización no basta con tener conocimientos sobre la Norma que se desea implementar, hay que tener en cuenta una serie de aspectos clave que intervienen de forma

decisiva en el proceso y que se abordan a través de la Ingeniería Industrial, entre estos cabe mencionar:

- ✓ En primera medida se establece la importancia de trabajador para el funcionamiento exitoso de cualquier proyecto en una empresa, por lo tanto se deben utilizar estrategias gerenciales y de talento humano, que habiliten la integración del empleado en las actividades, generando sentido de pertenencia, bienestar y mejores relaciones interpersonales, así como el incremento de la productividad.
- ✓ Otro factor determinante es el análisis de los procesos, pues se debe hacer un estudio detallado de la cadena productiva paso, definir la interrelación de cada una de las actividades, y asegurar la trazabilidad del producto o servicio con el fin de lograr orden y control de calidad. De este estudio surgen cambios de estructura y mejoras que optimizan la cadena de producción.
- ✓ El análisis estadístico ya que esta herramienta contribuye a la visualización real de la empresa; ya sea utilizado para evaluar datos, realizar muestreos, establecer controles de producción, identificar posibles causas de fallas presentadas; la finalidad de la estadística es arrojar información que permita la toma de decisiones administrativas.
- ✓ Es vital realizar una planificación adecuada del proyecto, estableciendo todos los factores que lo afectan y los recursos necesarios para su consecución (tiempo, costos, recurso humano, logística).
- ✓ Un factor indispensable es el concepto de Calidad, no sólo desde la percepción del cliente, la satisfacción de sus requerimientos, superación de sus expectativas y búsqueda de una mejora continua de procesos; sino

también el control de las especificaciones del producto y la detección de fallas organizacionales para lograr la optimización de la cadena de suministro.

Finalmente, se puede decir que la Ingeniería Industrial permite planificar, diseñar, implantar, operar, mantener y controlar eficientemente las organizaciones, manejando personas, materiales, equipos e información con la finalidad de asegurar el mejor desempeño de producción y administración de bienes y servicios

BIBLIOGRAFÍA

DEMING, Edwards (1989). Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis, Madrid, Ediciones Díaz de Santos.

HOYOS, William (2006), Un libro de Calidad. La ingeniería industrial aplicada a la calidad de las empresas. Universidad Pontificia Bolivariana. Primera edición.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. (2001). Manual para las pequeñas empresas. Guía sobre la norma ISO 9001:2000, Santa Fe de Bogotá D.C. ICONTEC.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC (2000). Sistema de Gestión de Calidad. Fundamentos y vocabulario ISO 9000, Bogotá D.C. ICONTEC

Norma NTC-ISO 9001. (2008); Sistema de Gestión de la Calidad; Requisitos Generales.

RODRÍGUEZ, F., Blanco, H., y Valle, (2000) E., El enfoque de procesos: Una herramienta para el rediseño y mejoramiento de la empresa.

RODRÍGUEZ Puente, Ruth. Gestión de la Calidad. Un enfoque de calidad Total.

<http://www.fing.edu.uy>

<http://www.icontec.org.co>

ANEXOS

Anexo A. Diagnóstico inicial

					SI					
Item	Num. ISO	REQUISITO	NA	NO	IDEA	DOCUMENTADO	IMPLEMENTADO	REGISTROS DE IMPLEMENTACIÓN	TOTAL	OBSERVACIONES
1	4.1	REQUISITOS GENERALES	0	1	0	1	0	0	30 %	
2	4.1	Se encuentran identificados los procesos				1				los procesos están establecidos en el PAMEC pero no se tiene caracterización ni diferenciación de los servicios
3	4.1	Se ha definido la interacción de los procesos		1						
4	4.2	REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN	0	4	1	1	0	0	19 %	
5	4.2.2	Tienen un Manual de Calidad				1				SE TIENE UN PAMEC ACUALIZADO EN NOVIEMBRE DEL 2010
6	4.2.3	Tiene procedimiento para el control de documentos (procedimientos, guía para elaboración de procedimientos, instrucciones, manuales, etc)		1						manejan documentación en la empresa pero sin el control necesario
7	4.2.3	Tienen guía para elaborar documentos			1					los documentos tienen código pero no están estandarizados
8	4.2.3	Tienen un inventario de la documentación existente y de la faltante		1						

9	4.2.4	Existe un procedimiento para la administración de los registros de calidad		1						
10	4.2.4	Existe un inventario de registros de calidad		1						
11	5.1	COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN	0	3	0	1	0	0	20 %	
12	5.1	Se tiene una política de calidad				1				tienen política de calidad en PAMEC
13	5.1	Se han analizado o se tienen objetivos que se relacionan con calidad		1						Se tiene establecidos objetivos, falta ajustarlos a calidad y a los indicadores específicos que lleva la empresa
14	5.1	Ha difundido la política de calidad		1						
15	5.1	Se llevan a cabo revisiones del SGC		1						
16	5.4	PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD	0	2	0	0	0	0	10 %	
17	5.4.1	Los objetivos de calidad han sido establecidos en las funciones y niveles pertinentes.		1						
18	5.4.2	Se planifican los cambios que pueden afectar la integridad del SGC		1						plan de mejoramiento. Febrero del 2011
19	5.5	RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN	0	1	2	2	0	0	32 %	
20	5.5.1	Se tienen definidas las responsabilidades de las personas que puedan afectar la calidad según la ISO 9001:2007			1					se tienen definidos los perfiles, pero no tienen una estructura como tal

21	5.5.1	Se tiene organigrama				1				en el PAMEC hay organigrama, definición de cargos sin estructura
22	5.5.2	Se ha seleccionado el representante de la dirección				1				
23	5.5.3	Se han establecido los procesos de comunicación			1					
24	5.5.3	Se han efectuado mejoras en los procesos de comunicación		1						
25	5.6	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	0	1	0	0	0	0	10 %	
26	5.6	Se han establecido las entradas, los resultados y otras características del proceso de revisión por la dirección		1						
27	6.1	PROVISIÓN DE RECURSOS	0	0	1	0	0	0	25 %	
28	6.1	Existe una metodología para la asignación sistemática de los recursos			1					tienen manejo financiero y de recursos pero no cuentan con metodología para esto
29	6.2	RECURSOS HUMANOS	0	0	3	0	0	0	25 %	

30	6.2.2	Se ha determinado la competencia del personal que realiza trabajos que afectan a la calidad del producto/servicio			1					se cuenta con manual de trabajador pero no se definen las competencias que debe tener el personal de la empresa
31	6.2.2	Existe una metodología que permita identificar las necesidades de formación y suministrar la misma al personal del SGC			1					
32	6.2.2	Se mantienen registros que evidencien la educación, formación, habilidades y experiencia.			1					se recibe hoja de vida de los empleados, pero no se tiene muy en cuenta
30	6,3	INFRAESTRUCTURA	0	0	0	1	0	0	50 %	
30		La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto. La infraestructura incluye, cuando sea aplicable a) edificios, espacio de trabajo y servicios asociados, b) equipo para los procesos, (tanto hardware como software), y c) servicios de apoyo tales (como transporte o comunicación).				1				se cuenta con las 3 ambulancias y el espacio para las actividades administrativas
31	6.4	AMBIENTE DE TRABAJO	0	0	0	1	0	0	50 %	

30		La organización debe determinar y gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto.				1				
33	7.1	PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO Y / O SERVICIO	0	0	0	3	0	0	50 %	
34	7.1	Se planifican los procesos para la realización del producto y la prestación del servicio				1				
35	7.1	Se han determinado los requisitos del producto/servicio				1				Habilitación
36	7.1	Se han establecido los registros que evidencian el cumplimiento de los requisitos por parte de los procesos de realización del producto y sus resultados				1				se cuenta con formatos para la realización de los servicios y algunos protocolos básicos habilitación
37	7.2	PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE	0	0	3	0	0	0	25 %	
38	7.2.1 / 7.2.2	Tienen unas metodología para gestionar los pedidos, convenios o intercambios, presentación de ofertas o ventas (ventas nacionales y de exportación)			1					
39	7.2.3	Se han establecido los procesos de comunicación con el cliente			1					la interacción con el cliente se hace vía telefónica, y reuniones esporádicas
40	7.2.3	Se han efectuado mejoras en los procesos de comunicación con el cliente			1					

41	7.3	DISEÑO Y DESARROLLO	0	0	0	0	0	0	0%	
42		Existe una metodología que establezca el control que se debe efectuar durante diseño y/o desarrollo del producto o servicio								
43		El personal es competente para estas actividades								
44	7.4	COMPRAS	1	3	3	0	0	0	15 %	
45	7.4.1	Conocen cuáles son los proveedores que más afectan la calidad			1					se escogen los proveedores por precio.
46	7.4.1	Se tienen criterios para evaluar los proveedores		1						
47	7.4.1	Se tiene una metodología para seleccionar, registrar y calificar periódicamente a los proveedores que se han considerado críticos		1						
48	7.4.1	Tienen un plan de selección y calificación de proveedores		1						
49	7.4.1	Se tiene una metodología para realizar el proceso de compras			1					
50	7.4.1	Se tiene una metodología para realizar el proceso de importaciones	1							
51	7.4.2	Se tienen datos o información de las materias primas a comprar o servicios a subcontratar			1					
52	7.5	PRODUCCIÓN Y / O PRESTACIÓN DEL	0	0	2	4	1	0	46 %	

		SERVICIO								
53	7.5.1	Se tiene una descripción completa de los procesos de realización del producto o prestación de servicio				1				
54	7.5.2	Existen procesos que requieran validación?					1			
55	7.5.3	Se tiene una metodología que identifique la información de enlace y/o la ruta para la trazabilidad?			1					
56	7.5.3	Se identifican los productos?				1				
57	7.5.4	Existe una metodología para el tratamiento del producto suministrado por el cliente			1					
58	7.5.5	Existe una metodología para la preservación del producto durante el proceso interno				1				tienen metodología de control operativo, registros del servicio pero llevados empíricamente
59	7.5.5	Existe una metodología que describa actividades para la preservación del producto durante el despacho, distribución y entrega de los productos				1				RADT registros de atención durante el traslado
60	7.6	CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	0	2	1	1	0	0	24 %	
61		Conocen cuales son los equipos de medición que pueden afectar la calidad del producto				1				
62		Tienen una metodología que describa la gestión metrológica de la empresa		1						

63		Existe un responsable de la función metrológica de la empresa			1						El gerente lleva los procesos de auditoría en la empresa y el coordinador operativo es responsable del control del mantenimiento
64		Tienen establecido un sistema de codificación para los instrumentos y equipos de medición		1							
65	8.2	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	1	6	2	3	0	0	22 %		
66	8.2.1	Se realiza seguimiento a la satisfacción del cliente				1					
67	8.2.2	Existe un procedimiento para auditorías internas de calidad			1						la habilitación les exige la evaluación de los procesos
68	8.2.2	Existe un sistema o forma de evaluación y selección de auditores internos de calidad		1							
69	8.2.2	Están formados los candidatos seleccionados para las auditorías internas de calidad		1							
70	8.2.2	Se ha elaborado un programa de auditorías internas de calidad		1							
71	8.2.3	Se aplican métodos para la medición de los procesos		1							
72	8.2.3	Tienen definidos indicadores de desperdicios, devoluciones, quejas, reclamos, acciones de mejoramiento, auditorías internas de calidad		1							

73	8.2.4	Tienen metodologías para la medición y seguimiento del producto (materias primas, producto en proceso, producto terminado)			1					algunos formatos establecidos para el control de la prestación del servicio
74	8.2.4	Tienen metodologías para la evaluación y seguimiento de la prestación del servicio				1				
75	8.2.4	Se han definido los criterios de aceptación		1						
76	8.2.4	Se tienen definidos los métodos específicos para medición y seguimiento del producto	1							
77	8.2.4	Se tienen definidos los métodos específicos para medición y seguimiento del servicio				1				algunos formatos establecidos para el control de la prestación del servicio
78	8.3	CONTROL DEL PRODUCTO Y / O SERVICIO NO CONFORME	0	1	0	0	0	0	10 %	
79	8.3	Existe un procedimiento para el control de productos o servicios no conformes		1						
80	8.4	ANÁLISIS DE DATOS	0	3	1	0	0	0	14 %	
81	8.4	El análisis de datos se aplica a la satisfacción del cliente			1					
82	8.4	El análisis de datos se aplica a la conformidad del producto		1						
83	8.4	El análisis de datos se aplica a las características y tendencias de los procesos y los productos		1						

84	8.4	El análisis de datos se aplica a los proveedores		1						
85	8.5	MEJORA	0	9	1	0	0	0	12 %	
86	8.5.1	Existe mejora demostrable a través de las auditorías internas		1						no se han evidenciado las auditorías internas
87	8.5.1	Existe mejora demostrable a través de la política de calidad			1					
88	8.5.1	Existe mejora demostrable a través de los objetivos de calidad		1						
89	8.5.1	Existe mejora demostrable a través del análisis de los datos		1						
90	8.5.1	Existe mejora demostrable a través de las acciones correctivas		1						
91	8.5.1	Existe mejora demostrable a través de las acciones preventivas		1						
92	8.5.1	Existe mejora demostrable a través de la revisión por la dirección		1						
93	8.5.2	Tienen un procedimiento para implementar y verificar la eficacia de las acciones correctivas		1						
94	8.5.3	Tienen un procedimiento para implementar y verificar la eficacia de las acciones preventivas		1						
95		Tienen una metodología para la atención de quejas y reclamos		1						
96		PROMEDIO	0.18	1.3	1	0.95	0.1	0	24 %	

Anexo B. Acta de comité de calidad.



GRUPO
EMERGER
SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS S.A.S

ACTAS

CÓDIGO: GE-F-06

FECHA: 01/07/2011

VERSIÓN: 00

GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS

ACTA Nº 02

FECHA DEL ACTA: 23 de Julio del 2011

MOTIVO DE LA REUNION: Creación del comité de Calidad.
Establecer funciones responsables.

ASISTENTES: Andres Yamel /
Adriana Ramirez Directora Administrativa
Esneider Silva Auxiliar de Enfermería
Tatiana Monsalve Duarte Coordinadora de Calidad

REVISION DE COMPROMISOS ANTERIORES:

COMPROMISOS	RESPONSABLE	CUMPLIDO	
		SI	NO
Confirmación comité de Calidad	Gerencia Coord. Calidad.	X	
Revisión Directrices	Gerencia Coord. Calidad.	X	

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

Se debe dar cumplimiento al registro de definición, ejecución y seguimiento de las actividades del Sistema de Gestión de Calidad.

Se crea el comité de Calidad para hacer seguimiento de la implementación del Sistema, aprobar documentación. Cambios realizados.

Se debe estructurar el mapa de procesos de acuerdo al decreto en el pamer y según recomendaciones de gerencia.

Establecer y definir el alcance definitivo del manual de calidad.



GRUPO
EMERGER
SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS S.A.S

ACTAS

CÓDIGO: GE-F-06

FECHA: 01/07/2011

VERSIÓN: 00

- los protocolos revisados son más instructivos de seguimiento a eventos presentados (no definen protocolos de atención de los procesos en la IPS).
se deben estructurar protocolos de atención para: Transporte básico terrestre y aéreo, medicalizado, servicio neonatal y consulta médica domiciliaria.

El formato para solicitud del servicio no iniciará aún su implementación pues se tiene en stock libros con el antiguo logo y formato. Aún sin codificar. cuando se termine el stock, se iniciará la implementación del nuevo formato.

COMPROMISOS

COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA
Crear protocolos para el Servicio	Coord. Calid. Gerencia.	Agosto 05/2011
Formalizar los instructivos para la prestación del servicio.	Coord. calidad. Gerencia/Empl.	Agosto 05/2011
Revisar y estructurar el mapa de procesos	Coord. calidad	30 de Julio/11.

FIRMAS:

[Firma] Adnand Ramirez Pérez.
[Firma] Chayder Silva Yaldonado
[Firma] Tatiana Masaludarte

2 | Página

Anexo C. Matriz política- objetivos – indicadores de calidad.

POLITICA	OBJETIVOS	INDICADORES	FORMULA	META	FRECUENCIA	RESPONSABLE
GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS <i>ofrece transporte y asistencia médica, de manera segura, oportuna, equitativa; contando con un equipo técnico y humano idóneo que busca la satisfacción de los clientes y el bienestar</i>	Ofrecer servicios de calidad contando con personal capacitado y la infraestructura adecuada.	Nivel de evaluación de desempeño del personal.	porcentaje promedio obtenido por los trabajadores en la evaluación de desempeño(suma de los porcentajes de las evaluaciones de desempeño realizadas/ número de evaluaciones de desempeño realizadas)	80%	semestral	GERENTE
		Cumplimiento con el plan de mantenimiento de infraestructura	% cumplimiento de mantenimiento (mantrealiz/mant programado)*100	90%	semestral	RESPONSABLE DE CALIDAD

de los usuarios. Poseemos un compromiso con la calidad y el mejoramiento continuo institucional en asistencia médica y salud comunitaria, cumpliendo y superando las expectativas de nuestros clientes y de todas las personas que participan en el proceso de atención mediante la prestación de servicios con valor, eficacia y eficiencia; buscando siempre la excelencia.		Nivel de evaluación y reevaluación de proveedores	puntuación promedio obtenida por los proveedores en la evaluación y reevaluación de proveedores (suma de las puntuaciones obtenidas por los proveedores / numero de proveedores evaluados y reevaluados)	>70 puntos	anual	RESPONSABLE DE CALIDAD
		cumplimiento con el plan de capacitación	(Numero de capacitaciones realizadas/Numero de capacitaciones programadas)*100	80%	semestral	RESPONSABLE DE CALIDAD
	Satisfacer las necesidades de los usuarios garantizando de esta manera la satisfacción de las	satisfacción del cliente	% satisfacción del cliente (Puntos alcanzados en la encuesta /puntaje máximo posible)	80%	mensual	RESPONSABLE DE CALIDAD

	necesidades de los clientes.	satisfacción del usuario	% satisfacción del Usuario (Puntos alcanzados en la encuesta /puntaje máximo posible)	80%	mensual	RESPONSABLE DE CALIDAD
	Ofrecer transporte y asistencia médica, de manera segura, oportuna, equitativa	cumplimiento de los requisitos o conformidades en cada servicio	# de servicios no conformes	< 10	mensual	RESPONSABLE DE CALIDAD
	Mejorar permanentemente los procesos para asegurar la efectividad de la organización.	Cumplimiento acciones de mejora en el sistema	% cumplimiento acciones correctivas (acciones preventivas + correctivas) cerradas eficazmente /acciones planteadas)	90%	anual	GERENTE

Anexo D. Caracterización de los procesos.

GESTIÓN GERENCIAL					
OBJETIVO: establecer, planear y controlar las actividades y los recursos (humanos, financieros, tecnológicos, etc.) de la organización, manteniendo un direccionamiento estratégico que permita el desarrollo y crecimiento de la empresa.					
ALCANCE: involucra todos los procesos de la organización desde el control financiero hasta la implementación y verificación de políticas y directrices que aseguren la mejora continua.					
ENTRADAS		ACTIVIDADES		SALIDAS	
TODOS LOS PROCESOS	- RECURSOS HUMANOS - NECESIDADES DE CONTRATACION O CAPACITACIÓN - FINANZAS - INDICADORES DE GESTIÓN Y MECANISMOS DE SEGUIMIENTO - SEGUIMIENTO Y CONTROL OPERATIVO - ACCIONES DE MEJORAMIENTO (ACCIONES CORRECTIVAS Y ACCIONES PREVENTIVAS) - INFORMES DE MANEJO COMERCIAL (MARKETING) - INFORMES DE AUDITORIAS - LINEAMIENTOS Y POLITICAS INSTITUCIONALES	PLANEAR - Programas y estrategias de trabajo organizacional - Planear las necesidades de los recursos para el funcionamiento de la empresa - Elaborar presupuestos - Plantear objetivos, metas e indicadores organizacionales - Establecer políticas y directrices - Planificar estrategias de mercado - Identificar requisitos del cliente - Definir procedimientos - Planificar documentos necesarios para SGC. - Mejorar continuamente el SGC. - Programar auditorías internas/externas SGC	HACER - Ejecutar proyectos, actividades comerciales de la organización - Gestionar recursos - Coordinar los procesos y actividades de la empresa - Velar por el cumplimiento de las políticas de la organización - Realizar revisión de los procesos de la empresa. - Elaboración y control de documentos y registros del SGC. - Realizar medición al SGC y analizar los resultados obtenidos. - Ejecutar acciones correctivas/preventivas. - Velar por el cumplimiento del programa de auditorías internas y externas. - Plantear planes de acción para los servicios no conformes.	- Planes de mejora - Política de calidad - Objetivos de calidad - Ejecución de procesos - Acciones correctivas - Informes de resultados de revisión por la dirección - Aprobación de recursos - Contratación y capacitación de personal - Presupuesto anual - Misión - Visión - Indicadores de gestión - Asociaciones comerciales - Necesidades de creación o cambios	TODOS LOS PROCESOS

	- PLAN DE CAPACITACIONES - MANUAL DE CALIDAD - MATERIAS PRIMAS, PAPELERÍA, SUMINISTROS Y/O SERVICIOS) - DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD - SOLICITUDES DE CREACION DE DOCUMENTOS - SOLICITUDES Y NECESIDADES ORGANIZACIONALES	VERIFICAR - Seguimiento y cumplimiento de los objetivos - Evaluar la implementación y eficacia de los planes de acción - Velar por el cumplimiento de las políticas de la organización - Control de servicios no conformes. - Hacer seguimiento al comportamiento financiero - Evaluación de indicadores de gestión - Verificar estado de acciones correctivas y preventivas ACTUAR - Tomar decisiones que promuevan el desarrollo organizacional - Mejorar continuamente los procesos - Generar acciones correctivas/preventivas para mejorar la eficacia del SGC.	en el sistema de Gestión de Calidad - Ordenes de pedido - Evaluación de proveedores - Listado de proveedores - Necesidades y expectativas - Resultados del desempeño del proceso (indicadores de gestión y mecanismos de seguimiento) - Necesidades de acciones de mejoramiento correctivo-preventivo - Documentos del sistema de gestión de calidad	
RESPONSABLE: GERENTE DIRECTOR ADMINISTRATIVO		DOCUMENTOS: ANALISIS DE INDICADORES DE CALIDAD MANUAL DE CALIDAD ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS INDICADORES DE GESTION PROCEDIMIENTO DE MEJORA CONTINUA MANUAL DE CALIDAD	RECURSOS: Talento humano ,Recursos financieros, equipos de oficina	

REQUISITOS A CUMPLIR: 4, 4.1, 4.2, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 5, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.4.1, 5.4.2, 5.5, 5.5.1, 5.5.2, 5.5.3, 5.6, 5.6.1, 5.6.2, 5.6.3, 6, 6.1, 6.3, 8, 8.1, 8.2, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5 8.5.1 8.5.2, 8.5.3	MEDICIÓN (No. Total de AC y AP Cerradas/No. AC Y AP Planteadas) * 100 • Indicadores de gestión de los demás procesos • (No. Servicios no conformes/ No. de servicios programados ejecutados totales) * 100	SEGUIMIENTO • Revisión de informes de revisión por la dirección previas • Análisis de resultados de indicadores • Encuestas de satisfacción al cliente • Servicios no conformes • Informes de auditorías • Ejecución de acciones correctivas y preventivas
---	--	---

COMERCIALIZACION Y MERCADEO				
OBJETIVO: Realizar todas las actividades que permitan identificar oportunidades comerciales además de la búsqueda y consolidación de contratos, convenios y relaciones comerciales con diferentes empresas del sector, al igual que la cobranza de servicios.				
ALCANCE: Desde la planificación del servicio y búsqueda del cliente hasta la facturación y cobranzas.				
ENTRADAS		ACTIVIDADES		SALIDAS
CLIENTES GESTIÓN HUMANA GESTIÓN CONTABLE GESTIÓN GERENCIAL	• OPORTUNIDADES COMERCIALES • BASE DE DATOS DE POSIBLES CLIENTES • LISTADO DE CLIENTE • FACTURACION • CONTRATOS • PROPUESTAS COMERCIALES • SEGUIMIENTO A LAS PROPUESTAS COMERCIALES • CONTROL DE PROPUESTAS COMERCIALES • NECESIDADES Y REQUISITOS DEL CLIENTE	PLANEAR • Identificar las oportunidades comerciales en el mercado • Planear estrategias y actividades para realizar propuestas comerciales • Identificar los recursos necesarios para la comercialización y el mercadeo • Frecuencia de reuniones comerciales con los clientes • Recursos necesarios para el cumplimiento de los requisitos de los clientes • Determinar los criterios de las propuestas y acuerdos comerciales • Determinar estrategias de facturación y cobranza de los servicios • Establecer mecanismos de comunicación con los clientes. • HACER • Realizar propuestas comerciales • Realizar visitas comerciales • Contacto directo con los clientes • Establecer requisitos comerciales con los clientes y asegurar su cumplimiento • Realizar cobro de los servicios según lo establecido • Realizar licitaciones. • Realizar encuestas de satisfacción del cliente	• Necesidades y expectativas • Resultados del desempeño del proceso (indicadores de gestión y mecanismos de seguimiento) • Necesidades de acciones de mejoramiento correctivo-preventivo • Listado de clientes • Propuestas comerciales • Facturación • Cobros • Seguimiento de propuestas comerciales •	PRESTACION DEL SERVICIO GESTIÓN CONTABLE GESTIÓN ADMINISTRATIVA

	MATERIAS PRIMAS, PAPELERÍA, SUMINISTROS Y/O SERVICIOS)	VERIFICAR - Verificar y mantener actualizada la base de datos de los clientes - Hacer control y seguimiento a las propuestas comerciales - Controlar el cumplimiento de los requisitos de los clientes - Garantizar y controlar el cumplimiento de los contratos - Verificar y controlar el estado de pagos. ACTUAR - Acciones correctivas y preventivas - Analizar resultados de solicitudes, quejas y reclamos de los clientes (servicios no conformes).	- Control de propuestas comerciales - Contratos comerciales - Necesidades de contratación de personal.	LOGÍSTICA DEL SERVICIO GESTIÓN HUMANA
RESPONSABLE: DIRECTOR ADMINISTRATIVO		DOCUMENTOS: - PROCEDIMIENTO PARA COMERCIALIZACION Y COBRANZAS - LISTADO DE CLIENTES - BASE DE DATOS DE POSIBLES CLIENTES - FORMATOS DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PROPUESTAS COMERCIALES - FORMATO DE CONTROL DE VISITAS COMERCIALES - CONTRATOS Y CONVENIOS - INDICADORES DE GESTION - ENCUESTA DE SATISFACCION DE CLIENTES		RECURSOS: Talento humano, Equipo de oficina, recursos financieros
REQUISITOS A CUMPLIR: 5.2, 7.2, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 8.2.1		MEDICIÓN No. De clientes Y/O usuarios Satisfechos / No. clientes Totales encuestados) * 100 (No. Servicios no conformes/ No. de servicios programados ejecutados totales) * 100 Contratos comerciales cerrados eficazmente.		SEGUIMIENTO - Encuestas de satisfacción al cliente - Servicios no conformes - Control de propuestas comerciales

LOGISTICA DEL SERVICIO				
OBJETIVO: Coordinar las actividades, tiempos y recursos para la prestación efectiva de los servicios Identificar y proporcionar los aspectos que generen satisfacción del cliente en relación con los servicios ofrecidos por la organización y a las solicitudes realizadas por el mismo.				
ALCANCE: Desde el contacto con el cliente, hasta la realización del servicio requerido				
ENTRADAS		ACTIVIDADES		SALIDAS
GESTIÓN GERENCIAL COMERCIALIZACIÓN Y MERCADEO GESTIÓN HUMANA	• RECURSOS HUMANOS • EQUIPOS E INSUMOS • INVENTARIOS DE INSUMOS • INVENTARIOS DE EQUIPOS • SOLICITUD DE SERVICIOS • DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD • LISTADO DE PROVEEDORES	PLANEAR • Establecer los requisitos del cliente. • Establecer mecanismos de comunicación con los clientes. • Identificar parámetros de servicio al cliente. • Planear actividades de las móviles y los tripulantes para cumplir con los servicios • Identificar las necesidades de equipos, insumos y fármacos • Identificar posible necesidades de servicios de apoyo • Identificar necesidades de mantenimiento o compras de equipos e insumos • Coordinar y controlar al personal para la correcta prestación de los servicios.	• Necesidad de compras • Necesidades y expectativas • Resultados del desempeño del proceso (indicadores de gestión y mecanismos de seguimiento) • Necesidades de acciones de mejoramiento correctivo-preventivo • Rechazo o aprobación de servicios • Evaluación de proveedores • Necesidades de capacitación o contratación del personal • Necesidades de	GESTIÓN CONTABLE PRESTACIÓN DEL SERVICIO COMPRAS
		HACER • Mantener contacto entre los clientes y la empresa • Acordar con el cliente las especificaciones de prestación del servicio • Coordinar tiempos y rutas de movilización • Identificar las necesidades del cliente • Llevar registro de los servicios solicitados • Mantener contacto con los proveedores de servicios subcontratados • Manejar y controlar la disposición del personal requerido para cada servicio		
		VERIFICAR		

INFRAESTRUCTURA COMPRAS		- Controlar el desempeño del personal - Hacer seguimiento del cumplimiento de los requisitos del cliente. - Controlar inventarios - Identificar y verificar las necesidades de servicios subcontratados - Asegurar el cumplimiento con los requisitos del cliente - Verificar el servicio prestado por los servicios subcontratados - Verificar el cumplimiento de los requisitos del cliente - Controlar y verificar los registros de atención durante el traslado ACTUAR - Analizar resultados de solicitudes, quejas y reclamos de los clientes (servicios no conformes) - Proponer e implementar Acciones correctivas - preventivas y/o de mejora	mantenimiento de equipos. - Solicitud de servicios no conformes - RADTS para facturar	GESTIÓN HUMANA INFRAESTRUCTURA
--	--	---	---	---

RESPONSABLE: COORDINADOR OPERATIVO	DOCUMENTOS: Procedimiento de Prestación de servicios Solicitud de servicios Registro de atención durante el traslado	RECURSOS: Talento humano, equipos , insumos y fármacos
REQUISITOS A CUMPLIR: 5.2, 7.1, 7.2.1, 7.2.3, 7.5.1, 7.5.2, , 8.2.1, 8.2.4, 8.3	MEDICIÓN (No. Servicios no conformes/ No. de servicios programados ejecutados totales) * 100 (No. De clientes Y/O usuarios Satisfechos / No. clientes Totales encuestados) * 100	SEGUIMIENTO - Registros de solicitud de servicios - Servicios no conformes - Registro de atención durante el traslado

PRESTACIÓN DEL SERVICIO				
OBJETIVO: Identificar y controlar las actividades asistenciales y de prestación del servicio realizadas durante el traslado de pacientes, en las diferentes modalidades de ambulancia médica especializada y consulta médica domiciliaria que ofrece la organización.				
ALCANCE: El proceso aplica a todas las actividades realizadas para la prestación de los servicios.				
ENTRADAS		ACTIVIDADES		SALIDAS
TODOS LOS PROCESOS	- SOLICITUD DE SERVICIOS - RECURSOS HUMANOS - EQUIPOS - INSUMOS - FARMACOS - REGISTROS DE ATENCION DURANTE EL TRASLADO - DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD. - CAPACITACIONES - DOCUMENTOS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO - DOCUMENTOS PARA REVISION DE INFRAESTRUCTURA	PLANEAR - Identificación de las necesidades asistenciales del paciente - Crear el plan de trabajo - Identificar procedimientos médicos y asistenciales necesarios para la prestación del servicio - Identificar requisitos del cliente - Identificar necesidades de equipos e insumos para la correcta prestación del servicio - Planear actividades para la prestación del servicio	- Registro de Atención durante el traslado - Necesidades de capacitación o contratación de personal - Necesidades de compras - Necesidades de mantenimiento de equipos - Resultados del desempeño del proceso (indicadores de gestión y mecanismos de seguimiento) - Necesidades de acciones de mejoramiento correctivo-preventivo - Solicitudes de creación o modificación del Sistema de Gestión de Calidad - Servicios no conformes - Quejas, Reclamos y	TODOS LOS PROCESOS
		HACER - Conocer el estado inicial o diagnóstico del paciente - Realizar actividades asistenciales cumpliendo con las necesidades del usuario - Realizar asistencia médica de acuerdo a los protocolos para la prestación del servicio. - Seguir con los procedimientos para la		

		prestación del servicio - Llevar registro del servicio realizado - Realizar los procesos asistenciales asegurando el bienestar del usuario. VERIFICAR - Controlar los inventarios y necesidades de equipos e insumos - Controlar necesidades asistenciales del usuario - Verificar el registro del servicio realizado - Verificar datos del cliente o usuario - Controlar los equipos críticos - Identificación y control de servicios de apoyo requeridos - Identificación y control del personal involucrado en el proceso ACTUAR - Proponer acciones de mejora en la prestación del servicio - Generar acciones correctivas o preventivas	sugerencias - Novedades - Solicitudes de insumos	
RESPONSABLE: PERSONAL ASISTENCIAL (MEDICOS, AUXILIARES DE ENFERMERIA Y CONDUCTORES)		DOCUMENTOS: - Registros de atención durante el traslado RADT - Prestación de servicios - Protocolos e instructivos para la prestación del servicio - Infraestructura	RECURSOS: Talento humano, equipos médicos, vehículos, insumos y fármacos.	

REQUISITOS A CUMPLIR: 5.2, 7.1, 7.2.1, 7.2.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.4, 7.5.5, 8.2.1, 8.2.4, 8.3	MEDICIÓN • (No. Evaluaciones Aprobadas / Total de evaluaciones realizadas) * 100 • % satisfacción del cliente • % Satisfacción del usuario • Servicios no conformes.	SEGUIMIENTO • registro de atención durante el traslado • desempeño del personal • novedades • encuestas de satisfacción • quejas, reclamos y sugerencias
--	---	--

GESTIÓN CONTABLE				
OBJETIVO: Administrar suministrar y controlar los recursos económicos para el buen desempeño financiero de la organización				
ALCANCE: El proceso involucra el manejo financiero de la empresa, desde la facturación y manejo de documentos hasta la elaboración de balances contables y pago de nomina.				
ENTRADAS		ACTIVIDADES		SALIDAS
GESTIÓN GERENCIAL COMERCIALIZACIÓN MERCADEO COMPRAS LOGÍSTICA DEL SERVICIO INFRAESTRUCTURA GESTIÓN HUMANA	- SERVICIOS - REQUERIMIENTOS FINANCIEROS - DINERO - DOCUMENTOS DE SOPORTE CONTABLE - RECURSO HUMANO - COTIZACIONES - FACTURAS - REGISTROS DE SERVICIO - INSUMOS - ACTIVOS FIJOS	PLANEAR - Estimación y gestión de recursos para el funcionamiento de la empresa. HACER - Asignar recursos para el correcto funcionamiento de los procesos. - Relacionar pagos de nómina, créditos y cartera. - Entrega de informes de estados financieros. - Elaboración de información tributaria - Elaboración de estados financieros - Análisis de información contable VERIFICAR - Controlar la correcta inversión de recursos. - Evaluar la evolución financiera de la empresa. - Control de bancos y manejo de créditos. ACTUAR - Generar acciones correctivas y preventivas.	- Necesidades y expectativas - Resultados del desempeño del proceso (indicadores de gestión y mecanismos de seguimiento) - Necesidades de acciones de mejoramiento correctivo-preventivo - Necesidad de compras - Comprobantes de egreso y pagos - Contratos - Información financiera	GESTIÓN GERENCIAL COMERCIALIZACIÓN MERCADEO
RESPONSABLE: AUXILIAR CONTABLE		DOCUMENTOS: - Estado de costos y de pérdidas y ganancias, balance general - Comprobantes de ingreso/egreso - Facturas de compras y ventas - PROCEDIMIENTO DE CONTABILIDAD.		RECURSOS: Talento humano, equipos de oficina
REQUISITOS A CUMPLIR: 6.1		MEDICIÓN - Capital de trabajo - Liquidez		SEGUIMIENTO Análisis de los estados financieros

GESTION HUMANA				
OBJETIVO: Asegurar la disponibilidad y nivel de competencia de los empleados y desarrollar un ambiente motivado de trabajo.				
ALCANCE: Desde que surge la necesidad de personal, hasta su contratación, capacitación y evaluación de desempeño del mismo..				
ENTRADAS		ACTIVIDADES	SALIDAS	
GESTIÓN GERENCIAL	- DOCUMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD - NECESIDADES DE CAPACITACIÓN - NECESIDAD DE CONTRATACION Y CAPACITACION DE RECURSO HUMANO - APROBACION DE RECURSOS PARA LA CAPACITACION O CONTRATACION DE PERSONAL - ACCIONES DE MEJORAMIENTO CORRECTIVO-PREVENTIVO	PLANEAR: - Definir funciones y perfiles de los diferentes cargos - Establecer plan de capacitaciones - Identificar la necesidad de personal	- Resultados del desempeño del proceso (indicadores de gestión y mecanismos de seguimiento) - Necesidades de acciones de mejoramiento correctivo-preventivo - Recurso Humano calificado - Cronograma de capacitación - Aprobación de recursos para capacitación y contratación de recurso humano. - Solicitud de creación o modificación de documentos	TODOS LOS PROCESOS
		HACER: - Convocatoria personal - Recepción de hojas de vida y preselección. - selección del recurso humano - entrevista y prueba de conocimiento. - contratación e inducción. - Evaluación del desempeño - Necesidad de capitación o formación - Ejecutar actividades de capacitación. - Evaluación de la eficacia de las capacitaciones		
		VERIFICAR: - Evaluaciones de desempeño - Coordinar y evaluar las actividades de capacitación y evaluación de eficacia de las capacitaciones - Seguimiento a indicadores de gestión		
		ACTUAR: Acciones correctivas y preventivas		

RESPONSABLE: DIRECTOR ADMINISTRATIVO	DOCUMENTOS: • Plan de Capacitaciones • Asistencia • Evaluación de Desempeño • Procedimiento de Recurso Humano	RECURSOS: Talento humano, equipos de oficina, infraestructura
EQUISITOS A CUMPLIR: 5.5.1, 5.5.3, 6.2, 6.2.1, 6.2.2, 6.4	MEDICIÓN • % obtenido en las evaluaciones de desempeño • (No. Capacitaciones Realizadas / Capacitaciones Programadas) *100	SEGUIMIENTO • Resultados evaluaciones de desempeño • Programa de capacitaciones

INFRAESTRUCTURA				
OBJETIVO: Proveer y mantener los equipos, insumos y la infraestructura necesaria y adecuada para el óptimo desarrollo de los procesos de la organización.				
ALCANCE: El proceso involucra el desde la compra, identificación de equipos, vehículos e insumos críticos, hasta el mantenimiento preventivo y correctivo de estos				
ENTRADAS		ACTIVIDADES	SALIDAS	
GESTIÓN GERENCIAL PRESTACIÓN DEL SERVICIO LOGÍSTICA DEL SERVICIO COMPRAS	• VERIFICACIÓN DE VEHÍCULOS • HISTORIAL DE MANTENIMIENTO • REGISTRO DE NOVEDADES • HOJAS DE VIDA DE EQUIPOS • NECESIDADES DE MANTENIMIENTO • ÓRDENES DE COMPRA DE EQUIPOS E INSUMOS • ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS • EQUIPOS, VEHÍCULOS E INSUMOS • PLAN DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	PLANEAR • Identificación de dispositivos, equipos, necesario para la organización • Crear el plan de mantenimiento • Identificar las necesidades de mantenimiento de los equipos e insumos HACER • Realizar mantenimiento preventivo según el cronograma planificado. • Llevar a cabo mantenimientos correctivos cuando sea necesario • Identificar y controlar los equipos e insumos críticos • Elaborar listado general de equipos y vehículos • Elaborar hojas de vida de equipos VERIFICAR • Seguimiento al cronograma de mantenimiento • Solicitar certificados de mantenimiento según aplique	• Necesidades y expectativas • Resultados del desempeño del proceso (indicadores de gestión y mecanismos de seguimiento) • Necesidades de acciones de mejoramiento correctivo-preventivo • Necesidad de compras • Requerimiento de mantenimiento de equipos.	COMPRAS GESTIÓN GERENCIAL GESTIÓN CONTABLE LOGÍSTICA DEL SERVICIO PRESTACIÓN DEL

GESTIÓN HUMANA		ACTUAR • Acciones correctivas y preventivas		SERVICIO
RESPONSABLE: COORDINADOR OPERATIVO		DOCUMENTOS: • Plan de mantenimiento • Ficha técnica de equipos patrones • Historial de mantenimiento • Inventario de insumos	RECURSOS: Talento humano, equipos médicos , insumos, fármacos, vehículos, equipos de oficina.	
REQUISITOS A CUMPLIR: 6.3 6.4 y 7.6		MEDICIÓN • (Mantenimiento realizado/ mantenimiento programado)*100	SEGUIMIENTO • Plan de mantenimiento de equipos • Historial de mantenimiento • Hoja de vida de los equipos. • Inventario de insumos	

COMPRAS				
OBJETIVO: Adquirir los insumos y productos críticos para el buen funcionamiento de la organización, de acuerdo a los requisitos de compras establecidos.				
ALCANCE: El proceso involucra desde la necesidad de una compra hasta la entrega del bien o servicio solicitado y posterior evaluación del proveedor				
ENTRADAS		ACTIVIDADES	SALIDAS	
GESTIÓN GERENCIAL GESTIÓN HUMANA PRESTACIÓN DEL SERVICIO INFRAESTRUCTURA LOGÍSTICA DEL SERVICIO	• INVENTARIOS DE LAS MOVILES PARA TAB Y TAM • INVENTARIO DE INSUMOS EN BODEGA • NECESIDADES DE COMPRA • MANTENIMIENTO DE EQUIPOS • LISTADO DE PROVEEDORES CONTROLADO • ORDENES DE PEDIDO DE EQUIPOS E INSUMOS • ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS • EQUIPOS, VEHÍCULOS E INSUMOS • FORMATO DE NOVEDADES • INVENTARIOS DE EQUIPOS E INSUMOS	PLANEAR • Definir los productos y servicios requeridos por la organización. • Determinar los criterios de selección, evaluación y reevaluación de proveedores. • Asignar frecuencia de reevaluación de proveedores. • Definir los tipos de proveedores HACER • Solicitar cotizaciones • Seleccionar proveedor • Realizar la solicitud de productos y servicios críticos • Recepción de compras • Evaluar y Reevaluar periódicamente proveedores	• Necesidades y expectativas • Resultados del desempeño del proceso (indicadores de gestión y mecanismos de seguimiento) • Necesidades de acciones de mejoramiento correctivo-preventivo • Listado de proveedores • Ordenes de pedido • Evaluación de proveedores	GESTIÓN GERENCIAL INFRAESTRUCTURA GESTIÓN CONTABLE PRESTACIÓN DEL SERVICIO LOGÍSTICA DEL SERVICIO

		VERIFICAR - Inspección de suministros y compras realizadas - Control de producto no conforme - Verificar el resultado de las evaluaciones a proveedores ACTUAR - Acciones correctivas y preventivas		
RESPONSABLE: GERENTE		DOCUMENTOS: - NOVEDADES - ORDENES DE PEDIDO - LISTADO DE PROVEEDORES - EVALUACIÓN Y REEVALUACIÓN DE PROVEEDORES - PROCEDIMIENTO DE COMPRAS - INFORMACIÓN Y SELECCIÓN DE PROVEEDORES	RECURSOS: Talento humano, Equipo de oficina, recursos financieros	
REQUISITOS A CUMPLIR: 7.4, 7.4.1, 7.4.2, 7.4.3, 8.3		MEDICIÓN Resultado de evaluación Y reevaluación de proveedores	SEGUIMIENTO Proveedores, Orden de pedido (productos no conformes).	

Anexo E. Procedimiento de Control de documentos y registros.

**PROCEDIMIENTO DE
CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS**

CONTROL DE APROBACIÓN

Elaboró	Aprobó
Cargo: Responsable de calidad	Cargo: Gerente

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Descripción del cambio realizado	Fecha de aprobación
00	Creación del documento	01/06/2011
01	Incluir el código para directriz en el sistema	08/10/2011

1. OBJETIVO

Definir y estandarizar la metodología para la elaboración, presentación y manejo de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad.

2. ALCANCE

Se aplica a todos los documentos, tanto internos como externos, utilizados en el Sistema de Gestión de Calidad de la organización.

3. CONDICIONES GENERALES

Quien en algún momento deba elaborar cualquier documento, debe cumplir con los requisitos establecidos en este procedimiento, previa autorización de Gerencia General.

4. DEFINICIONES

- ❖ **S.G.C.:** Sistema de Gestión de Calidad
- ❖ **Copia Controlada:** Copia de un documento del Sistema de Gestión de Calidad interno o externo entregada a una persona específica, la cual debe ser reemplazada por una versión nueva cada vez que ésta se genere.
- ❖ **Copia No Controlada:** Copia de un documento del Sistema de Gestión de Calidad entregada a una persona específica, sin compromiso de actualización a las nuevas versiones.
- ❖ **Documento:** Información y su medio de soporte.

- ❖ **Documento Interno:** Todos los documentos del Sistema de Gestión de Calidad que se generan en la empresa.
- ❖ **Documentos Externos:** Documentos requeridos y utilizados en el Sistema de Gestión de la Calidad que son generados por entidades diferentes a la organización.
- ❖ **Documento Obsoleto:** Documento que no tiene vigencia, o ha sido reemplazado por otro.
- ❖ **Manuales de Calidad:** Documento que especifica el Sistema de Gestión de Calidad de una organización.
- ❖ **Manual de funciones:** Documento que especifica las funciones de cada cargo dentro de la organización.
- ❖ **Procedimiento:** Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.
- ❖ **Registro:** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
- ❖ **Instructivo:** Documento que describe la secuencia de pasos detallada a seguir para realizar una actividad o proceso.

5. RESPONSABLE

Responsable de Calidad: Es el encargado de la documentación interna y externa de la organización y de su cumplimiento.

6. CONTENIDO ESPECIFICO

6.1 NORMALIZACION DEL DOCUMENTO

ENCABEZADO: Todo documento del Sistema de Gestión de Calidad de la empresa (Manuales, Procedimientos, protocolos, Instructivos), tendrá el siguiente

 GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS S.A.S.	CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	CÓDIGO: GE- P- 01 FECHA: 08/10/2011 VERSIÓN: 01
--	--	--

encabezado, el cual estará ubicado en todas las hojas del documento. Los formatos del Sistema de Gestión de Calidad no necesariamente deben seguir el mismo modelo de encabezado, siempre y cuando se identifique código, versión, fecha y nombre del documento.

 GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS S.A.S.	NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO: FECHA: VERSIÓN:
--	-----------------------------	--

Logo de la empresa: Es la identificación grafica de la empresa GRUPO EMERGER I.P.S S.A.S

Nombre del documento: Estará ubicado en el centro del documento, es la descripción general del documento. La fuente usada para este campo es Arial, tamaño de fuente 12 en mayúscula y negrita.

Código: Forma de identificar el Sistema de Gestión de Calidad, tiene la siguiente estructura:

GE - XX - βα

Donde:

- GE hace referencia a que es un documento de GRUPO EMERGER I.P.S. S.A.S
- XX código que representa el tipo de documento
- βα representa el número consecutivo del documento iniciando en 01.

DOCUMENTO	CÓDIGO
MANUAL	M
PROCEDIMIENTO	P
FORMATO	F

 GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS S.A.S.	CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	CÓDIGO: GE- P- 01 FECHA: 08/10/2011 VERSIÓN: 01
--	--	---

INSTRUCTIVO	I
PROTOCOLO	PR
DIRECTRIZ	D

Ejemplo: GE - P - 01. Procedimiento No 1. Control de documentos y registros.

Versión: Identifica el consecutivo de modificaciones que afectan el documento. La primera versión sale aprobada como número cero (00). Si tiene modificaciones sigue con el consecutivo respectivo.

Fecha: Indica la fecha de la creación o modificación del documento por el responsable del proceso. El orden es DD/MM/AA.

Nota: para los campos de código, versión y fecha se utiliza como fuente Arial, tamaño 10, en mayúscula y negrita.

6.1.2 CUERPO DEL TRABAJO

Para realizar el cuerpo de los documentos se tendrá en cuenta la siguiente información, de acuerdo al tipo de documento que se esté elaborando se muestra una estructura, utilizando la siguiente nomenclatura:

- A : Aplica
- NA : No aplica
- OC : En algunos casos

DOCUMENTO	Manual	Procedimiento	Formato	Instructivo	Protocolos	Directriz
Portada	A	A	NA	A	OC	OC
encabezado	A	A	OC	A	A	A
Tabla de contenido	A	NA	NA	NA	OC	NA
Condiciones generales	OC	A	NA	OC	OC	NA

objetivo	OC	A	NA	OC	OC	NA
Alcance y exclusiones	A	A	NA	OC	OC	NA
Definiciones	OC	A	NA	OC	OC	NA
Responsable	OC	A	NA	OC	OC	A
Contenido específico o	A	A	A	A	A	A
Anexos	OC	A	NA	OC	OC	OC

- **Portada**

Control De Aprobación.

Elaboró	Aprobó
Cargo:	Cargo:

Elaboró: Firma y Cargo de la persona que elaboró o modificó el documento.

Aprobó: Firma y cargo de la persona que aprueba el documento o las modificaciones.

Control de Cambios. Incluye información sobre las últimas modificaciones realizadas al documento. Este contendrá la siguiente información y se ubicará en la primera hoja del documento. Los formatos son los únicos documentos que no contendrán pie de página.

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO REALIZADO	FECHA DE APROBACIÓN

- **Encabezado:** Se realiza de acuerdo al numeral 6.1
- **Tabla de contenido:** Relación numerada de los temas tratados en el documento.
- **Condiciones generales:** Hace referencia a las aclaraciones que sean necesarias como efectuar políticas, recomendaciones, instrucciones, aplicación de uso (cuando se usa, como se usa).
- **Objetivo.** Define sin ambigüedad el tema y el propósito del documento. Sirve también para completar la información del nombre del documento.
- **Alcance y exclusiones.** Indica en qué y a qué se aplica el documento, aclarando cualquier tipo de exclusión.

- **Definiciones.** Significado de las palabras que puedan resultar desconocidas.
- **Responsable.** Indica el cargo de la persona que debe velar por la utilización o aprobación del documento.
- **Contenido específico.** Descripción de las actividades o composición del documento.
- **Anexos.** Recopilación de documentos referenciados en el desarrollo del documento.

6.2 CONTROL DE DOCUMENTOS

6.2.1 Identificación de necesidad de crear o modificar documentos del SGC.

Los responsables y el personal perteneciente a cada proceso pueden e identifican la necesidad de crear o modificar un documento, teniendo en cuenta la importancia de este como un apoyo en los procesos del SGC, comunicando estas necesidades al Responsable de Calidad y diligenciando el **GE-F-19 SOLICITUD DE CREACIÓN DE DOCUMENTOS**, el cual puede ser aprobado por el responsable de calidad o el gerente.

6.2.2 Elaboración o Modificación del Documento

El responsable de Calidad elabora o modifica el documento, teniendo en cuenta la solicitud y las condiciones descritas en el numeral *6.1-Normalización* de este documento. Se le asigna un código en caso de ser un nuevo documento o se modifica la versión cuando el documento ya existe.

6.2.3 Aprobación de los Documentos.

Todos los documentos del Sistema de Gestión de Calidad, deben ser aprobados por el gerente.

6.2.4 Difusión y Distribución

El responsable de Calidad, realiza entrega del documento creado o modificado en medio físico y/o magnético al personal del proceso que realizó la solicitud, recoge las copias obsoletas, identificándolas con una "X" que abarque gran espacio por el lado de la hoja utilizada en caso de ser física o borrándolo de los computadores en caso de ser magnético. Luego se registra en el **GE-F-16 LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS Y REGISTROS**, en la columna de distribución, donde se evidencia el cargo de quien recibe el documento y la fecha en la que se hace entrega de éste, sea magnético o físico.

Todos los documentos controlados en el SGC se identifican con un sello de DOCUMENTO CONTROLADO en el encabezado de todas las páginas del

documento; en caso de no observarse esta identificación se hace referencia a que es un documento NO CONTROLADO.

Para la distribución de los documentos externos que afecten la calidad del servicio se utiliza el **GE-F-17 LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS EXTERNOS** el cual identifica la distribución de estos documentos.

6.2.5 Control de Documentos

El Sistema De Gestión de Calidad relaciona y controla los documentos internos y externos en el **GE-F-16 LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS Y REGISTROS**. Este documento contiene información general de cada documento del SGC.

A los procedimientos, instructivos y manuales del SGC debe identificárseles como sello de DOCUMENTO CONTROLADO, para mantener el control sobre estos documentos.

Se garantiza que los documentos se conservan legibles; si se encontrase un documento en mal estado se reemplaza con otro ejemplar de la misma versión y contenido.

6.2.6. Revisión de los Documentos

Los responsables de cada proceso, revisarán los documentos que apliquen al Sistema de Gestión de Calidad, con el objetivo de evaluar posibles cambios de acuerdo a las necesidades existentes.

6.2.7. Documentos De Origen Externo

Los documentos de origen externos se identifican y controlan su distribución a través del **LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS EXTERNOS**.

6.3. CONTROL DE REGISTROS

La empresa garantizará que los registros generados por el S.G.C permanezcan legibles identificables y recuperables aplicando las siguientes condiciones:

- Deben llenarse a tinta, impreso o magnético cuando lo requiera.
- Llenar todos los espacios y si no aplica NA
- Evitar tachones y enmendaduras.
- Los registros deben usarse en tiempo real.
- Archivarlo correctamente en el sitio y carpeta correspondiente.
- Diligenciar las observaciones si son necesarias.

- Tener en cuenta las copias, si se requiere.

La identificación de los registros se realizara por medio de los códigos descritos en el numeral 6.1. Normalización de Documentos cuando sean del sistema de gestión de la calidad.

El control de los registros se llevara por medio del **GE-F-18CONTROL DE REGISTROS**

Codigo	Nombre	Versión	Almacenamiento	Recuperación	Tiempo de retención	Responsable	Disposición
--------	--------	---------	----------------	--------------	---------------------	-------------	-------------

- **Código:** Describe el código de identificación del documento.
- **Nombre:** Describe el documento al cual se le hace el control
- **Versión:** Describe la versión en la que se encuentra el documento
- **Almacenamiento:** Describe en donde está almacenado el documento, ejemplo: Carpeta área de calidad o en medio magnético.
- **Recuperación:** Describe el lugar donde el archivo se guardará inactivo.
- **Tiempo de retención:** Describe el tiempo en el que el archivo estará guardado tanto activo como inactivo.
- **Responsable:** Describe el cargo de la persona encargada del documento
- **Disposición:** Es la acción que se realiza después de que el documento o archivo cumple con la etapa de retención.

7. ANEXOS

- GE-F-18 control de registros
- GE-F-19 solicitud de creación o modificación de documentos.
- GE-F-16 Listado Maestro De Documentos
- GE-F-17 Listado maestro de documentos externos

Anexo F. Manual de Funciones.

DOCUMENTO
CONTROLADO

MANUAL DE FUNCIONES

CONTROL DE APROBACIÓN

Elaboró	Aprobó
Cargo: Responsable de calidad	Cargo: Gerente

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Descripción del cambio realizado	Fecha de aprobación
00	Creación del documento	01/07/2011

TABLA DE CONTENIDO

DOCUMENTO
CONTROLADO

1. OBJETIVO _____	169
2. ALCANCE _____	169
3. condiciones generales _____	169
4. DEFINICIONES _____	170
5. RESPONSABLE: _____	171
6. CONTENIDO ESPECÍFICO _____	172
5.1. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE GRUPO EMERGER IPS SAS	172
5.2. DESCRIPCION DE PERFILES Y FUNCIONES _____	174

OBJETIVO

- Construir un marco de orden que contribuya al éxito de la gestión y desarrollo, mediante la integración racional de las áreas que componen la organización, de tal forma que se posibilite el adecuado cumplimiento de las funciones encaminadas al logro de los objetivos.
- Facilitar la consulta de quienes tienen la responsabilidad de dirigir, ejecutar y controlar los procesos respectivos y servir de herramienta para que Administración General evalúe la gestión de cada uno de los funcionarios que lo conforman.
- Establecer los principios y criterios que sustentan a la organización, con base en los cuales ésta se debe desarrollar para tener claridad sobre las interrelaciones de auditoría y dependencia, con el objeto de compendiar y normalizar las disposiciones internas y externas que regulan el funcionamiento de sus áreas básicas, para sí delimitar las responsabilidades y funciones de cada parte intrínseca a la institución.

ALCANCE

Este Manual es un elemento básico del Sistema de Gestión de la Calidad y de Control Interno de la gestión del personal, de acuerdo con su desarrollo intelectual y humano; y es aplicable a todos los cargos de la empresa.

CONDICIONES GENERALES

Este documento proporcionará mediante una adecuada planeación, ejecución y control, el ejercicio eficiente, efectivo y eficaz de la gestión con miras a lograr los objetivos del GRUPO EMERGER IPS SAS en el marco de la Planeación Estratégica

El Manual de Funciones define y enumera las actividades necesarias para obtener dichos objetivos, las agrupa, asigna las responsabilidades funcionales, la propiedad para la delegación de la autoridad para llevarlas a cabo en forma tal que

se coordine las relaciones de autoridad horizontal y vertical en los diferentes niveles.

DOCUMENTO
CONTROLADO

Cuando se presenten situaciones no previstas en el Manual de Funciones, como encontrarse en la necesidad de realizar una función o asumir una responsabilidad nueva, deberá cuidarse que este documento no resulte un obstáculo que impida desarrollar una acción en forma rápida y eficiente. Por consiguiente y para prevenir esta situación, será preferible que el funcionario enfrentado a un requerimiento imprevisto o cambiante, asuma la responsabilidad, que por autoridad y nivel le corresponde, en la forma más favorable, consultando con el nivel jerárquico superior y/o coordinando con otros funcionarios, si es posible, canalizando el asunto hacia aquella área cuyas tareas sean más afines a la situación presentada.

Si la nueva situación tiende a hacerse constante o permanente, se avisará al Gerente Administrativo o al coordinador de calidad a efectos de establecer la oportunidad de introducir modificaciones al Manual.

DEFINICIONES

Habilidades: Característica biológica o aprendida que permite a una persona hacer algo mental o físico. Laboralmente es la capacidad y potencialidad de la persona para llevar a cabo un determinado tipo de actividad.

Experiencia: Se entiende por los conocimientos, habilidades y destrezas o adquiridas desarrolladas mediante el ejercicio de una profesión, arte u oficio.

Formación: Conocimientos no formales adquiridos por los siguientes medios: Diplomados, talleres de extensión y profundización, seminarios, entrenamientos y capacitaciones específicas dadas en centros de formación o directamente por la organización. La formación corresponde también a conocimientos particulares en

áreas o temas específicos dados como parte de la educación de un individuo. La formación. Se evalúa mediante la presentación de certificados, referencias o la realización de pruebas de desempeño en los conocimientos o aptitudes resultado de la formación.

Orientación a resultados: Realizar las funciones y cumplir con los compromisos organizacionales con eficacia y calidad.

Aprendizaje continuo: Adquirir y desarrollar permanentemente conocimientos, destrezas y habilidades, con el fin de mantener altos estándares de eficacia organizacional.

Trabajo en equipo: Trabajar con otros de forma continua y de manera participativa, integrando esfuerzos para la consecución de metas institucionales comunes.

Creatividad: Generar y desarrollar nuevas ideas, concepto, métodos y soluciones.

Adaptación al cambio: Enfrentarse con flexibilidad y versatilidad a situaciones nuevas para aceptar los cambios positiva y constructivamente.

Relaciones interpersonales: Establecer y mantener relaciones de trabajo amistosas y positivas, basadas en la comunicación abierta y fluida y en el respeto por los demás.

Liderazgo: Guiar y dirigir grupos y establecer y mantener la cohesión de grupo necesaria para alcanzar los objetivos organizacionales.

Iniciativa: Anticiparse a los problemas iniciando acciones para superar los obstáculos y alcanzar metas concretas.

RESPONSABLE:

- APROBACIÓN: Gerente
- ELABORACIÓN: Responsable de Calidad



CONTENIDO ESPECÍFICO

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE GRUPO EMERGER IPS SAS

En la organización existe un nivel directivo en donde se concentra la planificación de GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS, en este nivel se encuentra el Gerente General. El segundo nivel es el de Coordinación en donde se encuentran a los coordinadores de las áreas funcionales y de actividades representativas de la empresa, los cuales aseguran el eficaz y eficiente avance de los procesos. Por último un nivel de apoyo o de auxiliares en donde participan todos aquellos colaboradores cuyo aporte operativo, ya sea administrativo o asistencial, constituye la base del desarrollo de las actividades cotidianas de la institución

DOCUMENTO
CONTROLADO

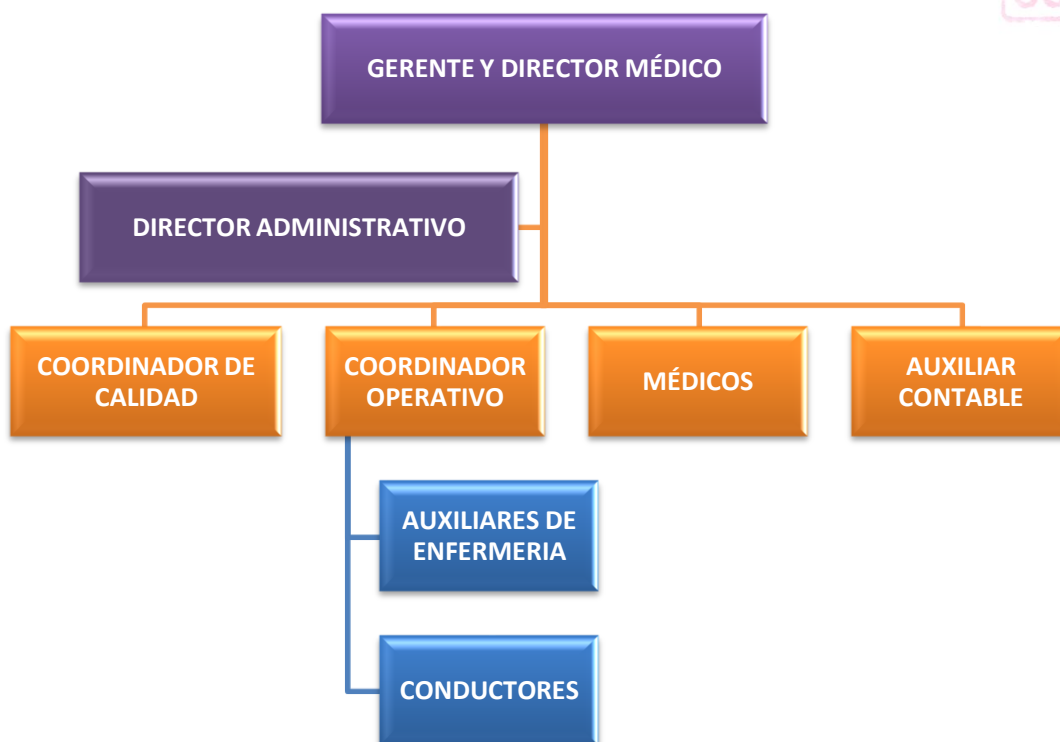


Ilustración 1. Organigrama GRUPO EMERGER IPS SAS

DESCRIPCION DE PERFILES Y FUNCIONES

DOCUMENTO
CONTROLADO

GERENTE Y DIRECTOR MÉDICO	
JEFE INMEDIATO	N/A
PROCESO	GESTION ADMINISTRATIVA, GESTION HUMANA. GESTION DE EQUIPOS E INSUMOS, GESTION MEDICA Y DE ENFERMERÍA
CARGOS SUPERVISADOS	Todos
OBJETIVO GENERAL	Realizar los procesos estratégicos de la organización Coordinando, controlando y haciendo un manejo administrativo y médico.

PERFIL Y REQUERIMIENTOS DEL CARGO	
EDUCACIÓN: 25% Secundaria ☐ Técnica ☐ Tecnología ☐ Universitaria ☒ Postgrado ☐	FORMACIÓN: 25% • MEDICO GENERAL • MANEJO DE URGENCIAS
HABILIDADES: 25%	1. Organización y Desarrollo de Funciones 2. Gestión de Recursos 3. Compromiso Institucional 4. Innovación 5. Trabajo en Equipo 6. Relaciones interpersonales 7. Toma de decisiones 8. Liderazgo 9. Personales

EXPERIENCIA:25%	MINIMO 2 AÑOS DE EXPERIENCIA EN MANEJO ADMINISTRATIVO MINIMO 2 AÑOS DE EXPERIENCIA EN TRASLADO AEREO Y TERRESTRE TANTO BASICO COMO MEDICALIZADO DE PACIENTES
OTROS REQUISITOS	CONOCIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD EN SISTEMAS DE SALUD

DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES

RESPONSABILIDADES PRINCIPALES.

1. Dirige, evalúa y supervisa el desarrollo de las actividades asistenciales de la empresa
2. Propone medidas correctivas para garantizar el adecuado funcionamiento de la organización.
3. Planea, dirige y controla las asesorías en lo referente a la atención médica.
4. Evalúa la calidad de atención que se brinda a los pacientes y desarrollar programas y estrategias que alcancen este fin.
5. Establecer un cronograma de trabajo observando las directrices de la empresa
6. Cumplir y hacer cumplir el reglamento interno
7. participar en la elaboración de normas, reglamentos y procedimientos y observar su cumplimiento
8. Supervisar permanentemente el cumplimiento de las funciones por parte del personal de la empresa y tomar las medidas disciplinarias del caso.
9. Realizar la selección del personal que van a ingresar a la empresa.
10. Asistir y participar en las reuniones, comités y demás cuerpos en que tenga participación la empresa.
11. Detectar oportunidades de desarrollo de la organización, coordinar las actividades requeridas para realizar su factibilidad e implementación
12. Dirigir, evaluar y controlar el desarrollo de las actividades de la empresa, frente a los objetivos de la institución
13. Organizar el funcionamiento de la entidad y efectuar ajustes viables según necesidades
14. Ejecutar y controlar los recursos financieros
15. Administrar el personal de acuerdo con las disposiciones legales estatutarias y reglamentarias vigentes
16. Representar a la institución fuera de esta
17. Identificar clientes externos e internos y dar respuesta a sus necesidades
18. Desarrollar políticas organizacionales que definan el tipo y amplitud de los servicios que se han de proveer.
19. Asignar y gestionar los recursos humanos, financieros y físicos de acuerdo a las necesidades de la institución.
20. Propender por la integración del personal y las áreas funcionales a través de la gerencia.
21. Desarrollar, monitorizar y hacer seguimiento a las metas acorde con la visión y misión de la institución.
22. Desarrollar metas y objetivos para cada unidad funcional.
23. Diseñar e implementar mecanismos de colaboración y coordinación para el

mejoramiento organizacional o de los procesos

24. Fomentar la gestión, seguimiento y medición de procesos y realizar acompañamiento permanente para su adecuado cumplimiento.
25. Garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los clientes.
26. Revisar los insumos, métodos, mano de obra, maquinaria y coordinación empleada por la empresa, proveedores y contratistas de todo tipo.
27. Hacer seguimiento al cumplimiento de las actividades según el presupuesto, las especificaciones técnicas, la programación y los planes de calidad.
28. Revisar y aprobar órdenes de pago de las compras correspondientes a grandes cuantías o que se remitan bajo su consideración.
29. Buscar oportunidades de negocio para la empresa a través de su gestión.
30. Analizar, evaluar y aprobar las solicitudes de requisición de talento humano.
31. Aprobar, programar, coordinar y evaluar las capacitaciones.
32. Planear, dirigir y controlar todas las actividades realizadas por el personal.
33. Diligenciar cheques, consignaciones y retiros; solicitar el saldo de las cuentas de ahorro de la empresa. Manejo de las cuentas bancarias y la cartera de la empresa, autorizar y definir los diferentes pagos.
34. Controlar los gastos de la empresa gestionando el buen manejo de la infraestructura y los recursos financieros, humanos y técnicos.
35. Aprobar, implementar y revisar los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad pertinentes.
36. Implementar y controlar el proceso de planeación estratégica.
37. Colaborar con la solución y detección de no conformidades que afecten al Sistema de Gestión de Calidad.
38. Revisar periódicamente el Sistema de Gestión de Calidad garantizando su mejora continua.
39. Analizar la satisfacción del cliente y la conformidad del servicio prestado.

PROCESOS O PROCEDIMIENTOS A SU CARGO:
TODOS

ATRIBUCIONES O AUTORIDADES
TODOS

RESPONSABILIDAD EN MANEJO DE RECURSOS E INFORMACION

POR DINEROS:

**ADMINISTRA TODOS LOS RECURSOS
DE LA ORGANIZACIÓN**

**POR EQUIPOS, HERRAMIENTAS, MATERIALES E
INSUMOS:**

TODOS

POR INFORMACION CONFIDENCIAL:
TODOS

POR CONTACTOS:

INTERNOS:
TODOS

EXTERNOS:
TODOS

GERENTE ADMINISTRATIVO	
JEFE INMEDIATO	GERENTE Y DIRECTOR MÉDICO
PROCESO	COMPRAS, GESTION HUMANA Y CONTRATACIONES, SERVICIO AL CLIENTE
CARGOS SUPERVISADOS	Coordinador operativo, encargado de calidad y auxiliar contable
OBJETIVO GENERAL	Velar por el funcionamiento administrativo, manejo de proveedores y clientes, y ser facilitador de todos los procesos de la empresa.

DOCUMENTO
CONTROLADO

DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES

PERFIL Y REQUERIMIENTOS DEL CARGO

EDUCACIÓN: 25%	FORMACIÓN: 15% N/A
Secundaria ☐	
Técnica ☐	
Tecnología ☐	
Universitaria ☒	
Postgrado ☐	
HABILIDADES: 30%	1. Organización y Desarrollo de Funciones 2. Gestión de Recursos 3. Compromiso Institucional 4. Innovación 5. Trabajo en Equipo 6. Relaciones interpersonales 7. Toma de decisiones 8. Liderazgo 9. Personales
EXPERIENCIA: 30%	MINIMO 2 AÑOS DE EXPERIENCIA EN MANEJO ADMINISTRATIVO (Esta experiencia puede estar avalada por GRUPO EMERGER IPS SAS directamente)

RESPONSABILIDADES PRINCIPALES.

1. Cumplir a cabalidad con las responsabilidades asignadas para su cargo.
2. Supervisar que estén al día los registros contables y datos estadísticos.
3. Establecer medidas de control interno, para evitar errores, desperdicios y pérdidas
4. Asesorar a la Gerencia en materia de sistemas, estudios, adquisiciones, inversiones, informes y proyectos
5. Ejercer funciones de supervisión sobre la recuperación de la cartera.
6. Mantener buenas relaciones con clientes y proveedores
7. Realizar, controlar y hacer manejo de las propuestas comerciales.
8. Mantener contacto entre la gerencia y los clientes
9. Mantener buenas relaciones con los bancos y entidades de crédito.
10. Suministrar información a la Gerencia cuando sea requerida.
11. Realizar arqueos esporádicos de caja y las cajas menores que funcionan.
12. Actualizar y controlar permanentemente los registros de los diferentes procesos de la organización.
13. Velar por el cumplimiento adecuado de las actividades del personal a su cargo.
14. Mantener registro y archivos completos, fáciles de consultar, de toda aquella información que pueda ser útil en el futuro.
15. Realizar las cotizaciones para el mantenimiento correctivo y preventivo de los equipos.
16. Realizar y controlar las licitaciones en las que participe la empresa.
17. Elaborar los contratos internos.
18. Responder por los documentos que hacen parte de contratos, licitaciones, y cotizaciones.
19. Promover y coordinar con la empresa, la selección del recurso humano que ofrezca el mercado laboral a través de procesos de reclutamiento y selección.
20. Remplazar al gerente en su ausencia.
21. Colaborar en las labores adicionales que le asigne su jefe inmediato.

PROCESOS O PROCEDIMIENTOS A SU CARGO:

- Gestión administrativa
- Gestión humana
- Gestión financiera

ATRIBUCIONES O AUTORIDADES

- estados financieros
- control de clientes
- control de proveedores
- control del personal

RESPONSABILIDAD EN MANEJO DE RECURSOS E INFORMACION

POR DINEROS: TODOS	POR EQUIPOS, HERRAMIENTOS, MATERIALES E INSUMOS: MATERIALES Y EQUIPOS	
POR INFORMACION CONFIDENCIAL: TODAS	POR CONTACTOS:	
	INTERNOS: TODOS	EXTERNOS: CLIENTES PROVEEDORES

COORDINADOR DE CALIDAD	
JEFE INMEDIATO	GERENTE GENERAL
PROCESO	Medición, Análisis y Mejora
CARGOS SUPERVISADOS	N/A
OBJETIVO GENERAL	Asegurar que se implemente el Sistema de Gestión de Calidad.

PERFIL Y REQUERIMIENTOS DEL CARGO	
EDUCACIÓN: 25% Secundaria ☐ Técnica ☐ Tecnología ☐ Universitaria ☒ Postgrado ☐	FORMACIÓN: 25% N/A ESTUDIANTE DE ULTIMO SEMESTRE DE INGENIERIA INDUSTRIAL
HABILIDADES: 25%	1. Organización y Desarrollo de Funciones 2. Gestión de Recursos 3. Compromiso Institucional 4. Innovación 5. Trabajo en Equipo 6. Relaciones interpersonales 7. Toma de decisiones 8. Liderazgo 9. Personales
EXPERIENCIA: 25%	N/A

DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES

RESPONSABILIDADES PRINCIPALES.

1. Asegurar que se establezcan, y se implementen los procesos para el desarrollo del Sistema de gestión de calidad.
2. Comunicar a la organización la importancia de satisfacer los requisitos del cliente y asegurarse de que se toma conciencia de esto.
3. Cumplir con lo estipulado dentro del programa de calidad, de acuerdo al Manual de Calidad
4. Velar por el cumplimiento de las políticas y directrices establecidas por la empresa.
5. Realizar la planificación, ejecución y control de documentos y registros según los procedimientos establecidos para el caso.
6. Implementar y hacer seguimiento del proceso de medición, análisis y mejora.
7. Colaborar con la solución y detección de no conformidades que afecten el Sistema de Gestión de Calidad.
8. Participar en las actividades relacionadas con las supervisiones y auditorias.
9. Formar parte del Comité de Calidad y verificar que se cumplan las actividades establecidas en este.
10. Asistir a todo el personal en las tareas operativas del Sistema de Gestión de Calidad.
11. Mantener actualizados los documentos del sistema de calidad.
12. Vigilar el cumplimiento del control de registros establecido.
13. Analizar resultados sobre la eficacia y eficiencia del Sistema de Gestión de la calidad.
14. Realizar la recolección y distribución de documentos garantizando su administración y manejo tanto los controlados y no controlados como los obsoletos.
15. Editar todos los documentos relativos al Sistema de Gestión de Calidad.
16. Aportar a la implementación y mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad.
17. Garantizar que el S.G.C se mantenga de acuerdo a los requisitos establecidos en la norma NTC ISO 9001:2008
18. Llevar el control de archivos generales.
19. Recibir las necesidades relacionadas con la planta física y equipos por parte de los empleados de la empresa con el fin de ser direccionadas a los responsables de dar las soluciones.
20. Cumplir con las demás funciones asignadas por el Gerente General o definidas en el comité de calidad.

PROCESOS O PROCEDIMIENTOS A SU CARGO:

Implantación y mejora del sistema de gestión de calidad, basadas en los criterios de la NTC ISO 9001:2008

ATRIBUCIONES O AUTORIDADES

Posee autoridad sobre los procesos del sistema de gestión de calidad.

**DOCUMENTO
CONTROLADO**

RESPONSABILIDAD EN MANEJO DE RECURSOS E INFORMACION

POR DINEROS: NINGUNO	POR EQUIPOS, HERRAMIENTAS, MATERIALES E INSUMOS: COMPUTADOR	
POR INFORMACION CONFIDENCIAL: SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD DE LA ORGANIZACIÓN	POR CONTACTOS:	
	INTERNOS: TODOS	EXTERNOS: NINGUNO

DOCUMENTO
CONTROLADO

AUDITOR DE CALIDAD	
JEFE INMEDIATO	N/A
PROCESO	Medición, Análisis y Mejora
CARGOS SUPERVISADOS	N/A
OBJETIVO GENERAL	Realizar auditorías internas al Sistema de Gestión de Calidad según la Norma NTC ISO 9001:2008.

DOCUMENTO
CONTROLADO

DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES

PERFIL Y REQUERIMIENTOS DEL CARGO

EDUCACIÓN: 25%	FORMACIÓN: 25% • Profesional en Ing. Industrial o carreras afines • Auditor Interno de sistemas de gestión de calidad bajo la Norma NTC ISO 9001:2008
Secundaria ☐	
Técnica ☐	
Tecnología ☐	
Universitaria ☒	
Postgrado ☐	
HABILIDADES: 25%	1. Organización y Desarrollo de Funciones 2. Gestión de Recursos 3. Compromiso Institucional 4. Innovación 5. Trabajo en Equipo 6. Relaciones interpersonales 7. Toma de decisiones 8. Liderazgo 9. Personales
EXPERIENCIA: 25%	20 horas como Auditor Interno de Sistemas de Gestión de Calidad bajo la Norma NTC ISO 9001:2008

RESPONSABILIDADES PRINCIPALES.

1. Definir la forma de recolección de evidencias en documentos y registros, entrevistas y observación de los procesos de la empresa.
2. Preparar y notificar el Plan de Auditoría Interna para que el coordinador de calidad lo registre en Plan de Auditoría donde se indica objetivo, alcance, auditor, auditado, día, hora.
3. Elaborar preguntas dependiendo de los procesos que se vayan a auditar utilizando una lista de chequeo.
4. En la reunión de apertura, el Auditor Interno aclara los puntos del plan de auditoría: Aspectos por mejorar, no conformidades, Fecha de reunión de cierre, etc. Realizar la ejecución de la auditoría, revisando los documentos, registros, estableciendo los hallazgos, observaciones, no conformidades, puntos por mejorar, etc.
5. Indicar los aspectos por mejorar, resaltar y no conformidades
6. Registra en el Informe de Auditoría Interna todos los aspectos encontrados, el proceso al que pertenece o el punto de la Norma ISO 9001:2008 con el cual no se está cumpliendo.
7. Informar con la suficiente anticipación sobre la realización de la auditoria, a los cargos que serán auditados.
8. Resolver las dudas e inquietudes que los auditados tengan a lo largo de la actividad, sin que esto afecte su buen juicio a la hora de los hallazgos.
9. Demás actividades asignadas por su jefe inmediato

PROCESOS O PROCEDIMIENTOS A SU CARGO:

Realizar las auditorias respectivas a todos los procesos del sistema.

ATRIBUCIONES O AUTORIDADES

Suspender auditorias, levantar una no conformidad, realizar entrevistas, aprobar la documentación del sistema de gestión de la calidad.

RESPONSABILIDAD EN MANEJO DE RECURSOS E INFORMACION

POR DINEROS: NINGUNO	POR EQUIPOS, HERRAMIENTAS, MATERIALES E INSUMOS: COMPUTADOR	
POR INFORMACION CONFIDENCIAL: SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD DE LA ORGANIZACIÓN	POR CONTACTOS:	
	INTERNOS: TODOS	EXTERNOS: NINGUNO

DOCUMENTO

COORDINADOR OPERATIVO	
JEFE INMEDIATO	GERENTE ADMINISTRATIVO
PROCESO	Atención al cliente y operatividad
CARGOS SUPERVISADOS	Conductores y auxiliares de enfermería
OBJETIVO GENERAL	Coordinar tiempos y actividades para el cumplimiento de los servicios y el correcto funcionamiento operativo de la organización.

PERFIL Y REQUERIMIENTOS DEL CARGO	
EDUCACIÓN: 25% Secundaria ☐ Técnica ☒ Tecnología ☐ Universitaria ☐ Postgrado ☐	FORMACIÓN: 20% • TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA • ATENCION AL CLIENTE
HABILIDADES: 25%	1. Organización y Desarrollo de Funciones 2. Gestión de Recursos 3. Compromiso Institucional 4. Innovación 5. Trabajo en Equipo 6. Relaciones interpersonales 7. Toma de decisiones 8. Liderazgo 9. Personales

EXPERIENCIA: 30%

**MINIMO 6 MESES DE EXPERIENCIA COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA
MINIMO 3 MESES EN MANEJO Y DILIGENCIAMIENTO DE REGISTROS Y CONOCIMIENTO BASICO DE OFFICE Y EXCEL
MINIMO 1 MES EN TRASLADO BASICO Y MEDICALIZADO DE PACIENTES**

DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES

RESPONSABILIDADES PRINCIPALES.

1. Cumplir a cabalidad con las responsabilidades asignadas para su cargo.
2. Desarrollar su jornada de trabajo completa de acuerdo a la programación de turnos planificada
3. Aplicar a su trabajo los principios corporativos que caracterizan la empresa dando ante el usuario siempre una imagen de buen servicio.
4. Ser responsable con el cuidado, mantenimiento y buen uso de los equipos, insumos y medicamentos, materiales, vehículos y demás, puestos a su disposición para el empleo de su labor.
5. Tomar los servicios requeridos por el cliente y llevar registro de esto mediante el formato asignado para esta labor
6. Coordinar y verificar tiempos, lugares y personal para cada traslado
7. Coordinar horarios de traslados
8. Confirmar y negar servicios según sea el caso
9. Realizar permanente control del estado de las móviles, los equipos e insumos
10. Manejo y control de los insumos en bodega
11. Suministrar los equipos e insumos necesarios a las móviles después de cada servicio
12. Contactar proveedores
13. Contactar servicios subcontratados (médicos y servicios de apoyo)
14. Llevar diariamente registro y bitácora de los servicios realizados
15. Verificar correcto uso, registro y manejo de los RADTS
16. Coordinar y controlar horarios de llegada y salida de personal operativo
17. Hacer RITS
18. Contactar al personal de la empresa a través de los diferentes medios de comunicación, con el fin de tener un adecuado manejo logístico
19. Dar información constante de la operatividad y el estado del inventario en bodega y de los equipos en general.
20. Hacer solicitud de compra de insumos cuando sea necesario.
21. Realizar las actividades asignadas por su jefe inmediato

PROCESOS O PROCEDIMIENTOS A SU CARGO:

- Atención al cliente y operatividad
- Prestación de servicios

ATRIBUCIONES O AUTORIDADES

- Aceptación o rechazo de los servicios
- Realizar solicitudes de compras
- Orientación y autoridad sobre labores del personal operativo
- Contactar y solicitar proveedores de servicios subcontratados

RESPONSABILIDAD EN MANEJO DE RECURSOS E INFORMACION

POR DINEROS:

NINGUNO

**POR EQUIPOS, HERRAMIENTOS,
MATERIALES E INSUMOS:
EQUIPOS MEDICOS, INSUMOS,
FARMACOS E INFRAESTRUCTURA**

POR INFORMACION CONFIDENCIAL:

**Manejo de los formatos RADT
Información de los pacientes
Información clientes
Información proveedores**

POR CONTACTOS:

INTERNOS:

OPERATIVIDAD

EXTERNOS:

**PROVEEDORES
EPS
CLIENTES**

DOCUMENTO

AUXILIAR CONTABLE	
JEFE INMEDIATO	GERENTE ADMINISTRATIVO
PROCESO	GESTION FINANCIERA
CARGOS SUPERVISADOS	NINGUNO
OBJETIVO GENERAL	Realizar la contabilidad de la organización.

PERFIL Y REQUERIMIENTOS DEL CARGO	
EDUCACIÓN: 25%	FORMACIÓN:20% • TECNOLOGIA ADMINISTRACION FINANCIERA
Secundaria ☐	
Técnica ☐	
Tecnología ☒	
Universitaria ☐	
Postgrado ☐	
HABILIDADES: 25%	1. Organización y Desarrollo de Funciones 2. Gestión de Recursos 3. Compromiso Institucional 4. Innovación 5. Trabajo en Equipo 6. Relaciones interpersonales 7. Toma de decisiones 8. Liderazgo 9. Personales
EXPERIENCIA.30%	MINIMO 1 AÑO DE EXPERIENCIA EN MANEJO DE FINANZAS Y MANEJO DE SOFTWARE CONTABLE

DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES

RESPONSABILIDADES PRINCIPALES.

1. Preparar los registros contables.
2. Presentar mensualmente el balance y el estado de pérdidas y ganancias con sus respectivos anexos,
3. Verificar y preparar la facturación periódicamente
4. Realizar el cobro de la cartera y el respectivo descargue de los pagos recibidos.
5. Mantener registro y archivos completos, fáciles de consultar, de toda aquella información que pueda ser útil en el futuro.
6. Preparar diariamente flujos de caja
7. Realizar el cuadro de pagos a proveedores
8. Preparar la documentación requerida para la contratación con las diferentes entidades
9. Preparar mensualmente la Retención en la Fuente
10. Preparar anualmente documentos de la Declaración de Renta y el impuesto de Industria y Comercio
11. Procesar y realizar el pago de la nomina
12. Procesar y realizar el pago de aportes parafiscales
13. Manejo y control del archivo
14. Realización y control de los registros de servicios (RITS Y RADTS)
15. Y demás funciones propias del cargo o asignadas por su jefe inmediato.

PROCESOS O PROCEDIMIENTOS A SU CARGO:

Gestión financiera: Registro, control y contabilización de todos los movimientos de costos, ingresos y gastos realizados por la empresa.

ATRIBUCIONES O AUTORIDADES

NINGUNA

RESPONSABILIDAD EN MANEJO DE RECURSOS E INFORMACION

POR DINEROS:

TODOS

POR EQUIPOS, HERRAMIENTOS, MATERIALES E INSUMOS:

MATERIALES EQUIPOS E INSUMOS

POR INFORMACION CONFIDENCIAL:

TODAS

POR CONTACTOS:

INTERNOS:

CONDUCTORES Y
AUXILIARES DE
ENFERMERIA

EXTERNOS:

EPS
CLIENTES
PROVEEDORES

DOCUMENTO
ADOPTADO

CONDUCTORES	
JEFE INMEDIATO	COORDINADOR OPERATIVO
PROCESO	Servicio de ambulancia terrestre
CARGOS SUPERVISADOS	Ninguno
OBJETIVO GENERAL	Velar por el traslado seguro, el cumplimiento de los tiempos del servicio, y por el cuidado de los vehículos.
NUMERO DE CARGOS IGUALES	4

PERFIL Y REQUERIMIENTOS DEL CARGO	
EDUCACIÓN: 25% Secundaria ☒ X Técnica ☐ Tecnología ☐ Universitaria ☐ Postgrado ☐	FORMACIÓN: 20% - CURSO EN PRIMEROS AUXILIOS - CURSO DE MANEJO DE VEHICULOS DE EMERGENCIA O COMPROMISO DE REALIZACION DE CURSO.
HABILIDADES: 25%	- Organización y Desarrollo de Funciones - Gestión de Recursos - Compromiso Institucional - Innovación - Trabajo en Equipo - Relaciones interpersonales - Toma de decisiones - Liderazgo - Personales

EXPERIENCIA:30%	MÍNIMO 6 MESES EXPERIENCIA EN MANEJO DE CAMIONETAS, CAMIONES O VANS. PREFERIBLEMENTE EXPERIENCIA EN MANEJO DE AMBULANCIAS. MÍNIMO 1 AÑO DE EXPERIENCIA EN MANEJO EN CARRETERA
OTROS REQUISITOS	• Conocimiento en manejo defensivo • Conocimiento básico del código de Transito Nacional • Conocimientos básicos en seguridad vial

DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES

RESPONSABILIDADES PRINCIPALES.

1. Cumplir a cabalidad con las responsabilidades asignadas para su cargo.
2. Desarrollar su jornada de trabajo completa de acuerdo a la programación de turnos planificada
3. Aplicar a su trabajo los principios corporativos que caracterizan la empresa dando ante el usuario siempre una imagen de buen servicio.
4. Ser responsable con el cuidado, mantenimiento y buen uso de los equipos, insumos y medicamentos, materiales, vehículos y demás, puestos a su disposición para el empleo de su labor.
5. Tener presente que la prioridad en nuestro servicio es la salud y cuidado eficaz del paciente.
6. Mantener una relación de armonía y respeto con su equipo de trabajo y demás personas que intervienen en el desarrollo de su trabajo.
7. Seguir con responsabilidad las indicaciones asignadas mediante la coordinación operativa.
8. Verificar el estado total del vehículo (funcionamiento y aseo externo e interno).
9. Solicitar información de los servicios a realizar durante la jornada.
10. Al realizar un servicio procurar tomar las rutas más cortas y descongestionadas para trasladar al paciente con prontitud eficiencia y seguridad.
11. Verificar el estado de equipos
12. Prestar atención a las indicaciones de la central sobre la urgencia del servicio a realizar.
13. Colaboración entre los tripulantes para que el traslado sea lo más eficaz posible
14. Verificar que los datos del RADTS estén completos y en orden
15. Después de salidas o viajes tomar copias de los peajes y entregarlos después de cada salida o viaje. Reportar número del consecutivo, nombre del paciente, fecha, móvil y código de la persona de la realización del traslado. Así mismo, junto con los recibos de los tanqueos y las cuentas pertinentes de viáticos.

**DOCUMENTO
CONTROLADO**

PROCESOS O PROCEDIMIENTOS A SU CARGO:

Prestación de servicios

Inventario, cuidado y revisión de equipos médicos y de infraestructura.

ATRIBUCIONES O AUTORIDADES

NINGUNA

RESPONSABILIDAD EN MANEJO DE RECURSOS E INFORMACION

POR DINEROS:

Dineros para gastos del vehículo y gastos adicionales durante los viajes y traslados.

POR EQUIPOS, HERRAMIENTAS, MATERIALES E INSUMOS:

Equipos médicos que se encuentran en la móvil y vehículos.

POR INFORMACION CONFIDENCIAL:

**Manejo de los formatos RADT
Información de los pacientes**

POR CONTACTOS:

INTERNOS:

**AUXILIARES DE
ENFERMERIA**

EXTERNOS:

**CLIENTES
USUARIOS**

Y

DOCUMENTO
VALIDADO

AUXILIAR DE ENFERMERIA	
JEFE INMEDIATO	COORDINADOR OPERATIVO
PROCESO	Procesos misionales, prestación de servicios y de gestión de enfermería.
CARGOS SUPERVISADOS	NINGUNO
OBJETIVO GENERAL	Brindar asistencia médica y cuidados básicos al paciente durante el traslado
NUMERO DE CARGOS IGUALES	4
PERFIL Y REQUERIMIENTOS DEL CARGO	
EDUCACIÓN: 25% Secundaria ☐ Técnica ☒ Tecnología ☐ Universitaria ☐ Postgrado ☐	FORMACIÓN: 20% • TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA • CURSO DE PRIMEROS AUXILIOS • CURSO SOPORTE VITAL BÁSICO SVB • FARMACOLOGIA BASICA, ADMINISTRACION Y PREPARACION DE MEDICAMENTOS.
HABILIDADES: 25%	1. Organización y Desarrollo de Funciones 2. Gestión de Recursos 3. Compromiso Institucional 4. Innovación 5. Trabajo en Equipo 6. Relaciones interpersonales 7. Toma de decisiones 8. Liderazgo 9. Personales
EXPERIENCIA: 30%	EXPERIENCIA EN URGENCIAS MÍNIMO 3 MESES EXPERIENCIA GENERAL MÍNIMO 6 MESES MINIMO 3 MESES EN MANEJO DE BASICO DE UCI
DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES	

RESPONSABILIDADES PRINCIPALES.

1. Cumplir a cabalidad con las responsabilidades asignadas para su cargo.
2. Desarrollar su jornada de trabajo completa de acuerdo a la programación de turnos planificada
3. Aplicar a su trabajo los principios corporativos que caracterizan la empresa dando ante el usuario siempre una imagen de buen servicio.
4. Ser responsable con el cuidado, mantenimiento y buen uso de los equipos, insumos y medicamentos, materiales, vehículos y demás, puestos a su disposición para el empleo de su labor.
5. Tener presente que la prioridad en nuestro servicio es la salud y cuidado eficaz del paciente.
6. Mantener una relación de armonía y respeto con su equipo de trabajo y demás personas que intervienen en el desarrollo de su trabajo.
7. Seguir con responsabilidad las indicaciones asignadas mediante la coordinación operativa Asistencia y acompañamiento a los pacientes durante los servicios médicos
8. Velar por el cumplimiento y calidad de los procesos bajo su cargo
9. Aplicar los protocolos establecidos por la institución para la prestación de servicios
10. Realizar Inventario general de insumos para equipar ambulancias según la norma técnica.
11. Verificar en las ambulancias elementos médicos o aquellos equipos que hubieren tenido contacto con el paciente para ser desinfectados o Esterilizados.
12. Realizar Limpieza general de unidad según programación establecida.
13. Realizar Auditoria de gastos de medicamentos de control, con la orden médica específica.
14. Verificar y realizar reportes de equipos en detrimento
15. Supervisar el inventario diario de la unidad hecho por los conductores.
16. Llevar el libro del reporte de novedades que presenta la ambulancia.
17. Mantener un stand de los insumos mínimos (solicitados)
18. Realizar Auditoria diaria de los registros de atención durante el traslado RADT antes de ser entregados en oficinas (Durante los traslados medicalizados diligenciar la cara A del RADT)
19. Llevar Registro del mantenimiento, correctivo y preventivo de todos los equipos médicos.
20. Realizar inventario de equipos y oxígeno al recibir la unidad y reportar anomalías
21. Participar en investigación, determinación y unificación de mejores métodos y procedimientos de control y efectividad en el trabajo
22. Realizar demás funciones asignadas por su jefe inmediato.

**DOCUMENTO
CONTROLADO**

PROCESOS O PROCEDIMIENTOS A SU CARGO:

- Prestación de servicios
- Inventario, cuidado y revisión de equipos médicos y de infraestructura.

ATRIBUCIONES O AUTORIDADES

- manejo y custodia de los RADTS
- responsabilidad sobre el cuidado del paciente y de la información médica de éste.

RESPONSABILIDAD EN MANEJO DE RECURSOS E INFORMACION

POR DINEROS:

El dinero recibido por los auxiliares debe ser llevado a la caja menor de la empresa, y para su utilización deben tener autorización previa de gerencia.

POR EQUIPOS, HERRAMIENTOS, MATERIALES E INSUMOS:

Equipos médicos y Fármacos que se encuentran en las ambulancias y el almacén

POR INFORMACION CONFIDENCIAL:

Manejo de los formatos RADT
Información de los pacientes
Custodia del diagnostico de los pacientes

POR CONTACTOS:

**INTERNOS:
CONDUCTORES**

**EXTERNOS:
REPRESENTATES
ASISTENCIALES DE
LAS EPS Y
PACIENTES
PARTICULARES**

**DOCUMENTO
CONTROLADO**

Anexo G. Manual del trabajador.

DOCUMENTO
CONTROLADO

MANUAL DEL TRABAJADOR

CONTROL DE APROBACIÓN

Elaboró	Aprobó
Cargo: Responsable de calidad	Cargo: Gerente

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Descripción del cambio realizado	Fecha de aprobación
00	Creación del documento	01/09/2011

TABLA DE CONTENIDO

DOCUMENTO
CONTROLADO

1. OBJETIVO	200
2. ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	200
3. ALCANCE DEL MANUAL	200
4. RESPONSABLE:	200
5. DEFINICIONES	200
6. CONTENIDO ESPECIFICO	202
QUIENES SOMOS	202
MISIÓN	203
VISIÓN	204
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	204
PRINCIPIOS CORPORATIVOS	204
OBJETIVOS CORPORATIVOS	205
POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD	206
DERECHOS DE NUESTRO PACIENTES	207
DERECHOS Y DEBERES DEL TRABAJADOR	207
PERFIL DEL TRABAJADOR	208
PRINCIPIOS BASICOS DE ATENCION AL USUARIO	209
RESPONSABILIDADES BASICAS DE LA TRIPULACION DE LA AMBULANCIA	210
PRESENTACION CORPORATIVA	215

OBJETIVO

El manual del trabajador es una herramienta que permite clarificar las actividades y responsabilidades de los trabajadores de GRUPO EMERGER IPS SAS, además de mostrar las directrices básicas de la organización para facilitar su divulgación y aumentar el sentido de pertenencia de los empleados.

ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

El Sistema de Gestión de Calidad aplica para: para el servicio de consulta médica domiciliaria y servicio de ambulancia médica especializada tanto aérea como terrestre, en las modalidades de servicio asistencial básico, servicio medicalizado y servicio neonatal.

ALCANCE DEL MANUAL

Este manual aplica a toda la organización

RESPONSABLE:

Trabajadores de GRUPO EMERGER IPS SAS

DEFINICIONES

Alta dirección: persona o grupo de personas que dirigen y controlan al mas alto nivel una organización.

Aseguramiento de la calidad: conjunto de acciones planificadas y sistemáticas, implementadas en el Sistema de Calidad, que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un producto satisfará los requisitos dados sobre la calidad.

Auditoria: proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoria y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de la auditoria.

Calidad: grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos. // Conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confieren si aptitud para satisfacer del cliente.

Capacidad: aptitud de una organización, sistema o proceso para realizar un proceso que cumple los requisitos para ese producto.

Cliente: organización o persona que recibe un producto.

Conformidad: cumplimiento de un requisito.

Control de la Calidad: parte de la gestión de la calidad orientada a la satisfacción de los requisitos de la calidad.

Eficacia: extensión en la se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

Eficiencia: relación entre los resultados alcanzados y los resultados utilizados.

Mapa de Procesos: clasificación de los procesos de una organización en categorías predeterminadas. Normalmente estas categorías son tres: procesos estratégicos, procesos fundamentales y procesos de soporte.

Mejora Continua: la Mejora continua es un proceso estructurado para reducir los defectos en productos, servicios o procesos, utilizándose también para mejorar los resultados que no se consideran deficientes pero que, sin embargo, ofrecen una oportunidad de mejora. // Concepto que expresa la búsqueda permanente de las causas de los problemas para lograr una mejora continuada e incremental no sólo en los sistemas de producción y servicio, sino también en todas las otras actividades de la empresa.

Mejora de la Calidad: parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad..

Objetivo de Calidad: formulación de lo que pretende lograrse en el campo de la calidad. Estos objetivos deben ser formulados de una forma sencilla (para facilitar su comprensión), deben ser además realistas (que sea posible alcanzarlos), atractivos (para que sean una fuente de motivación), medibles (para que cada persona pueda comprobar en todo momento cómo lo está haciendo) y deben fijarse unos plazos para su cumplimiento.

Organización: conjunto de personas e instalaciones con una disposición de responsabilidades, auditorías y relaciones.

Planificación de la Calidad: parte de la gestión de la calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad y a la especificación de los procesos operativos necesarios y de sus recursos relacionados s para cumplir con los objetivos de calidad.

Política de la Calidad: directrices y objetivos generales de una organización relativos a la calidad. Es una parte de la política de la empresa, por lo que debe estar basada en esta última.

Satisfacción del Cliente: percepción del cliente sobre el grado de en que se han cumplido sus requisitos. // Estado en el que una organización cumple y/o excede las expectativas y necesidades de sus clientes.

Sistema de Calidad: conjunto de la estructura, responsabilidades, actividades, recursos y procedimientos de la organización de una empresa, que ésta establece para llevar a cabo la gestión de su calidad. //Un Sistema de Calidad se centra en garantizar que lo que ofrece una organización cumple con las especificaciones establecidas previamente por la empresa y el cliente, asegurando una calidad continua a lo largo del tiempo.

Sistema de Gestión de la Calidad (S.G.C): sistema de Gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

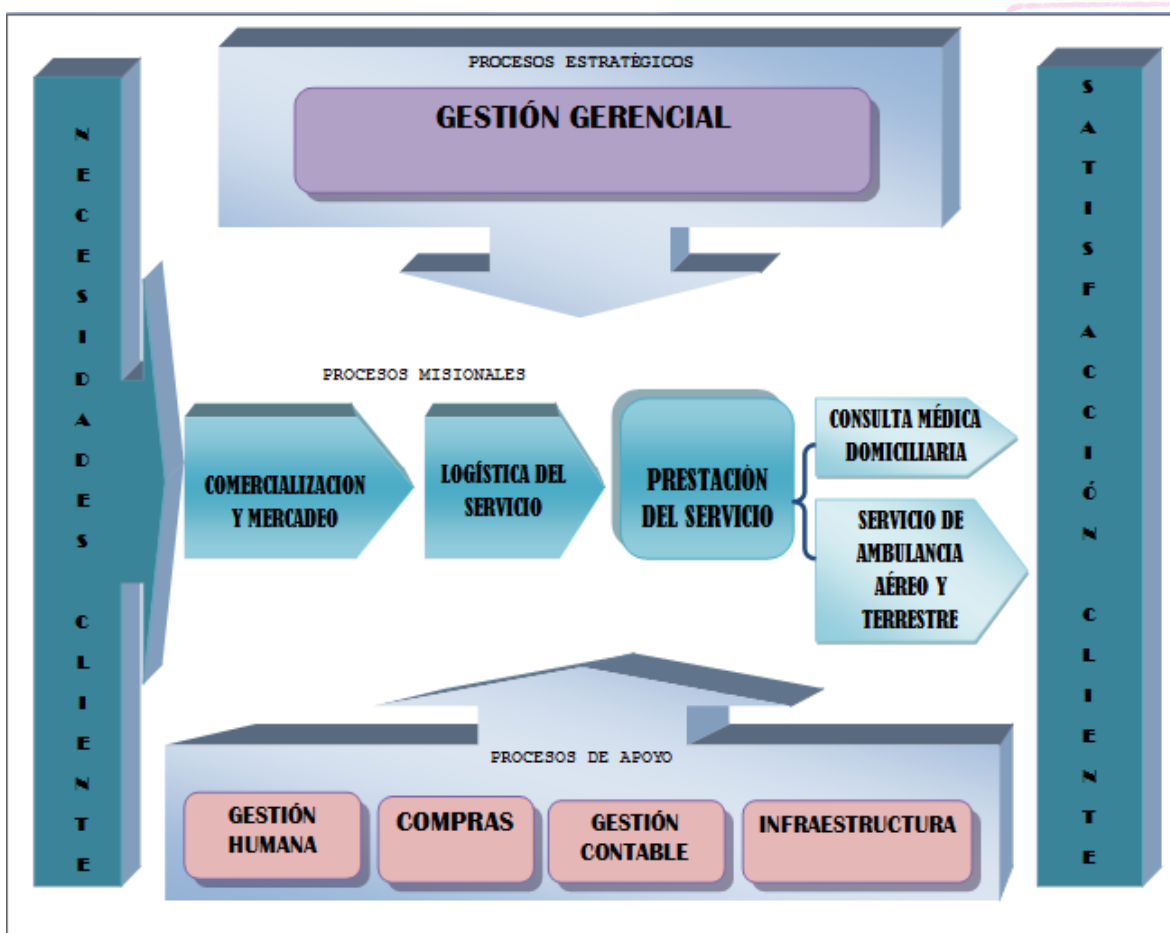
CONTENIDO ESPECIFICO

QUIENES SOMOS

GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS es una compañía Colombiana de ambulancias aérea y terrestre confiable y con valiosa experiencia que opera en Bucaramanga y el resto del País. Somos orgullosos proveedores de casi todas las principales entidades promotoras de salud gracias a que ofrecemos un servicio de asistencia médica experto, seguro y rápido.

Cumplir con las necesidades de un **paciente de ambulancia aérea y terrestre** requiere de cuidadosa planeación y atención minuciosa a cada detalle que garantice soporte Básico de Vida, Soporte Avanzado de Vida o de Cuidados Críticos con estándares de calidad superiores, que hoy certifican la confianza que recibimos de las empresas y particulares que nos contactan.

Ilustración 1. MAPA DE PROCESOS



MISIÓN

GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS es una compañía especializada el transporte de pacientes de cuidado crítico y en asistencia médica domiciliaria integral , que contribuye de manera abnegada al mejoramiento de la atención en salud de sus usuarios; fundamentándose en los principios éticos, morales y profesionales de prevención de la enfermedad y promoción de una salud integral; basados en calidad, eficiencia y eficacia; y desarrollando procesos técnicos- científicos estratégicos, que nos permitan ser una empresa sobresaliente, de preferencia y de gran apoyo a las diferentes instituciones prestadoras de salud.

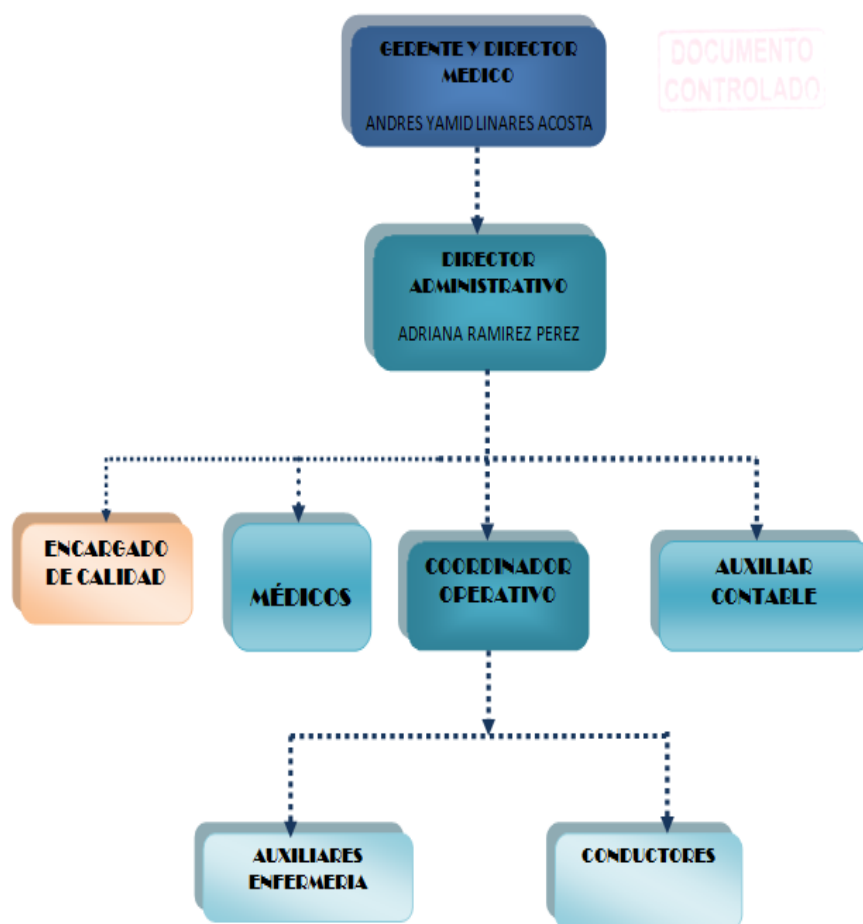
VISIÓN

DOCUMENTO
CONTROLADO

GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS será una empresa reconocida, a nivel nacional, como institución líder en la prestación de servicios de salud especializados y dirigidos por profesionales de alta calificación e infraestructura de avanzada tecnología.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Ilustración 1: estructura organizacional



PRINCIPIOS CORPORATIVOS

- **RESPETO A LA DIGNIDAD HUMANA:** garantizando, hasta donde esté al alcance, los derechos universales e irrenunciables de la persona y la comunidad para mejorar la calidad de vida y el desarrollo individual y social de la dignidad, que debe reconocerse a todo ser humano.
- **UNIVERSALIDAD:** atendiendo a todos las personas que soliciten nuestro servicio sin ninguna discriminación y en todas las etapas de la vida, de conformidad con las disposiciones legales que organizan la atención en el país y los recursos disponibles.
- **INTEGRIDAD:** brindando atención continua y oportuna a las familias y a las personas, en su contexto social, con servicios de óptima calidad, humana, científica y técnica en el marco de servicios que constituyen nuestro portafolio.
- **EFICIENCIA:** buscando la mejor aplicación del talento humano y de los recursos administrativos, tecnológicos y financieros, disponibles, con criterio de rentabilidad social y económica.
- **EFICACIA:** garantizando la solución de aquellos problemas de salud de población usuaria que correspondan a sus necesidades y expectativas, y que estén bajo nuestra responsabilidad.
- **SOLIDARIAD:** ampliando la cobertura con servicios de salud, a las personas de nuestra área de influencia con mayores limitaciones de acceso, siempre y cuando las condiciones lo permitan.
- **CALIDAD:** buscando mejorar permanentemente nuestros patrones de calidad predefinidos para caracterizar la gestión y los servicios.
- **EQUIDAD:** atendiendo a las personas y grupos de población expuestos a mayores riesgos para su salud, con el fin de brindarles aquella protección especial que esté a nuestro alcance.

OBJETIVOS CORPORATIVOS

- Producir servicios de salud integrales, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con los reglamentos que se expiden para tal propósito.
- Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa, de acuerdo a su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer.

- Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa.
- Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.
- Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento
- Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley.
- Mantener una estructura organizacional sólida y un grupo de trabajo fortalecido en el buen servicio y la satisfacción con las condiciones que le brinde la empresa

DOCUMENTO
CONTROLADO

POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD

- **Política de Calidad**

"GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS ofrece transporte y asistencia médica, de manera segura, oportuna, equitativa; contando con un equipo técnico y humano idóneo que busca la satisfacción de los clientes y el bienestar de los usuarios. Poseemos un compromiso con la calidad y el mejoramiento continuo institucional en asistencia médica y salud comunitaria, cumpliendo y superando las expectativas de nuestros clientes y de todas las personas que participan en el proceso de atención mediante la prestación de servicios con valor, eficacia y eficiencia; buscando siempre la excelencia."

- **Objetivos de calidad**

- Ofrecer servicios de calidad contando con el apoyo de un equipo humano capacitado y la infraestructura adecuada.
- Satisfacer las necesidades de los clientes garantizando de esta manera la satisfacción de las necesidades de los usuarios.
- Mejorar permanentemente los procesos para asegurar la efectividad de la organización.

- Ofrecer transporte y asistencia médica, de manera segura, oportuna, equitativa

DOCUMENTO
CONTROLADO

DERECHOS DE NUESTRO PACIENTES

1. Derecho a recibir una atención adecuada a sus necesidades y condiciones de salud.
2. Derecho a ser trasladado en óptimas condiciones de limpieza, orden y calidad.
3. Derecho a una comunicación plena y clara con el médico, de acuerdo a su condición.
4. Derecho a recibir trato digno, respetuoso y cordial.
5. Derecho a que todos los registros e informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y sólo con autorización puedan ser conocidos.
6. Derecho a que le ofrezcan durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible.
7. Derecho a morir con dignidad.

DERECHOS Y DEBERES DEL TRABAJADOR

DERECHOS

1. Derecho a recibir la remuneración a su trabajo cumpliendo con las especificaciones establecidas en su proceso de vinculación a la empresa.
2. Derecho a ser tratado con respeto y reconocimiento a su buena labor.
3. Derecho a considerársele como una persona humana con necesidades y situaciones personales.
4. Derecho a ser llamado para darle a conocer sus debilidades y fortalezas laborales y brindarle la oportunidad de mejorar su desempeño.
5. Derecho a tener espacios de descanso, recreación e integración que fortalezcan su estado integral.

DEBERES

1. Cumplir a cabalidad con las responsabilidades asignadas para su cargo.
2. Desarrollar su jornada de trabajo completa de acuerdo a la programación de turnos planificada
3. Aplicar a su trabajo los principios corporativos que caracterizan la empresa dando ante el usuario siempre una imagen de buen servicio.
4. Ser responsable con el cuidado, mantenimiento y buen uso de los equipos, insumos y medicamentos, materiales, vehículos y demás, puestos a su disposición para el empleo de su labor.
5. Tener presente que la prioridad en nuestro servicio es la salud y cuidado eficaz del paciente.
6. Mantener una relación de armonía y respeto con su equipo de trabajo y demás personas que intervienen en el desarrollo de su trabajo.
8. Seguir con responsabilidad las indicaciones asignadas mediante la coordinación operativa.

PERFIL DEL TRABAJADOR

Un funcionario de GRUPO EMERGER IPS SAS es:

1. Una persona interesada en aprender de las situaciones que se viven y que ponen en prueba el saber de cada quien. Alguien que desde la pregunta al más experto, se instruya y mejore su desempeño diario.
2. Alguien que comprenda que el servicio en la salud es una labor social y humana en donde el bienestar del usuario, la comprensión de su estado, de lo que eso genera y el cuidado de su vida es el principal objetivo.
3. Un servidor que se distinga por dirigirse a sus clientes con una cara amable que no se puede olvidar por el afán y el cansancio y que no puede separarse de una atención cordial y respetuosa que maneje un lenguaje serio y adecuado.
4. Un ser que más que comprometido con una empresa, comprenda que está allí por una oportunidad de Dios, quien espera que se le corresponda con un trabajo honesto, hecho con dedicación y esfuerzo y siempre reconociendo que aquí estamos para ser su extensión en la ayuda de quien lo necesita.

5. Una persona que resalta por su imagen de limpieza, elegancia, organización y educación.
6. Un funcionario de GRUPO EMERGER IPS SAS trabaja en equipo, promoviendo un ambiente agradable de trabajo alejado de actitudes que fomenten climas desagradables.
7. Quien hace parte de nuestro grupo de trabajo, vela por el cuidado de la infraestructura y calidad humana de la empresa, pues sabe que de cada uno de nosotros depende que GRUPO EMERGER IPS SAS guarde una imagen agradable ante el cliente y que por ello continúe desarrollándose óptimamente en el mercado para que al lado de ella, todos seamos beneficiados con más y mejores oportunidades.
8. Un funcionario de GRUPO EMERGER IPS SAS no trabaja, sirve a la comunidad y por ello es bendecido por Dios.

PRINCIPIOS BASICOS DE ATENCION AL USUARIO

1. Ningún paciente debe salir sin antes agilizar su orden de traslado de ambulancia, autorización de procedimiento, identificación.
2. Escuchar y brindar solución a sus sugerencias tramitándolas a través de el formato de encuesta a usuarios GE-F-07 y el formato para quejas reclamos y sugerencias GE-F-48
3. Orientar al familiar en el proceso de admisión del paciente.
4. Informar al familiar que solo una persona puede acompañar al paciente explicándole que por comodidad en la ambulancia y los riesgos que se corren.
5. Verificar que el paciente salga del lugar bien cubierto respetándole la intimidad.
6. No abandonar al paciente en la institución hasta que sea recibido por alguien del cuerpo médico.
7. No exponer al paciente a situaciones que vayan en contra de su tranquilidad de su capacidad física y sus condiciones de salud.
8. Manejar una actitud prudente sobre las patologías o muerte del paciente.

DOCUMENTO
CONTROLADO

RESPONSABILIDADES BASICAS DE LA TRIPULACION DE LA AMBULANCIA

OBJETIVO:

- Mejorar irregularidades y anomalías que se venían presentando con el grupo de trabajo
- brindar un mejor servicio y atención al paciente
- obtener un mejor conocimiento del entorno de trabajo

AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Inventarios:

Realizar Inventario general de insumos para equipar ambulancias según la norma técnica.

- Equipos
- Insumos médicos (material estéril para procedimientos de enfermería y medico quirúrgicos).
- Insumos de la móvil (kid de carreteras, herramienta, camilla con sábanas, cobijas, atril).
- Insumos de aseo (escoba, jabón, trapero, hipoclorito, bolsas para los desechos)
- Insumos de medicamentos (Revisar Fechas de vencimiento de medicamentos) Aquellos con una fecha próxima a vencer de 6 meses deben ser entregados a la coordinación médica.
- Inventario ambulancia TAM: es importante que todos los elementos usados se encuentren en óptimas condiciones para su utilización y que el inventario se encuentre completo y actualizado en: medicamentos, equipos, insumos, cargas de batería, cargas de oxígeno, balas de oxigeno funcionamiento de manómetros y fugas

Esterilización y limpieza de equipos e insumos.

- Verificar en las ambulancias elementos médicos o aquellos equipos que hubieren tenido contacto con el paciente para ser desinfectados o Esterilizados.

- Llevar Cuaderno de registro de esterilización.

DOCUMENTO
CONTROLADO

Limpieza general de la móvil

- Realizar en turnos de cada 24 horas Limpieza general de unidad.
- Cuando se realice el cambio de sabanas, ubicarlas en una bolsa roja para luego llevarlas a la base de GRUPO EMERGER para su posterior esterilización.

Responsabilidades del personal de enfermería

- Auditoria de gastos de medicamentos de control, con la orden médica específica.
- Verificar y realizar reportes de equipos en detrimento
- Supervisar el inventario diario de la unidad hecho por los conductores.
- Llevar el libro del reporte de novedades que presenta la ambulancia.
- Mantener un stand de los insumos mínimos (solicitados)
- Auditoria diaria de los registros de atención durante el traslado RADT antes de ser entregados en oficinas (Durante los traslados medicalizado diligenciar la cara A del RADT)
- Registro del mantenimiento, correctivo y preventivo de todos los equipos médicos.
 - Realizar inventario de equipos y oxígeno al recibir la unidad y reportar anomalías.

Labores de enfermería durante un traslado

- Al realizar un traslado de paciente básico, verificar que los líquidos endovenosos que tenga el paciente vayan en su respectivo atril.
- Proteger la integridad del paciente cubriéndolo de pies a axilas con la cobija durante cada traslado.
- luego de haber utilizado el material no invasivo con el paciente, ubicar en una bolsa roja los desechos o elementos y marcar con fecha y el elemento que esta para luego desinfectar, lavar y esterilizar
- toma de signos vitales antes de realizar traslado del paciente.

- Mantener soportes con el paciente en el traslado(vía aérea, vía circulatoria)
- Mantener monitoria de signos vitales durante el traslado de paciente.
- Mantener posición de traslado del paciente.

DOCUMENTO
CONTROLADO

CONDUCTORES

1. VERIFICACION DEL ESTADO TOTAL DEL VEHICULO (funcionamiento y aseo externo e interno).

- **Revisión de estado exterior del vehículo** (pintura, luces, llantas)
- **Revisión del estado de la cabina** (estado de aseo general, tacómetro, silletería, cojinería, espejos retrovisores internos y externos)
- **Revisión mecánica de primer nivel** (refrigerante para el radiador ,agua para la batería y mantenimiento cada 30 días, aceite OIL TECH para diez mil km, pastillas, aire en las llantas a 35 lbs, liquido hidráulico de dirección, líquidos de frenos BOSCH.)
- **Revisión de documentos del vehículo** (carta de propiedad, SOAT, revisión técnico mecánica) que se encuentren vigentes a la fecha.
- **Funcionalidad de la carrocería**
 - ❖ Estado general de la camioneta (puertas, chapas, bisagras, rieles, alarma, bloqueo, vidrios y cerraduras)
 - ❖ Inventario equipo de carretera y herramientas
 - ❖ Sistema interno de luces
- **Revisión de camilla y anclaje** (ajuste de llantas y estructura general, aseo y esterilización, almohada, tendidos de cama y mesa de equipos.)
- **Revisión de equipos:** (comando de luces, sirenas, alarmas, radio)
- **Verificación de combustible:** (que el tanque de combustible este lleno o con una cantidad moderada de este) mínimo 40% del tanque en la noche.
- **Pruebas técnicas de cada uno de los elementos de la ambulancia para verificar su correcta funcionalidad.**
- **Estado general de la camioneta Después de salidas o viajes:** Sacar peajes, copias y entregarlos después de cada salida o viaje. Reportar número del consecutivo, nombre del paciente, fecha, móvil y código de la persona de la

realización del traslado. Así mismo, junto con los recibos de los tanqueos y las cuentas pertinentes de viáticos.

DOCUMENTO
CONTROLADO

- **Revisión del vehículo cuando esté en marcha:** Verificar ruidos normales y anormales del motor, caja, transmisión, suspensión etc. Informando cualquier anomalía al encargado directo de los vehículos

2. TRABAJO EN CONJUNTO CON EL AUXILIAR DE ENFERMERIA.

- **Solicitar información de los servicios a realizar durante la jornada.**
- **Al realizar un servicio procurar tomar las rutas más cortas y descongestionadas para trasladar al paciente con prontitud eficiencia y seguridad.**
- **Verificar el estado de equipos tales como:** (carga eléctrica de monitor, desfibrilador, bomba de infusión, perfusor)
- **Prestar atención a las indicaciones de la central sobre la urgencia del servicio a realizar.**
 - ❖ Tipo 580 (luces y sirenas encendidas y marcha rápida pero siempre con precaución)
 - ❖ Tipo 590 (solo luces y marcha rápida con precaución).
- **Colaboración entre los tripulantes para que el traslado sea lo más eficaz posible**
- **Verificar que los datos del RADTS estén completos y en orden**
- Pruebas técnicas de cada uno de los elementos de la ambulancia para verificar su correcta funcionalidad.
- Estado general de la camioneta (puertas, chapas, bisagras, rieles, alarma, bloqueo, vidrios y cerraduras)
- Después de salidas o viajes: Sacar peajes, copias y entregarlos después de cada salida o viaje. Reportar número del consecutivo, nombre del paciente, fecha, móvil y código de la persona de la realización del traslado. Así mismo, junto con los recibos de los tanqueos y las cuentas pertinentes de viáticos.

DOCUMENTO
CONTROLADO

3. COORDINADOR OPERATIVO

22. Cumplir a cabalidad con las responsabilidades asignadas para su cargo.
23. Desarrollar su jornada de trabajo completa de acuerdo a la programación de turnos planificada
24. Aplicar a su trabajo los principios corporativos que caracterizan la empresa dando ante el usuario siempre una imagen de buen servicio.
25. Ser responsable con el cuidado, mantenimiento y buen uso de los equipos, insumos y medicamentos, materiales, vehículos y demás, puestos a su disposición para el empleo de su labor.
26. Tomar los servicios requeridos por el cliente y llevar registro de esto mediante el formato asignado para esta labor
27. Coordinar y verificar tiempos, lugares y personal para cada traslado
28. Coordinar horarios de traslados
29. Confirmar y negar servicios según sea el caso
30. Realizar permanente control del estado de las móviles, los equipos e insumos
31. Manejo y control de los insumos en bodega
32. Suministrar los equipos e insumos necesarios a las móviles después de cada servicio
33. Contactar proveedores
34. Contactar servicios subcontratados (médicos y servicios de apoyo)
35. Llevar diariamente registro y bitácora de los servicios realizados
36. Verificar correcto uso, registro y manejo de los RADTS
37. Coordinar y controlar horarios de llegada y salida de personal operativo
38. Hacer RITS
39. Contactar al personal de la empresa a través de los diferentes medios de comunicación, con el fin de tener un adecuado manejo logístico
40. Dar información constante de la operatividad y el estado del inventario en bodega y de los equipos en general.
41. Hacer solicitud de compra de insumos cuando sea necesario.
42. Realizar las actividades asignadas por su jefe inmediato

4. AUXILIAR CONTABLE

- Preparar los registros contables.
- Presentar mensualmente el balance y el estado de pérdidas y ganancias con sus respectivos anexos,
- Verificar y preparar la facturación periódicamente
- Realizar el cobro de la cartera y el respectivo descargue de los pagos recibidos.
- Mantener registro y archivos completos, fáciles de consultar, de toda aquella información que pueda ser útil en el futuro.
- Preparar diariamente flujos de caja

- Realizar el cuadro de pagos a proveedores
- Preparar la documentación requerida para la contratación con las diferentes entidades
- Preparar mensualmente la Retención en la Fuente
- Preparar anualmente documentos de la Declaración de Renta y el impuesto de Industria y Comercio
- Procesar y realizar el pago de la nomina
- Procesar y realizar el pago de aportes parafiscales
- Manejo y control del archivo
- Realización y control de los registros de servicios (RITS Y RADTS)
- Y demás funciones propias del cargo o asignadas por su jefe inmediato.

DOCUMENTO
CONTROLADO

PRESENTACION CORPORATIVA

- **Uniformes y presentación personal:** el uniforme está constituido por una camisa blanca con sus respectivos logos de la empresa e insignias de servicios en salud, organizada dentro del pantalón, pantalón de paño totalmente negro, camisilla solo blanca sin estampados, zapatos negros de material, correctamente lustrados, medias negras, corte de pelo corto (hombres), cabello recogido (mujeres), accesorios muy sobrios, chaqueta blanca o negra y porte del uniforme con total limpieza y orden.
- **Diligenciamiento completo de los registros:** los RADT son el registro de presentación del tipo de servicio médico y paramédico hecho, por ello deben ser diligenciados en su totalidad con, datos completos del paciente como lo son (nombre, edad, sexo, numero de documento, fecha, dirección de domicilio, teléfono, EPS, ARS, ARP, SOAT, o particular, datos de facturación, soportes, recurso humano, origen del traslado así como destino, diagnósticos, signos vitales, observación, firma del tripulante, firma del familiar, firma y sello del profesional que entrega, firma y sello del profesional o institución receptora, cadena de custodia, horarios de prestación del servicio)
- **Camilla:** toda camilla debe ir constituida por su respectiva colchoneta con la ranura siempre a la cabeza, sabana que cubre la colchoneta por completo y que va sujeta a esta, sabana de movimiento (con el fin de trasladar el paciente de una camilla a otra con mayor facilidad), sobre sabana, cobija, atril (cuando no está en uso va debajo de la camilla con la punta hacia adentro, bala de oxígeno que va en la parte inferior de la camilla sujeta con sus respectivas correas

Nota: todo paciente debe ser trasladado con todos los elementos mencionados.

- **Aseo de los vehículos:** el aseo de los vehículos tanto interno como externo debe hacerse periódicamente. Se deben limpiar los compartimientos uno por uno así como los equipos.

DOCUMENTO
CONTROLADO

Anexo H. Manual de Calidad.

**DOCUMENTO
CONTROLADO**

MANUAL DE CALIDAD

CONTROL DE APROBACIÓN

Elaboró	Aprobó
Cargo: Responsable de calidad	Cargo: Gerente

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Descripción del cambio realizado	Fecha de aprobación
00	Creación del documento	09/10/2011

TABLA DE CONTENIDO

DOCUMENTO
CONTROLADO

1. OBJETIVO	221
2. ALCANCE	221
3. DEFINICIONES	221
4. RESPONSABLE:	225
5. CONTENIDO ESPECÍFICO	225
5.1. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA	225
5.2. DOCUMENTOS ESTRATÉGICOS	225
Misión	203
Visión	44
Estructura organizacional	204
Principios corporativos	204
Objetivos corporativos	45
5.3. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS	229
5.4. CLIENTE	230
5.5. DESCRIPCION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	230
5.5.1 Descripción de los procesos y su interacción	230
5.5.2 Responsabilidad de la dirección	233
5.5.3 Enfoque en el cliente	234
5.5.4 Política y objetivos de calidad	235
5.5.5 Revisión por la dirección	237
5.5.6 Comunicación Interna	237
5.5.7 Responsabilidad y Autoridad	238
5.5.8 Gestión De Recursos Humano	238
5.5.9 Infraestructura	238
5.5.10 Ambiente De Trabajo	239
5.5.11 Procesos De Prestación Del Servicio	240

5.5.12 Manejo De La Propiedad Del Cliente _____	240
5.5.13 Trazabilidad de la prestación del servicio. _____	241
5.5.14 Medición, Análisis Y Mejora _____	241
5.5.15 Seguimiento Y Medición De Los Procesos _____	241
5.5.16 Seguimiento Y Medición De Los Servicios _____	242
5.5.17 Servicio No Conforme _____	242
5.5.18 Análisis De Datos _____	242
5.5.19 Acciones Preventivas Y Correctivas _____	242
5.5.20 Documentados Del Sistema De Gestión De Calidad _____	243

DOCUMENTO
CONTROLADO

OBJETIVO

Describir el sistema de gestión de la calidad de GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS, Basado en la norma NTC ISO 9001:2008 y en los requisitos legales mínimos mencionados en la ley y establecidos en la resolución 1439 (manuales de estándares y procedimientos, condiciones técnico científicas de prestadores de servicios en salud. Ministerio de protección social anexo 1-30)

DOCUMENTO
CONTROLADO

ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

El Sistema de Gestión de Calidad aplica para: para el servicio de consulta médica domiciliaria .y servicio de ambulancia médica especializada tanto aérea como terrestre, en las modalidades de servicio asistencial básico, servicio medicalizado y servicio neonatal. El manual de calidad se aplica a todos los procesos de la empresa.

DEFINICIONES

Acción correctiva: acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

Acción preventiva: acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

Alta dirección: persona o grupo de personas que dirigen y controlan al mas alto nivel una organización.

Aseguramiento de la calidad: conjunto de acciones planificadas y sistemáticas, implementadas en el Sistema de Calidad, que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un producto satisfará los requisitos dados sobre la calidad.

Auditoria: proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoria y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de la auditoria.

Calidad: grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos. // Conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confieren si aptitud para satisfacer del cliente.

Capacidad: aptitud de una organización, sistema o proceso para realizar un procesos que cumple los requisitos para ese producto.

Cliente: organización o persona que recibe un producto.

Conformidad: cumplimiento de un requisito.

Control de la Calidad: parte de la gestión de la calidad orientada a la satisfacción de los requisitos de la calidad.

Diseño y Desarrollo: conjunto de procesos que transforma los requisitos en características específicas o en la especificación de un producto, proceso o sistema.

Documento: información y su medio de soporte.

Eficacia: extensión en la se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

Eficiencia: relación entre los resultados alcanzados y los resultados utilizados.

Equipo de Medición: instrumento de medición, software, patrón de medición, material de referencia o equipos auxiliares o combinación de ellos necesarios para llevar a cabo un proceso de medición.

Evidencia Objetiva: datos que respaldan la veracidad de algo.

Gestión de la Calidad: actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad.

Hallazgos de la Auditoria: resultado de la evaluación de la evidencia de la auditoria recopilada frente a los criterios de auditoría.

Indicador: medida de la actuación de una organización que se usa para evaluar la eficiencia, la eficacia y la calidad de una acción determinada.

Inspección: evaluación de la conformidad por medio de observación y dictamen, acompañada cuando sea apropiado por medición, ensayo/prueba o comparación con patrones.

Liberación: autorización para proseguir con la siguiente etapa de un proceso.

DOCUMENTO
CONTROLADO

Mapa de Procesos: clasificación de los procesos de una organización en categorías predeterminadas. Normalmente estas categorías son tres: procesos estratégicos, procesos fundamentales y procesos de soporte.

Manual de Calidad: especifica la política de calidad de la empresa y la organización necesaria para conseguir los objetivos de calidad de una forma similar en toda la empresa. En él se describen la política de calidad de la empresa, la estructura organizacional, la misión de todo elemento involucrado en el logro de la Calidad, etc.

Manual de Procedimientos: el Manual de Procedimientos sintetiza de forma clara, precisa y sin ambigüedades los Procedimientos Operativos, donde se refleja de modo detallado la forma de actuación y de responsabilidad de todo miembro de la organización dentro del marco del Sistema de Calidad de la empresa y dependiendo del grado de involucración en la consecución de la Calidad del producto final.

Mejora Continua: la Mejora continua es un proceso estructurado para reducir los defectos en productos, servicios o procesos, utilizándose también para mejorar los resultados que no se consideran deficientes pero que, sin embargo, ofrecen una oportunidad de mejora. // Concepto que expresa la búsqueda permanente de las causas de los problemas para lograr una mejora continuada e incremental no sólo en los sistemas de producción y servicio, sino también en todas las otras actividades de la empresa.

Mejora de la Calidad: parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad.

No Conformidad: incumplimiento de un requisito.

Objetivo de Calidad: formulación de lo que pretende lograrse en el campo de la calidad. Estos objetivos deben ser formulados de una forma sencilla (para facilitar su comprensión), deben ser además realistas (que sea posible alcanzarlos), atractivos (para que sean una fuente de motivación), medibles (para que cada persona pueda comprobar en todo momento cómo lo está haciendo) y deben fijarse unos plazos para su cumplimiento.

Organización: conjunto de personas e instalaciones con una disposición de responsabilidades, auditorías y relaciones.

Planificación de la Calidad: parte de la gestión de la calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad y a la especificación de los procesos operativos necesarios y de sus recursos relacionados para cumplir con los objetivos de calidad.

Política de la Calidad: directrices y objetivos generales de una organización relativos a la calidad. Es una parte de la política de la empresa, por lo que debe estar basada en esta última.

Proceso: conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados. // Un proceso es un conjunto de actividades organizadas para conseguir un fin, desde la producción de un objeto o prestación de un servicio hasta la realización de cualquier actividad interna.

Proceso de Medición: conjunto de operaciones que permiten determinar el valor de una magnitud.

Producto: resultado de un proceso.

Proveedor: organización o persona que proporciona un producto.

Requisito: necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

Satisfacción del Cliente: percepción del cliente sobre el grado de en que se han cumplido sus requisitos. // Estado en el que una organización cumple y/o excede las expectativas y necesidades de sus clientes.

Sistema: conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan.

Sistema de Calidad: conjunto de la estructura, responsabilidades, actividades, recursos y procedimientos de la organización de una empresa, que ésta establece para llevar a cabo la gestión de su calidad. //Un Sistema de Calidad se centra en garantizar que lo que ofrece una organización cumple con las especificaciones establecidas previamente por la empresa y el cliente, asegurando una calidad continua a lo largo del tiempo.

Sistema de Gestión de la Calidad (S.G.C): sistema de Gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

Trazabilidad: capacidad para seguir la historia, la aplicación o la localización de todo aquello que está bajo consideración. // La trazabilidad significa la capacidad para seguir (rastrear) la historia del producto.

DOCUMENTO
CONTROLADO

RESPONSABLE:

DIRECTOR ADMINISTRATIVO.

CONTENIDO ESPECÍFICO

DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA

- **OBJETO SOCIAL:** GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD I.P.S S.A.S
- **REPRESENTANTE LEGAL :** ANDRES YAMID LINARES ACOSTA
- **NIT DE LA EMPRESA:** 900386262-4
- **ACTIVIDAD COMERCIAL:** servicio de ambulancia médica especializada aérea y terrestre, y consulta médica domiciliaria.

DOCUMENTOS ESTRATÉGICOS

A partir de la participación y aportes de los miembros de la organización, se establecieron y definieron directrices de GRUPO EMERGER IPS SAS, evidenciando el compromiso que la empresa tiene para con sus clientes y partes interesadas

Misión

GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS es una compañía especializada el transporte de pacientes de cuidado crítico y en asistencia médica domiciliaria integral , que contribuye de manera abnegada al mejoramiento de la atención en salud de sus usuarios; fundamentándose en los principios éticos, morales y profesionales de prevención de la enfermedad y promoción de una salud integral; basados en calidad, eficiencia y eficacia; y desarrollando procesos técnicos- científicos estratégicos, que nos permitan ser una empresa sobresaliente, de preferencia y de gran apoyo a las diferentes instituciones prestadoras de salud.

DOCUMENTO
CONTROLADO

Visión

GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS será una empresa reconocida, a nivel nacional, como institución líder en la prestación de servicios de salud especializados y dirigidos por profesionales de alta calificación e infraestructura de avanzada tecnología.

Estructura organizacional

En la organización existe un nivel directivo en donde se concentra la planificación de GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS, en este nivel se encuentra el Gerente General. El segundo nivel es el de Coordinación en donde se encuentran a los coordinadores de las áreas funcionales y de actividades representativas de la empresa, los cuales aseguran el eficaz y eficiente avance de los procesos. Por último un nivel de apoyo o de auxiliares en donde participan todos aquellos colaboradores cuyo aporte operativo, ya sea administrativo o asistencial, constituye la base del desarrollo de las actividades cotidianas de la institución. Ilustración 1.

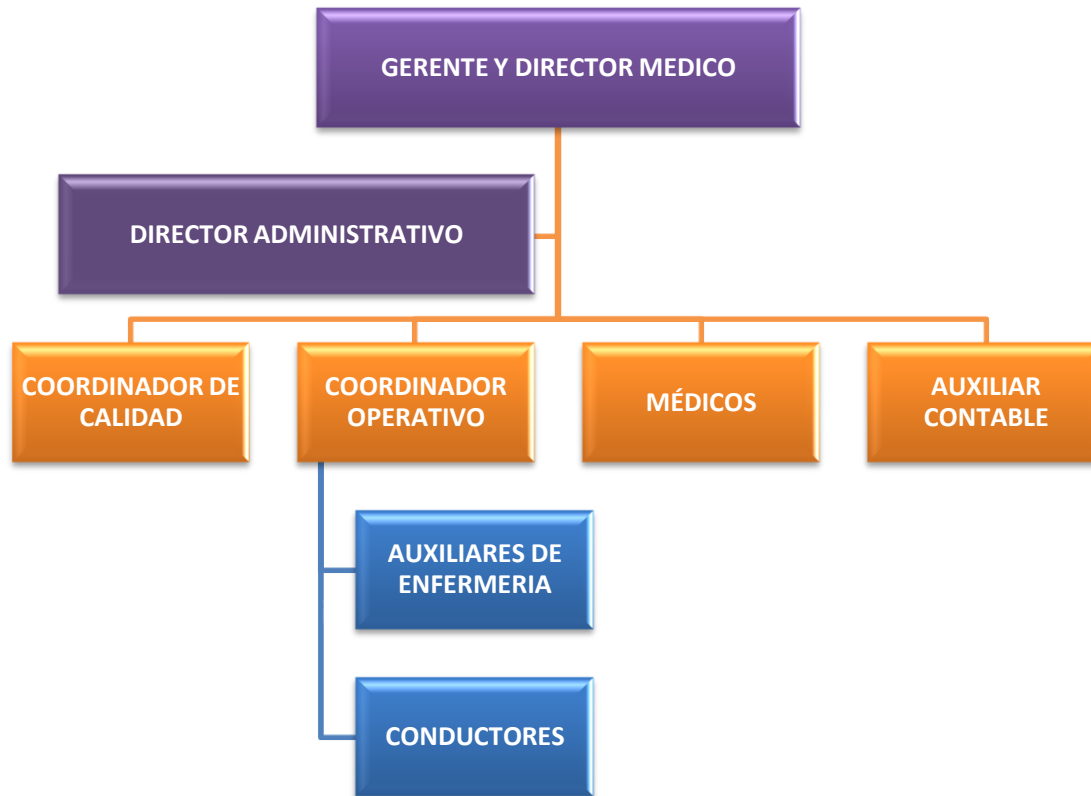
Para ejecutar las acciones exigidas por el proceso y actividad económica de la organización, la empresa cuenta con una distribución organizacional así:

Personal administrativo: Gerente y director médico, Gerente administrativo, auxiliar contable.

Personal operativo: Coordinador operativo, médicos, técnicos en urgencias (auxiliares de enfermería y conductores).

Ilustración 1: estructura organizacional

DOCUMENTO
CONTROLADO



Principios corporativos

- **RESPECTO A LA DIGNIDAD HUMANA:** garantizando, hasta donde esté al alcance, los derechos universales e irrenunciables de la persona y la comunidad para mejorar la calidad de vida y el desarrollo individual y social de la dignidad, que debe reconocerse a todo ser humano.
- **UNIVERSALIDAD:** atendiendo a todos las personas que soliciten nuestro servicio sin ninguna discriminación y en todas las etapas de la vida, de conformidad con las disposiciones legales que organizan la atención en el país y los recursos disponibles.

- **INTEGRIDAD:** brindando atención continua y oportuna a las familias y a las personas, en su contexto social, con servicios de óptima calidad, humana, científica y técnica en el marco de servicios que constituyen nuestro portafolio.
- **EFICIENCIA:** buscando la mejor aplicación del talento humano y de los recursos administrativos, tecnológicos y financieros, disponibles, con criterio de rentabilidad social y económica.
- **EFICACIA:** garantizando la solución de aquellos problemas de salud de población usuaria que correspondan a sus necesidades y expectativas, y que estén bajo nuestra responsabilidad.
- **SOLIDARIAD:** ampliando la cobertura con servicios de salud, a las personas de nuestra área de influencia con mayores limitaciones de acceso, siempre y cuando las condiciones lo permitan.
- **CALIDAD:** buscando mejorar permanentemente nuestros patrones de calidad predefinidos para caracterizar la gestión y los servicios.
- **EQUIDAD:** atendiendo a las personas y grupos de población expuestos a mayores riesgos para su salud, con el fin de brindarles aquella protección especial que esté a nuestro alcance.

Objetivos corporativos

- Producir servicios de salud integrales, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con los reglamentos que se expiden para tal propósito.
- Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa, de acuerdo a su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer.
- Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa.
- Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.

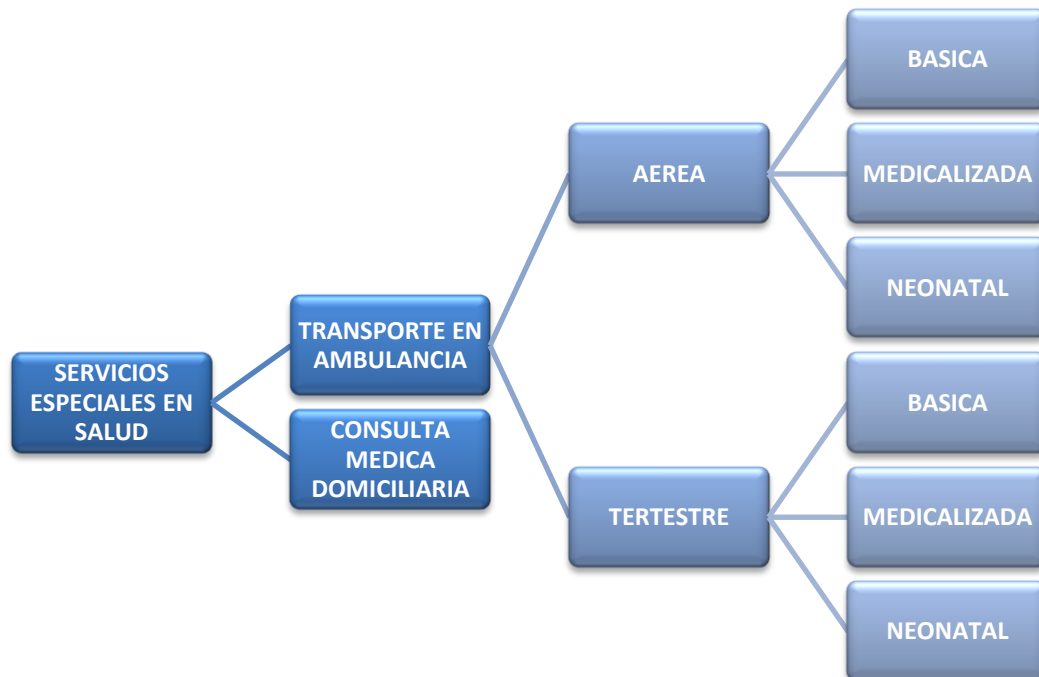
- Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento
- Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley.
- Mantener una estructura organizacional sólida y un grupo de trabajo fortalecido en el buen servicio y la satisfacción con las condiciones que le brinde la empresa.

DOCUMENTO
CONTROLADO

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS

GRUPO EMERGER IPS SAS, ofrece servicios especiales en salud en las modalidades de transporte especializado de pacientes y consulta médica domiciliaria, como se muestra en el siguiente recuadro.

Ilustración 2. Servicios ofrecidos



CLIENTE

El GRUPO EMERGER IPS SAS centra sus actividades en dos tipos específicos de clientes:

- los clientes, son todas aquellas personas u organizaciones que solicitan los servicios de la empresa (familiares del paciente, EPS, IPS, etc.)
- los usuarios del servicio a quienes la organización les brinda directamente la asistencia médica según sus necesidades o requerimientos. (paciente)

DOCUMENTO
CONTROLADO

DESCRIPCION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

5.5.1 Descripción de los procesos y su interacción

Para el desarrollo de las actividades de un sistema de gestión de calidad la Empresa debe ser descrita como un sistema compuesto por procesos que interactúan entre sí. Esta concepción facilita el control y la medición de la operación de la Empresa.

GRUPO EMERGER IPS SAS ha determinado ocho procesos, los cuales sustentan toda la operación de la Empresa. Para el establecimiento de estos se toma en cuenta inicialmente los procesos de la cadena de valor directamente.

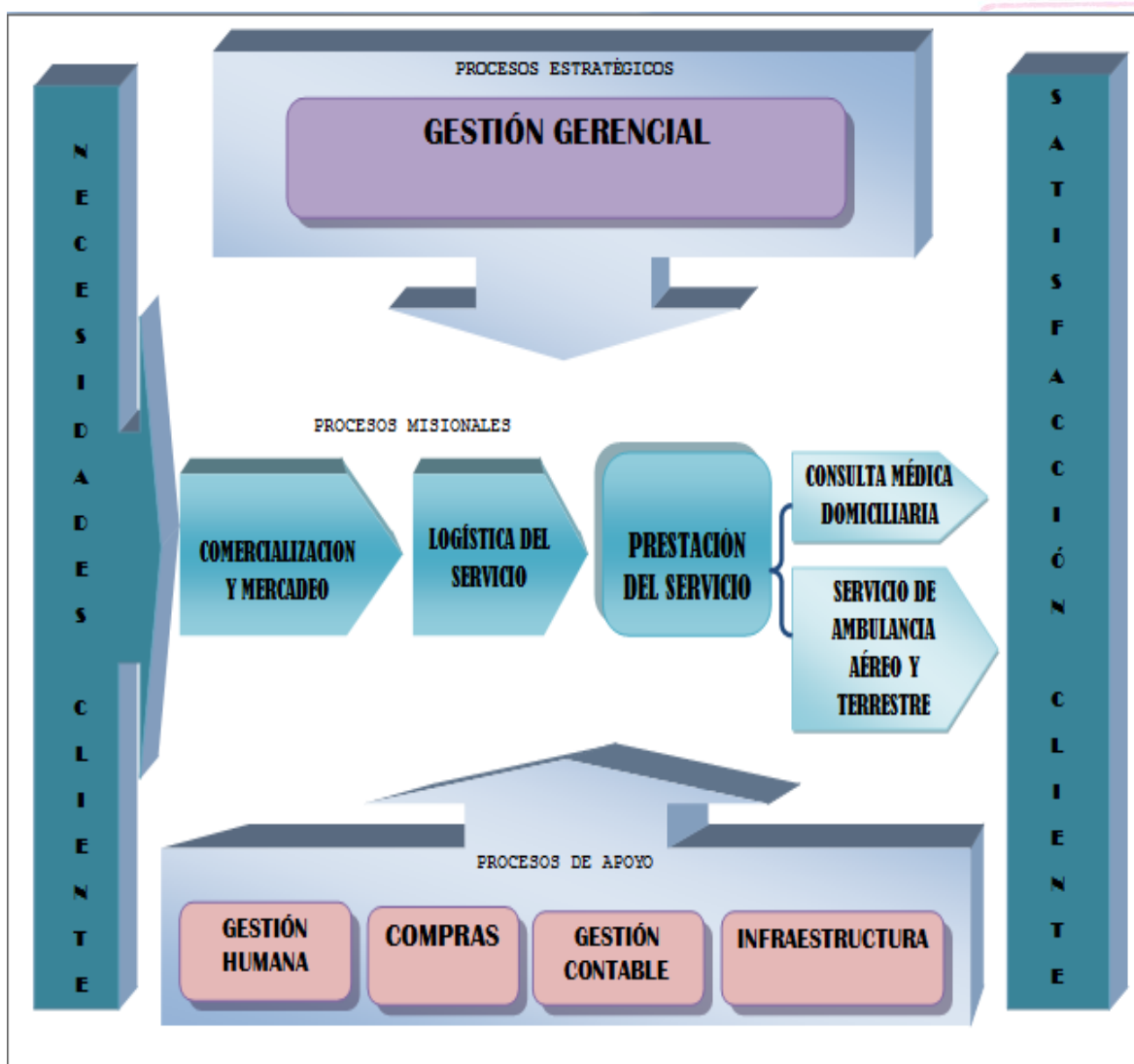
- **GESTIÓN GERENCIAL:** proceso que permite establecer, planear y controlar las actividades y los recursos (humanos, financieros, tecnológicos, etc.) de la organización, manteniendo un direccionamiento estratégico que permita el desarrollo y crecimiento de la empresa. Coordina además la documentación, implementación, mantenimiento y mejora del SGC de GRUPO EMERGER IPS SAS.
- **COMERCIALIZACION Y MERCADEO:** Realizar todas las actividades que permitan identificar oportunidades comerciales además de la búsqueda y consolidación de contratos, convenios y relaciones comerciales con

diferentes empresas del sector, así como también gestionar el sistema de cobranza de la entidad.

DOCUMENTO
CONTROLADO

- **LOGISTICA DEL SERVICIO:** Este proceso permite coordinar las actividades, tiempos y recursos para la prestación efectiva de los servicios de la organización.
- **PRESTACION DEL SERVICIO:** permite identificar y controlar las actividades asistenciales y de prestación del servicio realizadas durante el traslado de pacientes, en las diferentes modalidades de ambulancia médica especializada que ofrece la organización y en la consulta médica en el domicilio del paciente según sean sus requerimientos.
- **GESTIÓN CONTABLE:** Este proceso se encarga de administrar, suministrar y controlar los procesos contables para el buen desempeño financiero de la organización.
- **GESTIÓN HUMANA:** proceso en el que se asegura la disponibilidad y nivel de competencia de los empleados y el desarrollo de un ambiente de trabajo adecuado para el bienestar del trabajador.
- **INFRAESTRUCTURA:** Este proceso se encarga de proveer y mantener los equipos, insumos y la infraestructura necesaria y adecuada para el óptimo desarrollo de los procesos de la organización.
- **COMPRAS:** Este proceso controla y regula las actividades para adquirir los insumos y productos críticos para el buen funcionamiento de la organización, de acuerdo a los requisitos de compras establecidos.

Ilustración 3. Mapa de procesos



La caracterización de cada proceso de GRUPO EMERGER IPS SAS se define en el anexo 1. donde se especifica las actividades, objetivos, recursos y documentos relacionados a cada proceso.

5.5.2 Responsabilidad de la dirección

La Dirección del SGC de GRUPO EMERGER IPS SAS Se encuentra representada por su Director Administrativo, quien tienen la responsabilidad de:

- Promover las políticas, objetivos y procesos definidos para el sistema de gestión de calidad, pretendiendo su aplicación por parte de todos los miembros.
- Suministrar los recursos humanos y destrezas especializadas, tecnología y recursos financieros que permitan cumplir eficientemente con los objetivos de gestión de la empresa.
- Llevar a cabo las revisiones por la dirección como base para el mejoramiento del sistema de gestión de calidad
- Comunicar a todos los empleados de la organización la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como del usuario.
- Delega al Responsable de calidad para ejecutar labores encaminadas al cumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de calidad.
- Fijar las directrices del sistema de gestión de calidad (política, objetivos, misión y visión)
- Garantizar la formación de todo el personal que gestiona, ejecuta o verifica actividades que tienen una incidencia sobre la prestación del servicio.

El GRUPO EMERGER IPS SAS cuenta con un comité de calidad conformado de la siguiente manera:

NOMBRE	CARGO	PARTICIPACION EN EL COMITE
ANDRES YAMID LINARES	GERENTE	PRESIDENTE
ADRIANA RAMIREZ	GERENTE ADMINISTRATIVO	SECRETARIA
ESNEIDER SILVA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	VOCAL

El comité de calidad realiza las reuniones generales para seguimiento del sistema de gestión de calidad a intervalos trimestrales. Las reuniones del comité serán registradas a través del *GE-F-06 ACTAS*.

5.5.3 Enfoque en el cliente

GRUPO EMERGER IPS SAS, identifica la importancia del cliente para la organización y establece cómo sus procesos deben estar enfocados en cubrir las necesidades y requerimientos de estos para asegurar un servicio de calidad y la mejora continua; la efectividad en la prestación de servicios y atención al cliente se mide mediante una encuesta para clientes y usuarios de la organización y las quejas, reclamos y sugerencias presentadas por los clientes; a través de estos se controlan los indicadores que intervienen en la planeación estratégica de la empresa; este control se realiza mediante el formato *GE-F-07 ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUARIOS Y GE-F-48 QUEJAS RECLAMOS Y SUGERENCIAS* como se indica en el *GE-P-02 PRESTACION DE SERVICIO*.

Además Para la verificación de la correcta prestación del servicio, GRUPO EMERGER realizara una auditoria de traslados mediante el formato *GE-F-12 AUDITORIA DE TRASLADOS TAB Y TAM*.

El análisis de este indicador se realizara periódicamente (cada mes) para identificar las fortalezas y debilidades de la empresa en cuanto a la atención al cliente y el cumplimiento de sus necesidades.

NECESIDADES DEL CLIENTE
ASISTENCIA MEDICA ESPECIALIZADA
CUMPLIMIENTO CON EL TIEMPO ASIGNADO DE PRESTACION DE SERVICIO
TRASLADOS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE
BUENA ATENCION Y SERVICIO ETICO

NECESIDADES DE LA ORGANIZACIÓN

CUMPLIR CON LA NORMATIVIDAD

CONTAR CON RECURSO HUMANO IDONEO Y CAPACITADO

CONTAR CON EQUIPOS Y VEHICULOS ADECUADOS

CONTAR CON DIRECCIONAMIENTO MEDICO Y DE ENFERMERIA ESPECIALIZADO

DESARROLLO ECONOMICO RENTABLE Y SOSTENIBLE

5.5.4 Política y objetivos de calidad

- **Política de Calidad**

El gerente de GRUPO EMERGER IPS SAS, en conjunto con el responsable de calidad, han definido una política de calidad acorde al propósito de la empresa, la cual incluye un compromiso de satisfacer los requisitos del cliente y el usuario y de mejorar continuamente. Esta política será revisada en las reuniones de comité que se realizarán trimestralmente, se divulgará a todo el personal y se publicará en las instalaciones de la empresa. La política de calidad de la empresa es la siguiente:

“GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS ofrece transporte y asistencia médica, de manera segura, oportuna, equitativa; contando con un equipo técnico y humano idóneo que busca la satisfacción de los clientes y el bienestar de los usuarios. Poseemos un compromiso con la calidad y el mejoramiento continuo institucional en asistencia médica y salud comunitaria, cumpliendo y superando las expectativas de nuestros clientes y de todas las personas que participan en el proceso de atención mediante la prestación de servicios con valor, eficacia y eficiencia; buscando siempre la excelencia.”

- **Objetivos de calidad**

DOCUMENTO
CONTROLADO

La definición de los objetivos se basa en la política de calidad, por lo cual el grado de cumplimiento de estos aseguran que la política de calidad se está implementando y cumpliendo.

A través de la medición de estos objetivos y los indicadores asociados a cada uno se tiene un valor numérico del nivel de eficacia alcanzado por el sistema de gestión de calidad. Este cálculo es complementado con análisis de datos y el diseño e implementación de acciones de mejora derivadas de este análisis.

GRUPO EMERGER IPS SAS define como **objetivos de calidad**:

- Ofrecer servicios de calidad contando con el apoyo de un equipo humano capacitado y la infraestructura adecuada.
- Satisfacer las necesidades de los clientes garantizando de esta manera la satisfacción de las necesidades de los usuarios.
- Mejorar permanentemente los procesos para asegurar la efectividad de la organización.
- Ofrecer transporte y asistencia médica, de manera segura, oportuna, equitativa

La política, los objetivos, su forma de cálculo y demás datos relacionados con estos se describen en la *GE-D-01MATRIZ DE OBJETIVOS E INDICADORES* identificadas en la planificación del sistema de gestión de calidad.

DOCUMENTO
CONTROLADO

5.5.5 Revisión por la dirección

En el GRUPO EMERGER se establece realizar la revisión por la dirección del sistema de gestión de calidad anualmente con el fin de asegurar su correcto funcionamiento, manejo, adecuación y mejora continua.

- En esta se identifican y verifican las oportunidades de mejora, teniendo en cuenta las siguientes entradas:

- a) los resultados de auditorías,
- b) la retroalimentación del cliente,
- c) el desempeño de los procesos y la conformidad del producto,
- d) el estado de las acciones correctivas y preventivas,
- e) las acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas,
- f) los cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad, y
- g) las recomendaciones para la mejora.

- De la revisión por la dirección se detectan las siguientes salidas:

- a) la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos,
- b) la mejora del servicio en relación con los requisitos del cliente, y
- c) las necesidades de recursos.

Esta revisión se dejará consignada en el *GE-F-45 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN*. Y se realizara teniendo en cuenta el procedimiento *GE-P-04 MEJORA CONTINUA*

5.5.6 Comunicación Interna

Se han establecido distintos métodos para la comunicación interna dentro del sistema: Publicaciones en Cartelera, publicación del formato *GE-F-11 MEMO INFORMATIVO*, Reuniones, y Comunicación Interpersonal.

5.5.7 Responsabilidad y Autoridad

Se ha definido el *GE-M-02 MANUAL DE FUNCIONES* para documentar las funciones y autoridades existentes en la organización, aplicables a cada cargo. Este es dado a conocer a los miembros del GRUPO EMERGER que ocupan dichos cargos y se consignaran las evidencias en el formato *GE-F-32 ASISTENCIA*

El representante de la dirección para el sistema de gestión de calidad es el gerente y director médico de GRUPO EMERGER, delegando la responsabilidad del sistema al gerente administrativo para asegurar que se implementen los requisitos establecidos para el sistema de gestión e informar a todo el personal el desempeño del sistema, oportunidades de mejora y la toma de conciencia respecto a la necesidad de satisfacer los requisitos del cliente.

5.5.8 Gestión De Recursos Humano

GRUPO EMERGER ha establecido los cargos requeridos para su eficaz operación, dentro de los cuales se ha determinado los que afectan directamente la prestación del servicio, y el desarrollo normal de la organización. Estos perfiles se encuentran definidos en el *PERFIL DEL CARGO* especificado dentro del *GE-M-02 MANUAL DE FUNCIONES*, donde además se aclaran las funciones y responsabilidades del cargo y las características que se requieren para el mismo.

Para el personal que no cumpla con el perfil requerido por la organización se establecen inducciones y planes de Formación y capacitación, para que los trabajadores alcancen y mantengan el nivel de competencia requerido.

GRUPO EMERGER IPS SAS, cuenta además con un sistema de control de personal de su organización que aclara el proceso de reclutamiento y contratación, así como las necesidades de capacitación; estas actividades se especifican en el *GE-P-05 RECURSOS HUMANOS*.

5.5.9 Infraestructura

GRUPO EMERGER IPS SAS ha establecido la importancia del manejo y control de la infraestructura para asegurar calidad en sus servicios por esta razón mantiene una gestión de infraestructura aplicada principalmente a los

requerimientos para los equipos y vehículos críticos. La empresa cuenta con un procedimiento *GE-P-05INFRAESTRUCTURA*, donde se describen las actividades a seguir para el mantenimiento y cuidado de los equipos, se cuenta con una ficha técnica para cada equipo donde se verifican las características principales del mismo *GE-F-34 FICHA TECNICA DE EQUIPOS*, además se realiza un plan de mantenimiento donde se contemplan la revisión preventiva y correctiva de la infraestructura en general; y se consigna la programación en el *GE-F-36 PLAN DE MANTENIMIENTO* dejando evidencias de esto en un historial para cada equipo o vehículo en el *GE-F-37 HISTORIA DE MANTENIMIENTO*.

Se le realiza seguimiento al plan de mantenimiento semestralmente mediante un indicador definido para tal fin.

5.5.10 Ambiente De Trabajo

Las condiciones del ambiente de trabajo necesarias para la prestación de servicios de asistencia médica y transporte en ambulancia en cada una de sus modalidades, se controlan principalmente a través de dos aspectos fundamentales:

- Espacios de trabajos confortables para el personal que labora en la organización.
- Disponibilidad de vehículos con todos los requerimientos exigidos por la ley para la correcta prestación de los servicios.
- Disponibilidad de equipos, insumos y fármacos necesarios y adecuados.
- Vehículos confortables y en buenas condiciones, tanto para el personal como para los usuarios
- Cumplimiento de los requisitos de seguridad vial para proteger la integridad de personal médico, conductores y clientes.
- Cumplimiento de los requisitos legales para el transporte de pacientes en ambulancia aérea y terrestre.

5.5.11 Procesos De Prestación Del Servicio

Se han definido los procesos misionales para la prestación del servicio en GRUPO EMERGER IPS SAS que son: Dirección médica y de enfermería, logística del servicio, consulta médica domiciliaria y servicio de transporte en ambulancia aérea y terrestre en las modalidades de servicio básico (TAB), servicio medicalizado (TAM), y servicio neonatal. Estos servicios se realizan en base a los requerimientos de ley, del cliente, los establecidos por la organización y los exigidos por la NTC ISO 9001:2008.

Las actividades de estos procesos han sido documentadas a través de caracterizaciones.

La organización cuenta con *GE-P-02 PRESTACION DE SERVICIOS*, y *GE-P-07 COMERCIALIZACION Y COBRANZAS* donde se definen cada una de las actividades a realizar y se especifican los pasos a seguir así como los requerimientos para la correcta prestación de los diferentes servicios de la organización; desde la búsqueda del cliente y las propuestas comerciales; hasta la prestación del servicio cobro de los mismos; junto con registros necesarios para esto.

5.5.12 Manejo De La Propiedad Del Cliente

La propiedad del cliente que debe identificarse, verificarse, protegerse y salvaguardarse, esta está representada principalmente por: Los datos del paciente, el diagnóstico o epicrisis y los documentos relacionados con éste; documentos de tratamientos médicos o consultas; además los datos del servicio registrados en los formatos *GE-F-09 REGISTRO DE ATENCION DURANTE EL TRASLADO PARA TAM* y *GE-F-10 REGISTRO DE ATENCION DURANTE EL TRASLADO PARA TAB* tienen un tratamiento confidencial y son intransferibles.

Por otro lado también se encuentra la información de las EPS e IPS clientes, que especifica datos, cuentas bancarias, contactos, facturaciones etc.

Esta información se tiene archivada y se prohíbe su divulgación.

DOCUMENTO
CONTROLADO

5.5.13 Trazabilidad de la prestación del servicio.

La trazabilidad del servicio se lleva a cabo a través del control de los registros, desde la etapa de envío y control de propuestas comerciales que se puede verificar en *GE-F-21 CONTROL DE PROPUESTAS COMERCIALES* y *GE-F-22 SEGUIMIENTO DE PROPUESTAS COMERCIALES* y los registros de la prestación del servicio como son *GE-F-20 SOLICITUD DEL SERVICIO*, *GE-F-09 REGISTRO DE ATENCION DURANTE EL TRASLADO PARA TAM* y *GE-F-10 REGISTRO DE ATENCION DURANTE EL TRASLADO PARA TAB*.

5.5.14 Medición, Análisis Y Mejora

- **Satisfacción Del Cliente**

La medición y el aumento de la satisfacción del cliente es uno de los objetivos del GRUPO EMERGER IPS SAS. Esta medición se realiza a través de la realización de encuestas *GE-F-07 ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUARIOS*, su tabulación y análisis de datos para la toma de decisiones. Otra forma de medir su satisfacción es a través del análisis de los servicios no conformes, el cual es un indicador del Sistema de Gestión de Calidad de la organización.

- **Auditorías Internas**

En el GRUPO EMERGER se reconocen las auditorías internas como una de las herramientas para la mejora. Las actividades, responsabilidades y documentación requeridas para la realización de estas auditorías se describen en el *GE-P-04 MEJORA CONTINUA*.

Se programarán auditorias anuales, teniendo en cuenta el seguimiento del sistema de gestión de calidad.

Además se auditaran periódicamente los servicios de traslado básico y medicalizado a través de la aplicación de *GE-F-12 AUDITORIA DE TRASLADOS TAB Y TAM*.

5.5.15 Seguimiento Y Medición De Los Procesos

Para cada uno de los procesos se han definido indicadores de seguimiento y medición, método de cálculo y metas. Los resultados obtenidos se analizan y se

establecen las acciones a tomar de acuerdo a estos. Estos indicadores se incluyen en matriz de objetivos e indicadores descrita en la ilustración 5.

DOCUMENTO
CONTROLADO

5.5.16 Seguimiento Y Medición De Los Servicios

El seguimiento y medición de la prestación del servicio se realiza mediante la aplicación de encuestas a clientes, esta evaluación la realizan mediante los formatos *GE-F-07 ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUARIOS* y *GE-F-48 QUEJAS RECLAMOS Y SUGERENCIAS* a través de llamadas telefónicas o personalmente a sus usuarios y clientes.

Las no conformidades de los clientes también se establecen en los servicios no conformes del sistema como se especifica en *GE-P-04 MEJORA CONTINUA*, además este es un indicador que permite análisis y mejora continua de los procesos de la organización.

Los registros de la prestación del servicio *GE-F-20 SOLICITUD DEL SERVICIO*, *GE-F-09 REGISTRO DE ATENCION DURANTE EL TRASLADO PARA TAM* y *GE-F-10 REGISTRO DE ATENCION DURANTE EL TRASLADO PARA TAB*. También son una herramienta que permite hacer seguimiento a las actividades de la organización y la forma como éstas se realizan.

Finalmente las auditorias en los traslados *GE-F-12 AUDITORIA DE TRASLADOS TAB Y TAM*, contribuyen a detectar posibles fallas en la prestación de servicio y establecer oportunidades y propuestas de mejora para los mismos.

5.5.17 Servicio No Conforme

Los controles, autoridades, tratamiento y acciones a tomar para los servicios no conformes presentados se describen y se implementan tal como se encuentra en el procedimiento de *GE-P-04 MEJORA CONTINUA*.

5.5.18 Análisis De Datos

A los resultados de los indicadores de *GE-D-01 POLITICA-OBJETIVOS E INDICADORES* matriz de objetivos e indicadores se les realiza análisis de datos de acuerdo a la periodicidad y por parte de los responsables de cada uno de estos. Estos análisis permiten la toma de decisiones en el GRUPO EMERGER que lleven a su mejora continua

5.5.19 Acciones Preventivas Y Correctivas

Las actividades requeridas para la revisión de las no conformidades potenciales y presentadas, correcciones, análisis de causas, determinar acciones correctivas

y preventivas y realizar seguimiento a estas se encuentra en el *GE-P-04 MEJORA CONTINUA*

MEJORA
CONTINUA

5.5.20 Documentados Del Sistema De Gestión De Calidad

En el sistema de gestión de calidad de GRUPO EMERGER IPS SAS se cuenta con la documentación exigida por la NTC ISO 9001 y los demás necesarios para eficaz operación del sistema. Estos son:

- **Procedimientos**

- GE-P-01 Control de documentos y registros
- GE-P-02 Prestación Del Servicio
- GE-P-03 Compras
- GE-P-04 Mejora continua
- GE-P-05 Recursos humanos
- GE-P-06 Infraestructura
- GE-P- 07 Comercialización y cobranzas
- GE-P-08 Facturación

- **Manuales**

- GE-M-01 Manual de Calidad
- GE-M-02 Manual de Funciones
- GE-M-03 Manual del trabajador

- **Protocolos**

- GE-PR-01 Traslado básico terrestre
- GE-PR-02 Traslado medicalizado terrestre
- GE-PR-03 Traslado medicalizado aéreo
- GE-PR-04 Traslado básico aéreo
- GE-PR-05 Consulta médica domiciliaria

- **Instructivos**

- GE-I-01 Control de líquidos administrados
- GE-I-02 Administración de líquidos parenterales
- GE-I-03 Administración de oxígeno por cánula nasal
- GE-I-04 Inmovilización del paciente para control de accidentes
- GE-I-05 Control de presión arterial
- GE-I-06 Aspiración de la vía aérea
- GE-I-07 Reanimación cardio-cerebro pulmonar
- GE-I-08 Administración de oxígeno por máscara
- GE-I-09 Asistencia a pacientes con drenajes



- GE-I-10 Cateterismo venoso periférico
- GE-I-11 Manejo de trauma abdominal
- GE-I-12 Manejo de trauma toraxico
- GE-I-13 Eventos adversos.
- GE-I-14 Revisión de infraestructura
- **Formatos**
 - GE-F-01 Reporte diario de oxígenos
 - GE-F-02 Inventario TAM
 - GE-F-03 Inventario TAB
 - GE-F-04 Solicitud de insumos de bodega
 - GE-F-05 Novedades
 - GE-F-06 Actas
 - GE-F-07 Encuesta de satisfacción de clientes y usuarios
 - GE-F-08 Inventario de medicamentos en la móvil
 - GE-F-09 Registro de atención durante el traslado RADT para TAM
 - GE-F-10 Registro de atención durante el traslado RADT para TAB
 - GE-F-11 Memo informativo
 - GE-F-12 Auditoria para traslados TAB y TAM
 - GE-F-13 Inventario de Herramientas
 - GE-F-14 Revisión de Equipos médicos
 - GE-F-15 Esterilización
 - GE-F-16 Listado maestro de documentos
 - GE-F-17 Listado maestro de documentos externos
 - GE-F-18 Control de registros
 - GE-F-19 Solicitud de creación y modificación de documentos
 - GE-F-20 Solicitud del servicio
 - GE-F-21 Control de propuestas comerciales
 - GE-F-22 Seguimiento de propuestas comerciales
 - GE-F-23 Control de visitas comerciales
 - GE-F-24 Registro de horas laborales
 - GE-F-25 Orden de pedido
 - GE-F-26 Evaluación y reevaluación de proveedores
 - GE-F-27 Listado de proveedores
 - GE-F-28 Selección de proveedores
 - GE-F-29 Inducción
 - GE-F-30 Evaluación de desempeño
 - GE-F-31 Programa de capacitaciones

DOCUMENTO
CONTROLADO

- GE-F-32 Asistencia
- GE-F-33 Evaluación de capacitaciones
- GE-F-34 Ficha técnica de equipos
- GE-F-35 Listado de equipos
- GE-F-36 Plan de mantenimiento
- GE-F-37 Historial de mantenimiento
- GE-F-38 Registro de entrevista
- GE-F-39 Prueba de conocimiento
- GE-F-40 Inspección preoperacional de vehículos
- GE-F-41 No conformidad – plan de acción
- GE-F-42 Lista verificación de auditorías
- GE-F-43 Plan de auditoría
- GE-F-44 Informe de Auditoría
- GE-F-45 Revisión por la dirección
- GE-F-46 Informe de auditorías
- GE-F-47 Listado de clientes
- GE-F-48 Quejas, reclamos y sugerencias
- GE-F-49 Entrega de registros de atención durante el traslado
- GE-F-50 Registro de cobros
- **Directrices**
 - GE-D-01 Matriz política, objetivos e indicadores de calidad

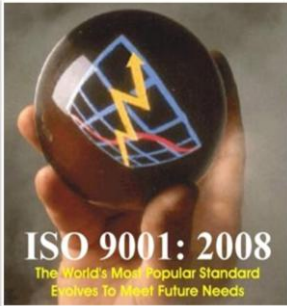
Anexo I. Capacitaciones.



SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD



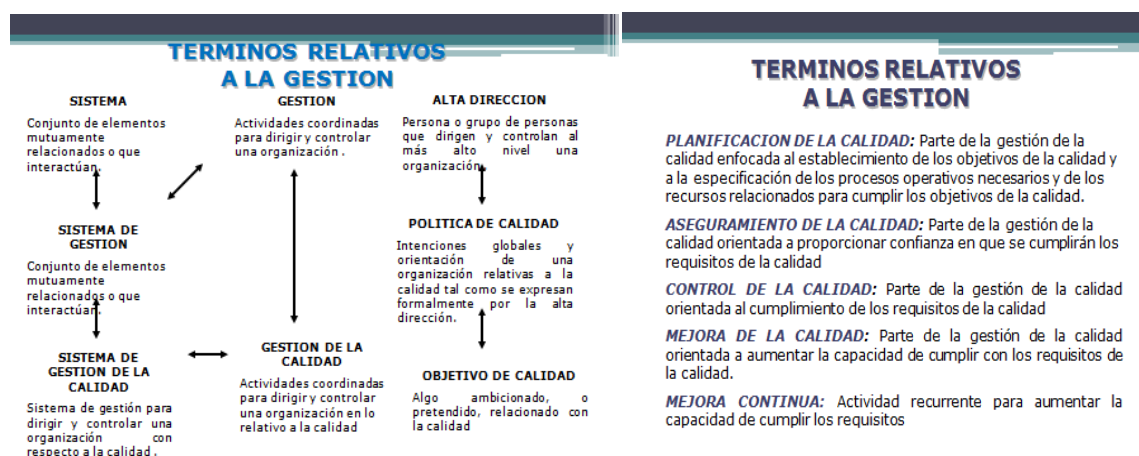
GRUPO
EMERGER
SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS S.A.S.

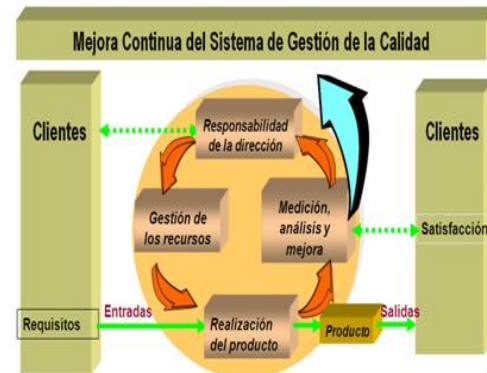
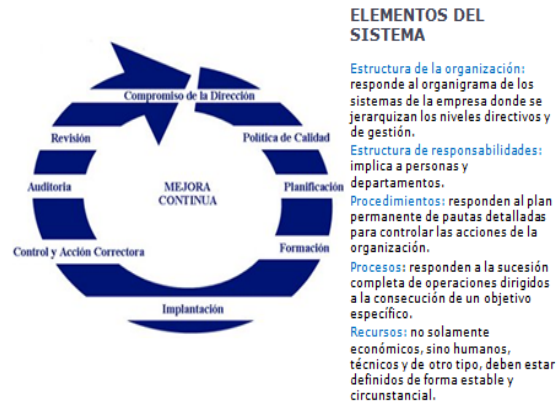


ISO 9001: 2008
The World's Most Popular Standard
Evolves To Meet Future Needs

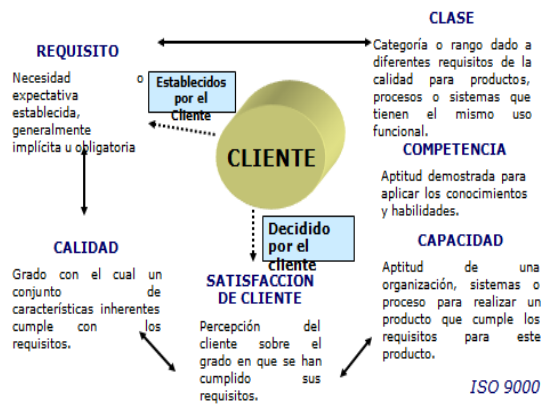
DEFINICIÓN

Un **sistema de gestión de la calidad** es el conjunto de normas interrelacionadas de una organización por los cuales se administra de forma ordenada la **calidad** de la misma, en la búsqueda de la mejora continua. Entre dichos elementos.





TERMINOS RELATIVOS A LA CALIDAD



REQUISITOS



BENEFICIOS



LOS FORMATOS PERMITEN
OBTENER EVIDENCIAS DEL
SGC

BENEFICIOS DESDE EL PUNTO DE VISTA EXTERNO

- Mejoramiento de la imagen empresarial
- Refuerzo de la confianza entre los actuales y potenciales clientes.
- Apertura de nuevos mercados
- Mejoramiento de la posición competitiva
- Aumento de la fidelidad de clientes.



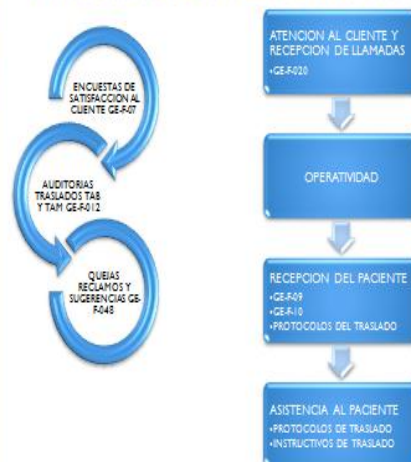
BENEFICIOS DESDE EL PUNTO DE VISTA INTERNO

- Aumento de la productividad
- Mejoramiento de la organización interna
- Incremento de la rentabilidad, uso eficaz y eficiente de los recursos.
- Orientación hacia la mejora continua
- Mayor capacidad de respuesta y flexibilidad ante oportunidades cambiantes del mercado.
- Mejoramiento en la motivación y el trabajo en equipo del personal
- Mayor habilidad para crear valor, tanto para la empresa como para sus proveedores y socios estratégicos





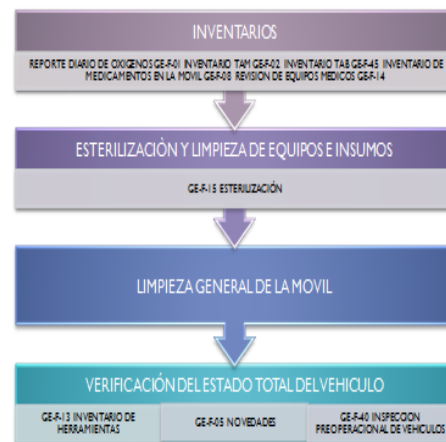
PRESTACIÓN DEL SERVICIO



INFRAESTRUCTURA



INSTRUCTIVO REVISIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA





SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD (SGC)



EL OBJETIVO FUNDAMENTAL ES QUE LA ORGANIZACIÓN FUNCIONE EN SINCROFONÍA COMO UNA ORQUESTA

Definición de la norma **ISO 9001**: "Calidad: grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos"

EMERGER
SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN SALUD
GRUPO EMERGER IPS SAS
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

PRINCIPIOS BÁSICOS

- SÓLO SE PUEDE MEJORAR LO QUE ESTÁ DOCUMENTADO



- SÓLO SE PUEDE MEJORAR LO QUE SE MIDE



ISO 9001

Toda organización puede mejorar su manera de trabajar, lo cual significa un incremento de sus clientes y gestionar el riesgo de la mejor manera posible, reduciendo costos y mejorando la calidad del servicio ofrecido. La gestión de un sistema de calidad aporta el marco que se necesita para supervisar y mejorar la producción en el trabajo. Con mucha diferencia, en cuanto a calidad se refiere, la normativa más establecida y conocida es la ISO 9001, la cual establece una norma no sólo para la Gestión de Sistemas de calidad sino para cualquier sistema en general. La ISO 9001 está ayudando a todo tipo de organizaciones a tener éxito, a través de un incremento de la satisfacción del cliente y de la motivación del departamento.

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD



El aseguramiento de la Calidad se podría definir como aquellas acciones que hacen que un producto o servicio cumpla con unos determinados requisitos de calidad. Si estos requisitos de calidad reflejan completamente las necesidades de los clientes se podrá decir que se cumple el aseguramiento de la calidad.

BENEFICIOS PARA LA EMPRESA

BENEFICIOS DESDE EL PUNTO DE VISTA EXTERNO

- Mejoramiento de la imagen empresarial
- Refuerzo de la confianza entre los actuales y potenciales clientes.
- Apertura de nuevos mercados
- Mejoramiento de la posición competitiva
- Aumento de la fidelidad de clientes.

BENEFICIOS DESDE EL PUNTO DE VISTA INTERNO

- Aumento de la productividad
- Mejoramiento de la organización interna
- Incremento de la rentabilidad, uso eficaz y eficiente de los recursos.
- Orientación hacia la mejora continua
- Mayor capacidad de respuesta y flexibilidad ante oportunidades cambiantes del mercado.
- Mejoramiento en la motivación y el trabajo en equipo del personal
- Mayor habilidad para crear valor, tanto para la empresa como para sus proveedores y socios estratégicos.

La implicación de toda la organización es



¿Y en nuestro trabajo?

- Sistematizamos nuestras actividades y procesos
- Normalizamos nuestros servicios
- Tendremos criterios comunes
- Tendremos autonomía
- Mejorará mi trabajo

La calidad no es una habilidad... es una elección

HAY QUE MEJORAR POR DENTRO PARA QUE SE NOTE POR FUERA



ALFONSO TORRES GONZALEZ SUAREZ
ENCUENTRO DE ENFERMERIA Y CALIDAD
L 18

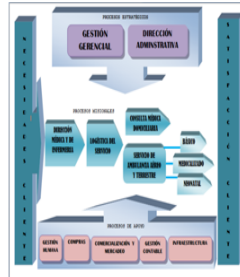
QUEMOS SOMOS

GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS es una compañía Colombiana de ambulancias aéreas y terrestre confiable y con valiosa experiencia que opera en Bucaramanga y en todo el País. Somos orgullosos proveedores de casi todos los principales entes promotores de salud locales a que ofrecemos un servicio de asistencia médica experto, seguro y rápido.

Cumplir con las necesidades de un paciente de ambulancia aérea y terrestre requiere de cuidados precavidos y atención minuciosa a cada detalle que genere soporte básico de Vida. Soporte avanzado de Vida o de Cuidados Críticos con estándares de calidad superiores, que hoy certifican la confianza que recibimos de las empresas y particulares que nos contactan.



Ilustración 1. MAPA DE PROCESOS



VISIÓN

GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS es una compañía especializada en transporte de pacientes de cuidados críticos y en asistencia médica domiciliar integral, que contribuye de manera segura al mejoramiento de la atención en salud de sus usuarios fundamentándose en los principios éticos, morales y profesionales de prevención de la enfermedad y promoción de una salud integral; basados en calidad, eficiencia y eficacia; y desarrollando procesos tecnológicos estratégicos, que nos permitan ser una empresa sobresaliente.

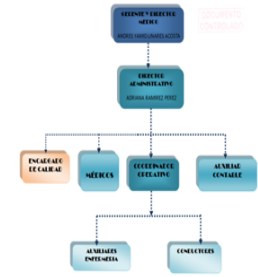
de preferencia y de gran apoyo a las diferentes instituciones prestadoras de salud.

VISIÓN

GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS será una empresa reconocida, a nivel nacional, como institución líder en la prestación de servicios de salud, especializadas y dirigidas por profesionales de alta calificación e infraestructura de avanzada tecnología.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Ilustración 1: estructura organizacional



PRINCIPIOS CORPORATIVOS

- **RESPECTO A LA DIGNIDAD HUMANA:** garantizando, hasta donde esté al alcance, los derechos universales e inalienables de la persona y la comunidad para mejorar la calidad de vida y el desarrollo individual y social de la dignidad, que debe reconocerse a todo ser humano.
- **UNIVERSALIDAD:** atendiendo a todas las personas que soliciten nuestro servicio sin ninguna discriminación y en todos los ámbitos de la vida, de conformidad con las disposiciones legales que organizan la atención en el país y los recursos disponibles.

- **INTENSIDAD:** brindando atención continua y oportuna a las familias y a las personas, en su contexto social, con servicios de última calidad, humana, científica y técnica en el marco de servicios que constituyen nuestro portafolio.
- **EFICIENCIA:** buscando la mejor aplicación del talento humano y de los recursos administrativos, tecnológicos y financieros, disponibles, con criterio de rentabilidad social y económica.
- **EFICACIA:** garantizando la solución de aquellos problemas de salud de población usuaria que corresponden a sus necesidades y expectativas, y que estén bajo nuestra responsabilidad.
- **SOLIDARIDAD:** ampliando la cobertura con servicios de salud, a las personas de nuestra área de influencia con mayores limitaciones de acceso, siempre y cuando las condiciones lo permitan.
- **CAUDAL:** buscando mejorar permanentemente nuestros procesos de calidad predefinidos para caracterizar la gestión y los servicios.
- **EQUIDAD:** atendiendo a las personas y grupos de población expuestos a mayores riesgos para su salud, con el fin de brindarles aquella protección especial que esté a nuestro alcance.

OBJETIVOS CORPORATIVOS

- Producir servicios de salud integrales, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con los reglamentos que se aplican para tal propósito.
- Prestar los servicios de salud que la población requiere y que la Empresa, de acuerdo a su desarrollo y recursos disponibles puede ofrecer.
- Garantizar, mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa.

- Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.
- Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.
- Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley.
- Mantener una estructura organizacional ágil y un grupo de trabajo fortalecido en el buen servicio y la satisfacción con las condiciones que le brinde la empresa.

POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CAUDAL

- **Política de Calidad:** "GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS ofrece transporte y asistencia médica, de manera segura, oportuna, equitativa, contando con un equipo técnico y humano idóneo, que busca la satisfacción de los clientes y el bienestar de los usuarios. Poseemos un compromiso con la calidad y el mejoramiento continuo institucional en asistencia médica y salud comunitaria, cumpliendo y superando las expectativas de nuestros clientes y de todas las personas que participan en el proceso de atención mediante la prestación de servicios con valor, eficacia y eficiencia; buscando siempre la excelencia."
- **Objetivos de calidad**
 - ✓ Ofrecer servicios de calidad contando con el apoyo de un equipo humano capacitado y la infraestructura adecuada.
 - ✓ Satisfacer las necesidades de los clientes garantizando de esta manera la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

- ✓ Mejorar permanentemente los procesos para asegurar la efectividad de la organización.
- ✓ Ofrecer transporte y asistencia médica, de manera segura, oportuna, equitativa.

DERECHOS DE NUESTROS PACIENTES

1. Derecho a recibir una atención adecuada a sus necesidades y condiciones de salud.
2. Derecho a ser trasladado en óptimas condiciones de limpieza, orden y calidad.
3. Derecho a una comunicación plena y clara con el médico, de acuerdo a su condición.
4. Derecho a recibir trato digno, respetuoso y cordial.
5. Derecho a que todos los registros e informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y sólo con autorización puedan ser consultados.
6. Derecho a que le ofrezcan durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible.
7. Derecho a morir con dignidad.

DERECHOS Y DEBERES DEL TRABAJADOR

- DERECHOS**
1. Derecho a recibir la remuneración a su trabajo cumpliendo con las especificaciones establecidas en su proceso de vinculación a la empresa.
 2. Derecho a ser tratado con respeto y reconocimiento a su buena labor.
 3. Derecho a considerarse como una persona humana con necesidades y situaciones personales.

4. Derecho a ser llamado para dar a conocer sus debilidades y fortalezas laborales y brindar la oportunidad de mejorar su desempeño.
5. Derecho a tener espacios de descanso, recreación e integración que fortalezcan su estado integral.

DEBERES

1. Cumplir e cabalidad con las responsabilidades asignadas para su cargo.
2. Desarrollar su jornada de trabajo completa de acuerdo a la programación de turnos planificada.
3. Agregar a su trabajo los principios corporativos que caracterizan la empresa dando ante el usuario siempre una imagen de buen servicio.
4. Ser responsable con el cuidado, mantenimiento y buen uso de los equipos, insumos y medicamentos, materiales, vehículos y demás, puestos a su disposición para el empleo de su labor.
5. Tener presente que la prioridad en nuestro servicio es la salud y cuidado eficaz del paciente.
6. Mantener una relación de armonía y respeto con su equipo de trabajo y demás personas que intervienen en el desarrollo de su trabajo.
8. Seguir con responsabilidad las indicaciones asignadas mediante la coordinación operativa.



Anexo J. Asistencia a Capacitaciones.

 GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN SALUD YTS S.A.S.	ASISTENCIA	GE-F-32 FECHA: 01/07/2011 VERSIÓN: 00
---	-------------------	--

REGISTRO DE CAPACITACIONES

LUGAR	Oficina GRUPO EMERGER IPS. SAS	FECHA		
TEMPERATURA	7:30 pm a 9:15 pm	DD	MM	AA
TEMA/TEMAS	Sensibilización SGC y procedimientos de infraestructura y Presta. de servicios	10	11	11
NOMBRE CAPACITADOR	Tatiana Monsalve Duarte			
ENTIDAD CAPACITADA	Coordinación de Calidad GRUPO EMERGER			
OBSERVACIONES	Se hace la Capacitación con el personal operativo de turno.			

ASISTENCIA

#	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	Juan Carlos Yeon Jarama	CONDUCTOR	Juan Carlos Yeon
2	Giovanny Diaz M.	conductor	Giovanny Diaz
3	Jhon E. Alvarez R.	Auxiliar	Jhon E. Alvarez
4	JANIER GOMEZ GUTO	Aux. ENFERMERIA	Janier Gomez
5	Luz Adriana Sclatta	coordinador ope	Luz Adriana Sclatta
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			

CAPACITADOR		RESPONSABLE	
Nombre:	Tatiana Monsalve Duarte	Nombre:	Adriana Ramirez P.
Firma:	Tatiana Monsalve Duarte	Firma:	Adriana Ramirez P.
Cargo:		Cargo:	Director Administrativo

 GRUPO EMERGER TRANSACCIONES ESPECIALES DE SALUD IP S.A.S.	ASISTENCIA	GE-F-32
		VERSIÓN: 00
		FECHA: 01/07/2011

REGISTRO DE CAPACITACIONES

LUGAR	Oficina	FECHA		
TIEMPO DE DURACION	10:30am - 12:00 am.	DD	MM	AA
TEMA TRATADO	Sensibilización SGC bajo la norma ISO 9001:2008	19	07	2011
NOMBRE CAPACITADOR	Yenni Astud Hernández Gómez			
ENTIDAD QUE CAPACITA	Colmant.			
OBSERVACIONES				

ASISTENCIA

#	NOMBRE	CARGO	FIRMA
1	Jhon Toliver Alvarado	Enfermero	<i>[Firma]</i>
2	Olivera Mario	conductor	<i>[Firma]</i>
3	Oberto Quiza Osorio	Camaron	<i>[Firma]</i>
4	Sneyder Silva Maldonado	Enfermero	<i>[Firma]</i>
5	Luz Adriana Sclater	coordinador	<i>[Firma]</i>
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			

CAPACITADOR		RESPONSABLE	
Nombre:	Yenni Astud Hernández Gómez	Nombre:	Adriana Romoza
Firma:	<i>[Firma]</i>	Firma:	<i>[Firma]</i>
Cargo:	N. A	Cargo:	Director Administrativo

Anexo K. Evaluación de Capacitaciones.

 GRUPO EMERGER GRUPO EMPRESARIAL DE CALIDAD (GEC)	EVALUACIÓN DE CAPACITACIONES	CÓDIGO: GE-F-33 FECHA: 01/07/2011 VERSIÓN: 00
---	-------------------------------------	--

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS CAPACITACIONES

NOMBRE	Adel Cruz Osorio	FECHA		
CARGO	CONDUCTOR	DD	MM	AA
TEMA EVALUADO	SENSIBILIZACIÓN	19	09	11

PUNTOS CLAVE A EVALUAR	
1.	TRÁNSITO ESPECIALIZADO AEREO TERRESTRE SERVICIOS BÁSICOS MEDICALIZADO NEONATAL ✓
2.	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD X
3.	PROCESO → ES COMO ALGO QUE ESTÁ ESTABLECIDO PROCEDIMIENTO → ES LO QUE NOSOTROS HACEMOS. NO X
4.	ES UN SISTEMA DE MEJORAMIENTO PARA LA EMPRESA NO X
5.	PRESTAR UN SERVICIO EXLENTE PARA LAS PERSONAS QUEMOS NOSOTROS ATENDIENDO X

RECOMENDACIONES A TOMAR
Malo. Realizar de nuevo la capacitación de sensibilización

OBSERVACIONES
EL INDICADOR A LA EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS CAPACITACIONES ES CON FRECUENCIA MENSUAL DE: 0-2.9 = MALO ; 3.0-3.5 = REGULAR ; 3.6-4.5 = BUENO ; 4.6-5.0 = EXCELENTE

EVALUADOR		V. M. GRUPO EMERGER	
Nombre:	Yenni Astrid Hernández Gamiz	Nombre:	Adriana Ramírez
Firma:	Yenni Astrid Hernández Gamiz	Firma:	Adriana Ramírez Rerez
Cargo:	N.A.	Cargo:	Director Administrativo

 GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN LA INDUSTRIA	EVALUACIÓN DE CAPACITACIONES	CÓDIGO: GE-F-33
		FECHA: 01/07/2011 VERSIÓN: 00

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS CAPACITACIONES

NOMBRE	Rogelio Silva Meléndez		
CARGO	M.D. Conferencia		
TEMA EVALUADO	Sensibilización del BGC.18	DD	MM
	9001-2008	19	07
		AA	2011

PUNTOS CLAVE A EVALUAR	
1.	Adaptación Helico - camión Trushel Acero y ferrea TAB - TAM - TAMN. - CM.
2.	PHVA Personal Hacer Volar Actuar
3.	Proceso = formar ideas de que se quiere hacer
4.	Procedimiento = como se hace y se forma con seriedad una acción
5.	Proceso que se emplea para satisfacer necesidades y expectativas cliente
	Empresa que presta servicios especiales en salud y de trushel a otros capitales con ética, claridad y eficiencia, mejorando constantemente con procesos de calidad, con capital personal humano y equipos tecnológicos capital

ACCIONES A TOMAR
Excelente.

OBSERVACIONES
EL INDICADOR A LA EVALUACION DE LA EFICACIA DE LAS CAPACITACIONES ES CON FRECUENCIA MENSUAL DE: 0 - 2.9 = MALO ; 3.0 - 3.5 = REGULAR ; 3.6 - 4.5 = BUENO ; 4.6 - 5.0 = EXCELENTE

EVALUADOR		V.R. GRUPO EMERGER	
Nombre:	Rogelio Silva Meléndez	Nombre:	Adriana Ramírez
Firma:	Rogelio Silva Meléndez	Firma:	Adriana Ramírez
Cargo:	M.D.	Cargo:	Director administrativo

Anexo L. Memo informativo.

	MEMO INFORMATIVO	CÓDIGO: GE-F-11 FECHA: 01/07/2011 VERSION: 00
Bucaramanga, 28 de Agosto del 2011		
DE: COORDINACIÓN DE CALIDAD		
PARA: PERSONAL OPERATIVO		
ASUNTO:		
Con ánimo de mejorar nuestros procesos continuamente y ofrecer servicios con altos estándares de calidad, GRUPO EMERGER se encuentra en proceso de certificación en la NTC ISO 9001:2008, norma que verifica el aseguramiento de la calidad en los servicios ofrecidos por la organización. Siendo conscientes de la importancia del trabajador para la evolución constante de la empresa se informa a todo el personal que a partir de hoy se iniciará la sensibilización del SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD para lo cual se citarán constantemente a reuniones, capacitaciones y evaluaciones. Se solicita total disponibilidad, disposición, compromiso y responsabilidad. "La calidad nunca es un accidente; siempre es el resultado de un esfuerzo de la inteligencia"		
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN		
TATIANA MONSALVE COORDINADORA DE CALIDAD		

Anexo M. Formato Auditoría de traslados TAB Y TAM.

 GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN SALUD Y BIENESTAR	AUDITORIA DE TRASLADOS TAB Y TAM	CÓDIGO: GE-F-12 FECHA: 01/07/2011 VERSIÓN: 00
--	--	---

Tripulantes:

Origen:

Puntaje:

Destino:

**DOCUMENTO
CONTROLADO**

Descripción de la valoración:

[illegible]

Firma del coordinador:

Firma de los tripulantes:

Anexo N. Formato No conformidad- Plan de acción.

 GRUPO EMERGER Soluciones Empresariales en Salud SPV S. de RL de CV	NO CONFORMIDAD PLAN DE ACCIÓN	CÓDIGO: GE - F- 41 FECHA: 01/07/2011 VERSIÓN: 00
---	--	---

DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD O SERVICIO NO CONFORME (REAL - POTENCIAL):			
TECNICA A USAR PARA EL ANALISIS DE CAUSA:			
ANALISIS DE CAUSAS: DOCUMENTO CONTROLADO			
PLAN DE ACCIÓN: Fecha _____ Sentido no conforme ☐ Aceptado ☐ Corrección ☐ Acción Correctiva ☐ Acción Preventiva ☐ Mejora ☐			
PLAN DE ACCIÓN Y RESPONSABLES DE TAREAS			
Tarea	Actividad		
Tarea	Responsable	Cargo	Fecha Entrega



NO CONFORMIDAD PLAN DE ACCIÓN

CÓDIGO: GE - F- 41

FECHA: 01/07/2011

VERSIÓN: 00

DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD O SERVICIO NO CONFORME (REAL - POTENCIAL):

TECNICA A USAR PARA EL ANALISIS DE CAUSA:

ANALISIS DE CAUSAS:

DOCUMENTO
CONTROLADO

PLAN DE ACCION: Fecha _____ Servicio no conforme ☐ Aceptado ☐
Corrección ☐ Acción Correctiva ☐ Acción Preventiva ☐ Mejora ☐

PLAN DE ACCION Y RESPONSABLES DE TAREAS

Tarea	Actividad		
Tarea	Responsable	Cargo	Fecha Entrega

Anexo O. Encuesta de Satisfacción.

	ENCUESTA DE SATISFACCION A USUARIOS	CÓDIGO: GE-F-07 FECHA: 01/07/2011 VERSIÓN: 00
---	--	---

NOMBRE: <u>Yviam Yolanda Ramirez</u>	CARGO: <u>Jeft Enfermera Almuerzo</u>
ENTIDAD: <u>Clinica Bucaramanga</u>	TEL: <u> </u> FECHA: <u>25-Nov-11</u>

CALIFIQUE EL SERVICIO DE 1 A 3 EN LOS SIGUIENTES CRITERIOS, EN DONDE 1 ES BAJO – 2 MEDIO – 3 ALTO.

CRITERIOS	CALIFICACION			OBSERVACIONES
	1	2	3	
Atención recibida en la solicitud del servicio a través de las líneas telefónicas			✓	
Tiempo de respuesta del servicio			✓	
Actitud del personal de Grupo Emerger que le brindo el servicio			✓	
Presentación personal del equipo de trabajo			✓	
Estado de las ambulancias		✓		
Asistencia de enfermería recibida			✓	
Asistencia médica recibida			✓	
En términos generales califique la calidad del servicio de Grupo Emerger IPS SAS.			✓	
Describa la imagen o concepto que tiene de Grupo Emerger IPS SAS: <u>Muy buen Servicio...</u>				

8700000

	ENCUESTA DE SATISFACCION A USUARIOS	CÓDIGO: GE-F-07 FECHA: 01/07/2011 VERSIÓN: 00
---	--	---

NOMBRE: <u>Colombio Mueza</u>	CARGO: <u>P/c</u>
ENTIDAD: <u>Colombio</u>	TEL: <u>3173320145</u> FECHA: <u>23-Sep-11</u>

CALIFIQUE EL SERVICIO DE 1 A 3 EN LOS SIGUIENTES CRITERIOS, EN DONDE 1 ES BAJO – 2 MEDIO – 3 ALTO.

CRITERIOS	CALIFICACION			OBSERVACIONES
	1	2	3	
Atención recibida en la solicitud del servicio a través de las líneas telefónicas			✓	
Tiempo de respuesta del servicio			✓	
Actitud del personal de Grupo Emerger que le brindo el servicio			✓	
Presentación personal del equipo de trabajo			✓	
Estado de las ambulancias		✓		
Asistencia de enfermería recibida			✓	
Asistencia médica recibida			✓	
En términos generales califique la calidad del servicio de Grupo Emerger IPS SAS.			✓	
Describa la imagen o concepto que tiene de Grupo Emerger IPS SAS: <u>Excelente Servicio</u>				

0000007

Anexo P. Procedimiento de mejora continua.

DOCUMENTO
CONTROLADO

**PROCEDIMIENTO DE
MEJORA CONTINUA**

CONTROL DE APROBACIÓN

Elaboró	Aprobó
Cargo: Encargado de calidad	Cargo: Gerente

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Descripción del cambio realizado	Fecha de aprobación
00	Creación del documento	01/07/2011

1. OBJETIVO

Este procedimiento describe los parámetros a seguir para medir, analizar y mejorar continuamente el Sistema de Gestión de calidad S.G.C de GRUPO EMERGER IPS SAS, en conformidad con los requerimientos del cliente, los requisitos legales y reglamentarios, y demás requisitos establecidos por la empresa.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica a todos los procesos del S.G.C de GRUPO EMERGER IPS SAS.

3. CONDICIONES GENERALES

Al realizar procesos de control, seguimiento, mejora continua y auditoria interna se tendrán en cuenta las condiciones mencionadas en este documento.

4. DEFINICIONES

- ❖ **No Conformidad:** Es el incumplimiento generado alrededor de los requisitos del cliente, reglamentarios o de la empresa. Son detectados del desarrollo propio de los procesos, quejas y reclamos, auditorías internas, análisis de datos, satisfacción del cliente y calificación de proveedores.
- ❖ **Producto No Conforme:** No conformidad presentada durante la ejecución de los proyectos o la producción de mezclas asfálticas, la cual está directamente relacionada con la calidad del producto final.
- ❖ **Acción Correctora:** Solución inmediata que se da a las *No Conformidades* presentadas durante las actividades diarias.
- ❖ **Acción Correctiva:** Acción encaminada a eliminar las causas raíz de las *No Conformidades* repetitivas o de aquellas que ocasionen gran impacto a la calidad del servicio o al funcionamiento de la empresa.

- ❖ **Acción Preventiva:** Acción encaminada a eliminar la causa raíz de las *No Conformidades Potenciales* que sean detectadas.
- ❖ **Disposición del producto no conforme:** Acción que permite identificar y controlar el producto no conforme para prevenir su uso o entrega al cliente inmediato.

DOCUMENTO
CONTROLADO

5. RESPONSABLE

Gerente, responsable de calidad y en general todos los miembros de la empresa.

6. CONTENIDO ESPECIFICO

El producto o servicio no conforme es aquel que no cumple con los requisitos del cliente, los requisitos legales o reglamentarios y/o los requisitos del S.G.C y puede detectarse a través de auditoria interna, revisión por la gerencia o simplemente durante la ejecución de las actividades diarias

6.1 ANÁLISIS DE DATOS

El responsable de Calidad presenta semestralmente un informe de análisis de datos al director donde se tendrán en cuenta los Indicadores de Gestión definidos presentando los resultados de éstos en un Informe de Indicadores. Esto se realiza simultáneamente con la revisión por la dirección.

ACTIVIDAD	DESARROLLO ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO REGISTRO
Recuperación de datos	Se recopilan los datos provenientes del desempeño del S.G.C	Responsable de calidad	Documentos del S.G.C

Análisis de datos e informe	Los datos recopilados son semestralmente analizados para determinar la eficacia del S.G.C y proponer su mejora continua.	Responsable de calidad	Informe de Análisis de Datos
Análisis de mejora continua	Con base en el análisis anterior, se proponen planes de mejora por proceso, los cuales deben ser aprobados y controlados por el responsable de calidad	Responsable de calidad	N/A

6.2 AUDITORIA INTERNA AL S.G.C

ACTIVIDAD	DESARROLLO ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO REGISTRO
Programade auditorias	El Director administrativo de GRUPO EMERGER IPS SAS y el responsable de calidad establecen el programa de auditoria al iniciar cada año, Este programa podrá ser modificado siempre que se considere necesario, previa autorización del Gerente teniendo en cuenta los requisitos de la norma establecida para implementar el S.G.C. Se establece la realización de dos auditoria al año, donde se verifique que se cumplen las disposiciones planeadas para la gestión de calidad.	Director Administrativo y Responsable de Calidad	GE-F-46 PROGRAMA DE AUDITORIA
Plan de auditoría	Para cada auditoria a realizarse se documenta, por lo menos con ocho días de anticipación, el plan de auditoria, en el cual se determina: - objetivo de la auditoria - alcance de la auditoria - criterios de la auditoria - agenda de actividades El plan de auditoria se hace llegar a todos los involucrados	Gerente y Responsable de Calidad	GE-F-43 PLAN DE AUDITORIAS

ACTIVIDAD	DESARROLLO ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO REGISTRO
Selección de auditores	Después de documentado el plan de auditoria, se debe seleccionar el auditor o auditores, teniendo en cuenta los siguientes requerimientos: - conocimientos del sistema de gestión de calidad. - conocimientos del proceso a auditar - no auditar su propio trabajo Si el auditor no pertenece a la empresa, es decir es un auditor externo, entonces su perfil se debe ajustar al perfil de cargo descrito para auditores internos.	Gerente y Responsable de Calidad	GE-F-43 PLAN DE AUDITORIAS
Reunión de apertura	Antes de iniciar la auditoria se reúnen los responsables de los procesos a ser auditados con el auditor, para revisar el plan de auditoria y aclarar dudas o inquietudes.	Auditor	GE-F-32 ASISTENCIA-
Ejecución de la auditoria	El auditor recoge las evidencias a través de entrevistas directas, revisión de registros y observación del desarrollo de las actividades. Estas evidencias son registradas para facilitar su posterior análisis.	Auditor	GE-F-42 LISTA VERIFICACION DE AUDITORIAS
Clasificación de las evidencias e Informe de auditoria	Una vez recogidas todas las evidencias el auditor las clasifica en una de las siguientes categorías: - fortaleza (todo lo bueno que tienen los procesos) - oportunidad de mejora (se está haciendo bien pero podría mejorarse para evitar contratiempos futuros, generalmente conduce a una acción preventiva) - no conformidad (incumplimiento de un requisito del cliente, legal o del SGC conduce a una corrección o acción correctiva) - observación (anotación por parte del auditor que puede ser tomada en cuenta o no por los auditados)	Auditor	GE-F-44 INFORME AUDITORIA

ACTIVIDAD	DESARROLLO ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO REGISTRO
Reunión de cierre	Después de clasificar las evidencias el auditor se reúne con todos los auditados y presenta sus conclusiones. Los responsables de los procesos deberán tomar las acciones acordes con cada evidencia.	Auditor	Asistencia
Informe final de auditoria	Con la clasificación de las evidencias el auditor prepara un informe final de las actividades de la auditoria para presentarlo a la Gerencia, en un tiempo no superior a una semana después de realizada la auditoria. Con esta actividad se da por finalizada la auditoría interna.	Auditor	GE-F-44 INFORME AUDITORIA
Seguimiento a las acciones	Según lo determinado en los planes de acción originados de las auditorías internas del SGC el Director o el responsable de calidad harán un seguimiento para verificar la eficacia de dichas acciones.	Director- Responsable de calidad	GE-F-41 – PLAN DE ACCIÓN NO CONFORMIDAD

6.3 CONTROL DESERVICIO NO CONFORME O NO CONFORMIDADES.

ACTIVIDAD	DESARROLLO ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO REGISTRO
IDENTIFICACIÓN DE NO CONFORMIDADES	Cualquier miembro de GRUPO EMERGER IPS SAS puede y está en la obligación de detectar una no conformidad o un servicio no conforme.	Todos los miembros de la empresa	GE-F-41 NO CONFORMIDAD – PLAN DE ACCIÓN
DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD.	Para la descripción de la no conformidad o el servicio no conforme se debe definir el tipo, la fecha en que se reporta, el origen, el qué, el cuándo,	Quien reporta la no conformidad.	GE-F-41 NO CONFORMIDAD – PLAN DE ACCIÓN

ACTIVIDAD	DESARROLLO ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO REGISTRO
	el cómo se presentó la no conformidad, y quien la reporta. Una no conformidad puede ser de tipo: Real: cuando ya se ha presentado la no conformidad y se trabaja sobre lo sucedido, para que no se vuelva a presentar. Potencial: cuando se prevé la ocurrencia de una no conformidad y se trabaja para evitar su ocurrencia.		
ANÁLISIS DE NO CONFORMIDAD	Antes de determinar las acciones a seguir, el Responsable del proceso junto con las demás personas que se han visto afectadas por la no conformidad, analizan las causas que la pudieron provocar, con el fin de poder determinar cuál es la acción más adecuada para evitar su nueva ocurrencia. Para la elaboración del plan de acción deben estar presentes los involucrados con la no conformidad	Todos los involucrados	GE-F-41 NO CONFORMIDAD – PLAN DE ACCIÓN
DISPOSICIÓN DEL SERVICIO NO CONFORME Y TRATAMIENTO DE LA ACCIÓN PREVENTIVA Ó CORRECTIVA	El tratamiento para la no conformidad deberá especificarse en las actividades del plan de acción: Estas acciones puede conducir a tomar una corrección, una acción preventiva o una acción correctiva.	Responsable del proceso	GE-F-41 NO CONFORMIDAD – PLAN DE ACCIÓN

ACTIVIDAD	DESARROLLO ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO REGISTRO
ACCIÓN PREVENTIVA	La acción preventiva debe asegurar que se elimina la causa de la no conformidad potencial, para que esta no se presente.	Responsable de calidad y afectado por la no conformidad	GE-F-41 NO CONFORMIDAD – PLAN DE ACCIÓN
ACCIÓN CORRECTORA	La acción correctora no afecta gravemente el S.G.C ni sus procesos, su solución es inmediata.	Responsable de calidad y afectado por la no conformidad	GE-F-41 NO CONFORMIDAD – PLAN DE ACCIÓN
ACCIÓN CORRECTIVA	Es la acción tomada para eliminar la causa-raíz de la no conformidad detectada u otra situación indeseable.	Responsable de calidad y afectado por la no conformidad	GE-F-41 NO CONFORMIDAD – PLAN DE ACCIÓN
MEJORA	La Mejora es la acción que se origina, cuando algún miembro de GRUPO EMERGER IPS SAS aporta una idea para hacer más eficaz y práctico el mismo.	Responsable de calidad y afectado por la no conformidad	
IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN	Para definir el tratamiento a dar al servicio no conforme o no conformidad; corrección, acción preventiva, acción correctiva, el afectado o el responsable de calidad según corresponda el tipo de acción determinara un plan de acción que contenga: - Agenda de actividades - Responsable por actividad - Cronograma de seguimiento.	Todos los afectados	GE-F-41 NO CONFORMIDAD – PLAN DE ACCIÓN

ACTIVIDAD	DESARROLLO ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO REGISTRO
SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE LAS ACCIONES TOMADAS	El gerente y el responsable de calidad deberá verificar la eficacia de las acciones tomadas para asegurar el cumplimiento de los requisitos y la satisfacción del cliente	Gerente y responsable de Calidad	GE-F-41 NO CONFORMIDAD – PLAN DE ACCIÓN
CONCLUSIONES	Una vez verificado que la no conformidad se ha eliminado se cierra el registro dejando evidencia de lo encontrado en el espacio para tal fin.	Gerente y responsable de Calidad	GE-F-41 NO CONFORMIDAD – PLAN DE ACCIÓN

6.4 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

ACTIVIDAD	DESARROLLO ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO REGISTRO
PROGRAMACIÓN DE LAS REVISIONES GERENCIALES	El gerente establece que la revisión gerencial al S.G.C se realizará dos veces al año para así asegurarse de la conveniencia, adecuación y eficacia continuas. Esta programación se registra en el cronograma de actividades, en donde también se registran las fechas de reunión del comité de calidad, y se expone en la cartelera principal.	Gerente y Responsable de calidad	GE-F-46 PROGRAMA DE AUDITORIAS

ACTIVIDAD	DESARROLLO ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO REGISTRO
CONVOCATORIA A LA REVISIÓN GERENCIAL	El Director después de las auditorías internas convoca a la revisión gerencial a las personas que considere necesarias para ello, promueve el desarrollo de la misma teniendo en cuenta los aspectos relevantes del S.G.C	gerente	GE-F-45 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
PREPARACIÓN DE LA INFORMACIÓN	El Gerente prepara la información de la revisión gerencial realizando la divulgación de las Políticas y los objetivos del S.G.C con todo el personal, recibiendo los informes necesarios de los diferentes procesos y solicitando el informe de mejora de la revisión gerencial previa.	Gerente	--
INFORMACIÓN DE ENTRADA	La información de entrada para la Revisión por la dirección son: Retroalimentación del Cliente; Desempeño de los procesos y la conformidad del producto; Estados de las acciones correctivas, preventivas y mejoras; Acciones de Seguimiento de Revisión de la Dirección; Recomendaciones para la mejora; Política y Objetivos de calidad	Gerente	GE-F-45 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
CONCLUSIONES O RESULTADOS DE LA REVISIÓN	Las conclusiones son los planes de acción que de la revisión se generen, como mejora a la eficacia del S.G.C y siempre en pro de la mejora del servicio y sus procesos en relación con los requisitos del cliente.	Gerente	GE-F-45 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
MEJORA CONTINUA	El responsable de calidad revisa las recomendaciones y observaciones generadas en la revisión gerencial y da tratamiento de acción preventiva, correctiva o producto no conforme según lo especificado en los procedimientos. Los resultados de la revisión por la dirección se disponen para comunicación y consulta a todos los procesos involucrados para eficacia de del sistema El responsable de calidad, hacen seguimiento	Gerente	GE-F-41 NO CONFORMIDAD – PLAN DE ACCIÓN

ACTIVIDAD	DESARROLLO ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO REGISTRO
	permanente a los resultados de la revisión, los comunica a la gerencia para que gestione los recursos necesarios.		
CAMBIOS QUE AFECTEN EL SGC	Cuando se presenten cambios que puedan afectar la integridad del Sistema, los cuales pueden ser: cambio en las normas ISO 9001:2008, modificación del alcance del sistema, cambio en legislación que afecte los servicios prestados, forma de operación de la organización, apertura de una sucursal, entre otros. La gerencia con el apoyo del Responsable de calidad, establecerán en un plan de trabajo, siendo el responsable de calidad en el C.E.A quien tenga la responsabilidad de asegurar su implementación.	Gerente y Responsable de calidad	

7. ANEXOS

- GE-F-41 NO CONFORMIDADES- PLAN DE ACCIÓN
- GE-F-42 LISTA DE VERIFICACIÓN DE AUDITORÍA
- GE-F-43 PLAN DE AUDITORÍA
- GE-F-44 INFORME DE AUDITORÍA
- GE-F-45 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
- GE-F-46 PROGRAMA DE AUDITORIAS

Anexo Q. Plan de auditoría.

 GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN SALUD S.A.S.	PLAN AUDITORIA	CÓDIGO: GE - F- 43 FECHA: 01/07/2011 VERSIÓN: 00
---	-----------------------	---

1. **FECHAS PREVISTAS:** Lunes 27 de Noviembre del 2011
2. **OBJETIVO:** Evaluación inicial del Sistema de Gestión de Calidad y seguimiento de implementación
3. **ALCANCE:** La auditoria incluye todos los procesos de la empresa
4. **DOCUMENTOS DE REFERENCIA:** Documentos del sistema de Gestión: Procedimientos, manuales y formatos NTC ISO 9001:2008
5. **PROCESOS, ACTIVIDADES, AREAS:**
 - GESTION GERENCIAL
 - LOGISTICA DEL SERVICIO
 - GESTION HUMANA
 - INFRAESTRUCTURA
 - GESTION CONTABLE
 - PRESTACION DEL SERVICIO (TRASLADO EN AMBULANCIA TANTO AEREO COMO TERRESTRE Y CON CONSULTA MEDICA DOMICILIARIA)
 - COMERCIALIZACION Y MERCADEO
 - COMPRAS
6. **INTEGRANTES DEL EQUIPO AUDITOR:** ASTRID ELIANA NAVARRO. COLMANT CONSULTING
7. **PARTICIPANTES DE LA AUDITORIA:**
 - YERIS CRISTINA MENDOZA (ASESORA DE LA EMPRESA)
 - TATIANA MONSALVE (ENCARGADA DE CALIDAD)

PLAN:

Fecha	Hora	Actividad	Requisito	Responsable	Equipo Auditor
28 NOVIEMBRE 2011	7:00 AM	Evaluación ambulancias y tripulantes. Evaluar el proceso de PRESTACIÓN DEL SERVICIO	7.6 5.2, 7.1, 7.2.1, 7.2.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.4, 7.5.5, 8.2.1, 8.2.4, 8.3	CONDUCTORES Y AUXILIARES DE ENFERMERIA (TRIPULACION MOVIL)	ASTRID ELIANA NAVARRO. COLMANT CONSULTING
28 NOVIEMBRE 2011	9:00 AM	Evaluación del proceso de LOGÍSTICA DEL SERVICIO.	7.6 5.2, 7.1, 7.2.1, 7.2.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.4, 7.5.5, 8.2.1, 8.2.4, 8.3	COORDINADORA OPERATIVA	ASTRID ELIANA NAVARRO. COLMANT CONSULTING
28 NOVIEMBRE 2011	10:00 AM	Revisión proceso de GESTIÓN GERENCIAL, evaluación del procedimiento de mejora continua, y cumplimiento de indicadores de gestión	5, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.4.1, 5.4.2, 5.5, 5.5.1, 5.5.2, 5.5.3, 5.6, 5.6.1, 5.6.2, 5.6.3, 6, 6.1, 6.3, 8.4	GERENTE	ASTRID ELIANA NAVARRO. COLMANT CONSULTING
28 NOVIEMBRE 2011	1:00 PM	Revisión proceso de GESTIÓN CONTABLE	6.1	AUXILIAR CONTABLE	ASTRID ELIANA NAVARRO. COLMANT CONSULTING
28 NOVIEMBRE 2011	2:00 PM	Revisión proceso de COMPRAS	7.4, 7.4.1, 7.4.2, 7.4.3, 8.3	GERENTE	ASTRID ELIANA NAVARRO. COLMANT CONSULTING
28 NOVIEMBRE 2011	3:00PM	Revisión proceso de GESTIÓN HUMANA	5.5.1, 5.5.3, 6.2, 6.2.1, 6.2.2, 6.4	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	ASTRID ELIANA NAVARRO. COLMANT CONSULTING

28 NOVIEMBRE 2011	5:00 PM	Revisión del proceso COMERCIALIZACIÓN Y MERCADEO	6.2, 7.2, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 8.2.1	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	ASTRID ELIANA NAVARRO. COLMANT CONSULTING
28 NOVIEMBRE 2011	5:30 PM	Evaluación de proceso INFRAESTRUCTURA	6.3 6.4	COORDINADOR OPERATIVO	ASTRID ELIANA NAVARRO. COLMANT CONSULTING
OBSERVACIONES:					
No se audita la revisión por la dirección ya que el grado de implementación del sistema no lo permite, no existen resultados formales de los indicadores y acciones correctivas y preventivas, auditorías, elementos de entrada indispensables para esta revisión.					

Anexo R. Informe auditoría.



INFORME AUDITORIA

CÓDIGO: GE -F- 44
FECHA: 01/07/2011
VERSION: 00

OBJETO	Verificar la implementación del sistema de gestión de calidad de la empresa bajo los lineamientos de la norma ISO 9001: 2008			
ALCANCE	Aplica para los procesos Gestión Gerencial , Infraestructura, Logística del Servicio, Compras, Gestión Contable, prestación del servicio, comercialización y mercado, gestión humana.			
CRITERIOS	Manual de Calidad, documentos obligatorios del sistema de gestión, requisitos legales de habilitación.			
AUDITOR LIDER	Astrid Eliana Navarro Uron	FECHA	30 de Diciembre del 2011	FIRMA <i>Astrid E. Navarro Uron</i>
FECHAS AUDITORIA	27 de Diciembre del 2011			

PROCESO	RESPONSABLE / ENTREVISTADO	HALLAZGO	CLASIFICACION			
			Fortaleza	Oportunidad de mejora	No conformidad	Observación
Gestión humana	Director Administrativo	No se evidencia la hoja de vida del auditor que realizó la auditoria del sistema de gestión de calidad para evaluar el cumplimiento por la organización. (8.2.2, 6.2.2.)			X	
Gestión humana	Director Administrativo	Definir los documentos aparte de los exigidos por el perfil para las hojas de vida como lo son (copia de cedula, certificado judicial entre otros...) (6.2.2.)		X		
Gestión humana	Director Administrativo	No se evidencia la aplicación del GE-F-39 PRUEBA DE CONOCIMIENTO cada seis meses alternadamente con la evaluación de desempeño como indica el procedimiento de recursos humanos. Sólo se encuentra la evaluación inicial aplicada para el ingreso del trabajador a la empresa. No se cuenta con un indicador que mida el avance obtenido por el personal a medida que se aplica la prueba. (6.2.2.)			X	

Gestión Gerencial	Directora Administrativa	La mayoría de los indicadores establecidos no miden claramente la gestión de los procesos		X		
Gestión Gerencial	Directora Administrativa	Algunos documentos de origen externo como las legislaciones aplicables a la empresa específicamente la resolución 1439 no se encuentran controlados GE-F-17 LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS EXTERNOS tal como lo menciona el CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS GE-P-01. 4.2.3 Control de documentos.			X	
Gestión Gerencial	Gerente	No se pudo evidenciar el registro de habilitación para la empresa Emerger, se encontró este registro para la anterior razón social. 5.3 Política de Calidad				X
Gestión Gerencial	Directora Administrativa	Se está Sombreado con lapicero la casilla que contiene títulos en los diferentes formatos de infraestructura lo que genera mala presentación en los mismos. 4.2.4 Control de registros.				X
Gestión Gerencial	Directora Administrativa	Falta familiarización por parte del personal del proceso con la documentación generada en el mismo ejemplo: conceptos utilizados en los procedimientos de traslado básico terrestre y medicalizado. 6.2.2 formación, toma de conciencia y formación.				X
Infraestructura	Coordinador operativo	No se están diligenciando completamente los siguientes formatos: GE-F-15 Esterilización. (no se esta diligenciando que método de esterilización se utiliza) GE-F-13 revisión de equipos médicos GE-F-14, Inspección pre operacional de vehículos GE-F-40 Inspección preoperacional de vehículos desde el día 15/11/2011. El inventario TAM GE-F-13 no se esta diligenciando desde el 11-11-2011.			X	

		El inventario de medicamentos de la móvil GE-F-08 no se esta realizando desde el 15 de noviembre de 2011. (8.2.4 Seguimiento y Medición servicio)				
Infraestructura	Coordinador operativo	No se encuentran calibrados los equipos que lo requieren así mismo no se tiene definido la frecuencia de calibración de los mismos ej: Manómetros, tensiómetros entre otros. (7.6 Control de los equipos de seguimiento y medición)			X	
Infraestructura	Coordinador operativo	En el inventario TAM aparece relacionado riñonera en acero inoxidable, pato orinal en acero inoxidable al verificar en la ambulancia dos de ellos se encuentran en material plástico y en mal estado (sucios y la riñonera rota) (7.5.1 Control de la prestación del servicio)			X	
Infraestructura	Coordinador operativo	No se cuenta con los Manuales de algunos de los equipos ej Desfibrilador. 6.3 Infraestructura			X	
Compras	Gerente	No se ha implementado la orden de pedido G-F-25 tal como lo menciona el procedimiento de compras GE-P-03 (7.4 Compras)			X	
Compras	Gerente	No se ha implementado la selección y evaluación de proveedores GE-F-28 y GE-F-26 respectivamente (7.4 Compras)			X	
Prestación del servicio	Auxiliar de Enfermería	En los procedimientos de Traslado Básico terrestre, traslado medicalizado terrestre se menciona que la tripulación esta compuesta de medico, enfermera, auxiliar o tecnólogo, al preguntarle al responsable del proceso menciona que la enfermera no forma parte de esta tripulación. 4..2.3 Control de documentos		X		

Gerencia	Gerente	En el listado de control de registros GE-F-18 no se tiene claramente estipulado la recuperación de los registros ya que se evidencia que para todos se estipula la recuperación por códigos. Las hojas de vida no están incluidas en el control de registros. (4.2.4)						X
----------	---------	--	--	--	--	--	--	---

OBSERVACIONES

Se destacan como fortalezas en todos los procesos

- ✓ El conocimiento por parte del personal del sistema de gestión de calidad en cada uno de sus procesos.
- ✓ La implementación de mejoras en los procesos cuando estos no cumplen con los requisitos establecidos.

Para evaluar la eficacia de las acciones correctivas, preventivas o de mejora, estipular un tiempo prudente en el cual se evidencie que ha sido eficaz o que tanto se ha avanzado para serlo.

La organización debe trabajar en la definición de las causas de las no conformidades detectadas en esta auditoria e implementar las acciones correctivas de manera eficaz para eliminar las deficiencias encontradas.

La auditoria se realizo para revisar la adecuación, conveniencia y eficacia de los procesos auditados, es importante hacer un buen análisis de causas de las no conformidades presentadas para prevenir su ocurrencia.



OBJETO	Verificar la implementación del sistema de gestión de calidad de la empresa bajo los lineamientos de la norma ISO 9001: 2008				
ALCANCE	Aplica para los procesos Gestión Gerencial , Infraestructura, Logística del Servicio , Compras , Gestión Contable , prestación del servicio, comercialización y mercadeo, gestión humana.				
CRITERIOS	Manual de Calidad, documentos obligatorios del sistema de gestión, requisitos legales de habilitación.				
AUDITOR LIDER	Astrid Eliana Navarro Uron	FECHA	1 de Diciembre de 2011	FIRMA	
FECHAS AUDITORIA	28 de Noviembre del 2011				

PROCESO	RESPONSABLE / ENTREVISTADO	HALLAZGO	CLASIFICACION			
			Fortaleza	Oportunidad de mejora	No conformidad	Observación
Gestión Gerencial	Directora Administrativa	Las caracterizaciones de todos los procesos no describen de qué procesos reciben las entradas ni a que procesos les entregan las salidas. El requisito 4.1 establece que se debe definir la secuencia e interacción entre los procesos. Así mismo dentro de los requisitos no describe los requisitos legales que debe cumplir solo contempla los de la norma ISO 9001.			x	
Gestión Gerencial	Directora Administrativa	No se ha registrado e implementado el seguimiento de acciones correctivas y preventivas en la empresa.			x	
Gestión Gerencial	Directora Administrativa	El manual de calidad no describe las exclusiones del sistema de gestion . Así mismo en el mapa de procesos el proceso de comercialización y		x		

		mercadeo esta ubicado como apoyo y node cara al cliente comodeberia ser.				
Gestión Gerencial	Directora Administrativa	La mayoría de los indicadores establecidos no miden claramente la gestion de los procesos		x		
Gestión Gerencial	Directora Administrativa	Algunos documentos de origen externo como las legislaciones aplicables a la empresa específicamente la resolución 1439 no se encuentran controlados GE-F-17 LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS EXTERNOS tal como lo menciona el CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS GE-P-01. 4.2.3 Control de documentos .			x	
Gestión Gerencial	Gerente	No se pudo evidenciar el registro de habilitación para la empresa Emerger, se encontró este registro para la anterior razón social. 5.3 Política de Calidad				X
Gestión Gerencial	Directora Administrativa	Se está Sombreado con lapicero la casilla que contiene títulos en los diferentes formatos de infraestructura lo que genera mala presentación en los mismos. 4.2.4 Control de registros.				X
Gestión Gerencial	Directora Administrativa	Falta familiarización por parte del personal del proceso con la documentación generada en el mismo ejemplo: conceptos utilizados en los procedimientos de traslado básico terrestre y medicalizado. 6.2.2 formación, toma de conciencia y formación.				X

Infraestructura	Coordinador operativo	No se están diligenciando completamente los siguientes formatos: GE-F-15 Esterilización. (no se esta diligenciando que método de esterilización se utiliza) GE-F-13 revisión de equipos médicos GE-F-14, Inspección pre operacional de vehículos GE-F-40 inspección preoperacional de vehículos desde el día 15/11/2011 . El inventario TAM GE-F-13 no se esta diligenciando desde el 11-11-2011 . El inventario de medicamentos de la móvil GE-F-08 no se esta realizando desde el 15 de noviembre de 2011. (8.2.4 Seguimiento y Medición servicio)			x	
Infraestructura	Coordinador operativo	No se encuentran calibrados los equipos que lo requieren así mismo no se tiene definido la frecuencia de calibración de los mismos ej: Manómetros, tensiómetros entre otros. (7.6 Control de los equipos de seguimiento y medición)			x	
Infraestructura	Coordinador operativo	En el inventario TAM aparece relacionado riñonera en acero inoxidable, pato orinal en acero inoxidable al verificar en la ambulancia dos de ellos se encuentran en material plástico y en mal estado (sucios y la riñonera rota) (7.5.1 Control de la prestación del servicio)			x	
Infraestructura	Coordinador operativo	No se cuenta con los Manuales de algunos de los equipos ej Desfibrilador. 6.3 Infraestructura			x	

Compras	Gerente	No se ha implementado la orden de pedido G-F-25 tal como lo menciona el procedimiento de compras GE-P-03 (7.4 Compras)			x	
Compras	Gerente	No se ha implementado la selección y evaluación de proveedores GE-F-28 y GE-F-26 respectivamente (7.4 Compras)			x	
Prestación del servicio	Auxiliar de Enfermería	En los procedimientos de Traslado Básico terrestre, traslado medicalizado terrestre se menciona que la tripulación esta compuesta de medico, enfermera, auxiliar o tecnólogo, al preguntar al responsable del proceso menciona que la enfermera no forma parte de esta tripulación. 4..2.3 Control de documentos		x		
Logística del Servicio	Coordinador operativo	No se está implementando las auditorias de traslados TAB y TAM GE-F-12 tal como los menciona el procedimiento de prestación del servicio. 8.2.4 Seguimiento y medición del servicio.			x	
Comercialización y mercadeo	Director Administrativo	No se tiene formalizado los aspectos legales que aplican a la comercialización del servicio. (7.2.1.)			x	
Gestión Contable	Auxiliar Contable	Aclarar en el procedimiento de Facturación GE-P-08 en el grupo sanitas que debe contar con bono cuando se requiera. 4.2.3 Control de documentos.		x		
Gestión Contable	Auxiliar Contable	Revisar la conveniencia de que los indicadores establecidos en este proceso ya que los indicadores establecidos miden más el proceso gerencial. 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos.		x		

Gestión Humana	Directora Administrativa	Verificar la coherencia entre los perfiles establecidos para los cargos y las exigencias de la resolución 1439. 6.2.2 Competencia toma de conciencia y formación.		x		
Gestión Humana	Directora Administrativa	No se evidencia el certificado del curso de atención al cliente exigido en el ítem de formación en el perfil de cargo para el coordinador operativo. (6.2.2.)			x	
Gestión Humana	Directora Administrativa	No se ha implementado la evaluación de desempeño para el personal de la empresa. 6.2.2 competencia formación y toma de conciencia.			x	

OBSERVACIONES

La organización debe trabajar en la definición de las causas de las no conformidades detectadas en esta auditoría e implementar las acciones correctivas de manera eficaz para eliminar las deficiencias encontradas.

La auditoria se realizo para revisar la adecuación, conveniencia y eficacia de los procesos auditados, es importante hacer un buen análisis de causas de las no conformidades presentadas para prevenir su ocurrencia.

Se recomienda a la organización no solo ser puntuales en los hallazgos encontrados ya que eso solo atacaría al problema directamente mas no a las causas que son las que se deben detectar y hacer el tratamiento adecuado.

No se audito la revisión por la dirección ya que el grado de implementación del sistema no lo permite.

Se requiere mantener el compromiso Gerencial para el apoyo en la implementación del sistema de Gestión.



INFORME AUDITORIA

CÓDIGO: GE -F- 44
FECHA: 01/07/2011
VERSION: 00

OBJETO	Verificar la implementación del sistema de gestión de calidad de la empresa bajo los lineamientos de la norma ISO 9001: 2008			
ALCANCE	Aplica para los procesos Gestión Gerencial , Infraestructura, Logística del Servicio, Compras , Gestión Contable , prestación del servicio, comercialización y mercadeo, gestión humana.			
CRITERIOS	Manual de Calidad, documentos obligatorios del sistema de gestión, requisitos legales de habilitación.			
AUDITOR LIDER	Astrid Eliana Navarro Uron	FECHA	1 de Diciembre de 2011	FIRMA <i>Astrid E. Navarro Uron</i>
FECHAS AUDITORIA	28 de Noviembre del 2011			

PROCESO	RESPONSABLE / ENTREVISTADO	HALLAZGO	CLASIFICACION			
			Fortaleza	Oportunidad de mejora	No conformidad	Observación
Gestión Gerencial	Directora Administrativa	Las caracterizaciones de todos los procesos no describen de qué procesos reciben las entradas ni a que procesos les entregan las salidas. El requisito 4.1 establece que se debe definir la secuencia e interacción entre los procesos. Así mismo dentro de los requisitos no describe los requisitos legales que debe cumplir solo contempla los de la norma ISO 9001.			X	
Gestión Gerencial	Directora Administrativa	No se ha registrado e implementado el seguimiento de acciones correctivas y preventivas en la empresa.			X	
Gestión Gerencial	Directora Administrativa	El manual de calidad no describe las exclusiones del sistema de gestión . Así mismo en el mapa de procesos el proceso de comercialización y mercadeo está ubicado como apoyo y no de cara al cliente comodebería ser.		X		

Logística del Servicio	Coordinador operativo	No se está implementando las auditorías de traslados TAB y TAM GE-F-12 tal como los menciona el procedimiento de prestación del servicio. 8.2.4 Seguimiento y medición del servicio.				X	
Comercialización y mercadeo	Director Administrativo	No se tiene formalizado los aspectos legales que aplican a la comercialización del servicio. (7.2.1.)				X	
Gestión Contable	Auxiliar Contable	Aclarar en el procedimiento de Facturación GE-P-08 en el grupo santas que debe contar con bono cuando se requiera. 4.2.3 Control de documentos.		X			
Gestión Contable	Auxiliar Contable	Revisar la conveniencia de que los indicadores establecidos en este proceso ya que los indicadores establecidos miden más el proceso gerencial. 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos.		X			
Gestión Humana	Directora Administrativa	Verificar la coherencia entre los perfiles establecidos para los cargos y las exigencias de la resolución 1439. 6.2.2 Competencia toma de conciencia y formación.		X			
Gestión Humana	Directora Administrativa	No se evidencia el certificado del curso de atención al cliente exigido en el ítem de formación en el perfil de cargo para el coordinador operativo. (6.2.2.)				X	
Gestión Humana	Directora Administrativa	No se ha implementado la evaluación de desempeño para el personal de la empresa. 6.2.2 competencia formación y toma de conciencia.				X	

OBSERVACIONES

La organización debe trabajar en la definición de las causas de las no conformidades detectadas en esta auditoría e implementar las acciones correctivas de manera eficaz para eliminar las deficiencias encontradas.

La auditoría se realizó para revisar la adecuación, conveniencia y eficacia de los procesos auditados, es importante hacer un buen análisis de causas de las no



INFORME AUDITORIA

CÓDIGO: GE -F- 44
FECHA:01/07/2011
VERSION: 00

conformidades presentadas para prevenir su ocurrencia.

Se recomienda a la organización no solo ser puntuales en los hallazgos encontrados ya que eso solo atacaría al problema directamente mas no a las causas que son las que se deben detectar y hacer el tratamiento adecuado.

No se audito la revisión por la dirección ya que el grado de implementación del sistema no lo permite.

Se requiere mantener el compromiso Gerencial para el apoyo en la implementación del sistema de Gestión.

OBJETO	Verificar la implementación del sistema de gestión de calidad de la empresa bajo los lineamientos de la norma ISO 9001: 2008				
ALCANCE	Aplica para los procesos Gestión Gerencial , Infraestructura, Logística del Servicio , Compras , Gestión Contable , prestación del servicio, comercialización y mercadeo, gestión humana.				
CRITERIOS	Manual de Calidad, documentos obligatorios del sistema de gestión, requisitos legales de habilitación.				
AUDITOR LIDER	Astrid Eliana Navarro Uron	FECHA	30 de Diciembre del 2011	FIRMA	
FECHAS AUDITORIA	27 de Diciembre del 2011				

PROCESO	RESPONSABLE / ENTREVISTADO	HALLAZGO	CLASIFICACION			
			Fortaleza	Oportunidad de mejora	No conformidad	Observación
Gestión humana	Director Administrativo	No se evidencia la hoja de vida del auditor que realizó la auditoria del sistema de gestión de calidad para evaluar el cumplimiento por la organización. (8.2.2, 6.2.2.)			x	
Gestión humana	Director Administrativo	Definir los documentos aparte de los exigidos por el perfil para las hojas de vida como lo son (copia de cedula, certificado judicial entre otros...) (6.2.2.)		x		
Gestión humana	Director Administrativo	No se evidencia la aplicación del GE-F-39 PRUEBA DE CONOCIMIENTO cada seis meses alternadamente con la evaluación de desempeño como indica el procedimiento de recursos humanos. Sólo se encuentra la evaluación inicial aplicada para el ingreso del trabajador a la empresa. No se cuenta con un indicador que mida el avance			x	

		obtenido por el personal a medida que se aplica la prueba. (6.2.2.)				
Gestión Gerencial	Gerente	En el listado de control de registros GE-F-18 no se tiene claramente estipulado la recuperación de los registros ya que se evidencia que para todos se estipula la recuperación por códigos. Las hojas de vida no están incluidas en el control de registros. (4.2.4)				x

OBSERVACIONES

Se destacan como fortalezas en todos los procesos

- ✓ El conocimiento por parte del personal del sistema de gestión de calidad en cada uno de sus procesos.
- ✓ La implementación de mejoras en los procesos cuando estos no cumplen con los requisitos establecidos.

Para evaluar la eficacia de las acciones correctivas, preventivas o de mejora, estipular un tiempo prudente en el cual se evidencie que ha sido eficaz o que tanto se ha avanzado para serlo.

La organización debe trabajar en la definición de las causas de las no conformidades detectadas en esta auditoría e implementar las acciones correctivas de manera eficaz para eliminar las deficiencias encontradas.

La auditoria se realizo para revisar la adecuación, conveniencia y eficacia de los procesos auditados, es importante hacer un buen análisis de causas de las no conformidades presentadas para prevenir su ocurrencia

Anexo S. Plan de mejora primera auditoría.

Plan de acción- Auditoría interna			
Hallazgo	Acción	Responsables	Fecha límite
Las caracterizaciones de todos los procesos no describen de qué procesos reciben las entradas ni a que procesos les entregan las salidas. El requisito 4.1 establece que se debe definir la secuencia e interacción entre los procesos. Así mismo dentro de los requisitos no describe los requisitos legales que debe cumplir solo contempla los de la norma ISO 9001.	Ajustar caracterizaciones de procesos, evaluando los procesos y actividades de entrada y salida. Anexar a las caracterizaciones los requisitos legales que se deben cumplir en la organización.	Coordinador de calidad	7 de Diciembre del 2011
No se ha registrado e implementado el seguimiento de acciones correctivas y preventivas en la empresa.	Realizar sensibilizaciones de la importancia de las acciones correctivas y preventivas para la empresa. Capacitar sobre la metodología para levantar acciones correctivas, preventivas y servicios no conformes Realizar revisiones periódicas del estado de las acciones levantadas	Coordinador de calidad Gerente	23 de Diciembre del 2011
El manual de calidad no describe las exclusiones del sistema de gestion . Asi mismo en el mapa de procesos el proceso de comercialización y mercadeo esta ubicado como apoyo y no debe ser.	Ajustar el manual aclarando las exclusiones del sistema Evaluar la importancia del proceso de comercialización y mercadeo como proceso misional de la empresa y su interacción con los otros procesos. Realizar los cambios del mapa y ajustar las caracterizaciones según el nuevo diseño.	Coordinador de calidad Director administrativo	12 de Diciembre del 2011

La mayoría de los indicadores establecidos no miden claramente la gestión de los procesos	Evaluar los indicadores que se están aplicando actualmente. Establecer indicadores que proporcionen el seguimiento adecuado a cada proceso. Verificar la efectividad de los nuevos indicadores. Realizar los cambios documentales pertinentes a los indicadores establecidos después de la revisión.	Coordinador de Calidad Responsables de procesos	27 de Enero del 2012
Algunos documentos de origen externo como las legislaciones aplicables a la empresa específicamente la resolución 1439 no se encuentran controlados GE-F-17 LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS EXTERNOS tal como lo menciona el CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS GE-P-01. 4.2.3 Control de documentos .	Realizar un análisis documental de la empresa identificando los documentos externos que apliquen y que no estén controlados. Contratar un asesor legal para actualizar el cumplimiento de los requisitos legales de la empresa Actualizar el listado maestro de documentos externos.	Coordinador de calidad Gerente	23 de Diciembre del 2011
No se pudo evidenciar el registro de habilitación para la empresa Emerger, se encontró este registro para la anterior razón social. 5.3 Política de Calidad	Realizar una revisión de la documentación de la empresa para detectar fallas o incumplimientos legales Actualizar la totalidad de la documentación a la nueva razón social Mantener el control de la documentación de la empresa.	Gerente Asesor jurídico	23 de Enero del 2012
Se está Sombreado con lapicero la casilla que contiene títulos en los diferentes formatos de infraestructura lo que genera mala presentación en los mismos. 4.2.4 Control de registros.	Realizar una evaluación de los formatos para identificar fallas en su aplicabilidad. Ajuste de los formatos para facilitar su diligenciamiento en cada uno de los procesos.	Encargado de Calidad Personal operativo	19 de Diciembre del 2011
Falta familiarización por parte del personal del proceso con la documentación generada en el mismo ejemplo: conceptos utilizados en los procedimientos de traslado básico terrestre y medicalizado.	Realizar capacitaciones sobre los conceptos y definiciones específicas que aplican a los documentos de cada proceso.	Encargado de Calidad	

6.2.2 formación, toma de conciencia y formación.	Realizar ajustes necesarios a la documentación.		
No se están diligenciando completamente los siguientes formatos: <i>GE-F-15</i> Esterilización. (no se esta diligenciando que método de esterilización se utiliza) <i>GE-F-13</i> revisión de equipos médicos <i>GE-F-14</i>, Inspección pre operacional de vehículos <i>GE-F-40</i> inspección preoperacional de vehículos desde el día 15/11/2011 . El inventario TAM <i>GE-F-13</i> no se esta diligenciando desde el 11-11-2011 . El inventario de medicamentos de la móvil <i>GE-F-08</i> no se esta realizando desde el 15 de noviembre de 2011. (8.2.4 Seguimiento y Medición servicio)	Realizar seguimiento periódico a los registros de revisión de la infraestructura. Establecer revisores de la documentación en cada móvil para que reporten el diligenciamiento diario de los formatos que corresponden. Establecer con la empresa proveedora de esterilización de insumos el registro del proceso realizado a los insumos cada que se requiera un servicio para poder registrarlo en el formato de esterilización. Dejar registro de la operatividad de las móviles para saber los días en que han sido operadas para la realización del servicio y los días que están fuera de servicio por razones distintas al mantenimiento.	Coordinador operativo Tripulantes de las móviles	23 de Diciembre del 2011
No se encuentran calibrados los equipos que lo requieren así mismo no se tiene definido la frecuencia de calibración de los mismos ej: Manómetros, tensiómetros entre otros. (7.6 Control de los equipos de seguimiento y medición)	Identificar los equipos que deben ser calibrados Realizar plan de calibración de equipos de acuerdo a su funcionalidad y su necesidad. Calibrar los equipos según el plan de calibración establecido.	Gerente Coordinador operativo	23 de Enero del 2012
En el inventario TAM aparece relacionado riñonera en acero inoxidable, pato orinal en acero inoxidable al verificar en la ambulancia dos de ellos se encuentran en material plástico y en mal estado (sucios y la riñonera rota) (7.5.1 Control de la prestación del servicio)	Realizar brigadas de revisión de los equipos e instrumentos de cada móvil asegurando que se encuentren los recursos necesarios exigidos legalmente y los exigidos por la empresa. Realizar un proceso de semaforización de los artículos para controlar la vida útil de cada uno . Mantener controlado la actividad de dar de baja	Enfermeros y conductores	23 de Diciembre del 2011

	los elementos defectuosos o cuya vida útil se haya terminado.		
No se cuenta con los Manuales de algunos de los equipos ej Desfibrilador. 6.3 Infraestructura	Realizar la búsqueda y actualización de los manuales de los equipos de la empresa Mantener controlados estos documentos a través del listado maestro de documentos	Coordinador operativo.	12 de Diciembre del 2011.
No se ha implementado la orden de pedido G-F-25 tal como lo menciona el procedimiento de compras GE-P-03 (7.4 Compras)	Implementar las órdenes de pedido para los proveedores controlados de la empresa, dejando evidencia de las especificaciones y la verificación de la compra realizada.	Coordinador operativo Auxiliar contable	12 de Diciembre del 2011
No se ha implementado la selección y evaluación de proveedores GE-F-28 y GE-F-26 respectivamente (7.4 Compras)	Realizar la selección de los proveedores, pidiendo los documentos soporte y datos pertinentes para este procedimiento. La evaluación de proveedores se realiza anualmente; sin embargo se evaluara la posibilidad de aplicar esta evaluación semestralmente. Realizar la primera evaluación de proveedores para la fecha establecida.	Gerente Coordinador operativo	23 de diciembre del 2011. La evaluación de proveedores se realizara cuando se cumpla el tiempo establecido.
En los procedimientos de Traslado Básico terrestre, traslado medicalizado terrestre se menciona que la tripulación está compuesta de médico, enfermera, auxiliar o tecnólogo, al preguntar al responsable del proceso menciona que la enfermera no forma parte de esta tripulación. 4..2.3 Control de documentos	Realizar revisión y corrección de las inconsistencias documentales que puedan generar confusión o doble información. Corregir las inconsistencias encontradas	Coordinador de calidad	23 de Diciembre del 2011.
No se está implementando las auditorias de traslados TAB y TAM GE-F-12 tal como los menciona el procedimiento de	Establecer un periodo fijo en el que se realice la aplicación de este formato. (mensualmente)	Gerente	23 de Diciembre del 2011.

prestación del servicio. 8.2.4 Seguimiento y medición del servicio.	Generar las acciones correctivas detectadas. Implementar el formato GE-F-12 para realizar la revisión de los servicios		
No se tiene formalizado los aspectos legales que aplican a la comercialización del servicio. (7.2.1.)	Consultar con un asesor jurídico los aspectos legales que se deben tener en cuenta para realizar la comercialización que aplican a la razón de la empresa. Formalizar estos aspectos en el procedimiento para comercialización y cobranzas.	Director Administrativo	23 de Diciembre del 2011.
Aclarar en el procedimiento de Facturación GE-P-08 en el grupo sanitas que debe contar con bono cuando se requiera. 4.2.3 Control de documentos.	Realizar revisión y corrección de las inconsistencias documentales que puedan generar confusión o doble información. Corregir las inconsistencias encontradas Revisar y restablecer los requisitos que deben tenerse en cuenta para la facturación de cada empresa cliente.	Auxiliar Contable Coordinador de Calidad	19 de Diciembre del 2011.
Revisar la conveniencia de que los indicadores establecidos en este proceso ya que los indicadores establecidos miden más el proceso gerencial. 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos.	Evaluar los indicadores que se están aplicando actualmente. Establecer indicadores que proporcionen el seguimiento adecuado a este proceso. La evaluación de los indicadores propuestos se realizara junto con los indicadores nuevos generados en otros procesos el 27 de Enero del 2012.	Auxiliar contable	23 de Diciembre del 2011.
Verificar la coherencia entre los perfiles establecidos para los cargos y las exigencias de la resolución 1439. 6.2.2 Competencia toma de conciencia y formación.	Establecer las condiciones establecidas por la ley 1439 para los cargos de la empresa y comparar con los perfiles de cargo creados. Realizar los cambios y ajustes que correspondan.	Director administrativo	19 de Diciembre del 2011
No se evidencia el certificado del curso de atención al cliente exigido en el ítem de formación en el perfil de cargo para el coordinador operativo. (6.2.2.)	Realizar verificación de los certificados y hojas de vida de los empleados, asegurándose del cumplimiento de los requisitos establecidos en los perfiles.	Director administrativo	21 de Diciembre del 2011.

	Exigir el cumplimiento de los requisitos establecidos, dar plazo de cumplimiento al personal de actualización de soportes o realización de cursos que hagan falta.		
No se ha implementado la evaluación de desempeño para el personal de la empresa. 6.2.2 competencia formación y toma de conciencia.	Evaluar las habilidades y competencias del personal de la empresa. La evaluación de desempeño se realizará en el tiempo establecido para este procedimiento.	Director administrativo	23 de Diciembre del 2012



Hallazgos que se encuentran en proceso al iniciar la segunda auditoría.

Anexo T. Plan de mejora segunda auditoría.

Plan de acción- Auditoría interna			
Hallazgo	Acción	Responsables	Fecha límite
No se evidencia la hoja de vida del auditor que realizó la auditoria del sistema de gestión de calidad para evaluar el cumplimiento por la organización. (8.2.2, 6.2.2.)	Realizar la revisión de la hoja de vida del auditor acorde a lo establecido por el perfil de auditores establecido en el manual de funciones de la empresa. Archivar la hoja de vida del auditor.	Director Administrativo	23 de Enero del 2011.
Definir los documentos aparte de los exigidos por el perfil para las hojas de vida como lo son (copia de cedula, certificado judicial entre otros...) (6.2.2.)	Establecer los documentos necesarios para el ingreso a la empresa, incluir estos documentos como requisitos dentro del procedimiento de recurso humano	Director Administrativo	23 de Enero del 2011.
No se evidencia la aplicación del GE-F-39 PRUEBA DE CONOCIMIENTO cada seis meses alternadamente con la evaluación de desempeño como indica el procedimiento de recursos humanos. Sólo se encuentra la evaluación inicial aplicada para el ingreso del trabajador a la empresa. No se cuenta con un indicador que mida el avance obtenido por el personal a medida que se aplica la prueba. (6.2.2.)	Aplicar la PRUEBA DE CONOCIMIENTO al personal de la empresa. Establecer los avances del personal en la prueba de conocimiento presentada. Establecer indicador de cumplimiento. Realizar ajustes a la prueba de conocimiento si es necesario	Director Administrativo	30 de Enero del 2011.
En el listado de control de registros GE-F-18 no se tiene claramente estipulado la recuperación de los registros ya que	Realizar la revisión de los registros de la organización. Incluir las hojas de vida en el	Coordinador de calidad	23 de Enero del 2011.

se evidencia que para todos se estipula la recuperación por códigos. Las hojas de vida no están incluidas en el control de registros. (4.2.4)	listado de registros. Establecer y corregir el modo de recuperación de los diferentes registros de la empresa.		
---	---	--	--

Anexo U. Acta de reunión mejora continua.

 GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS	ACTAS	CÓDIGO: GE-F-06 FECHA: 01/07/2011 VERSIÓN: 00
---	--------------	--

GRUPO EMERGER SERVICIOS ESPECIALES EN SALUD IPS SAS

ACTA N°023

FECHA DEL ACTA: 12 de Noviembre del 2012

MOTIVO DE LA REUNION: Reunión mejora Continua. con representantes de los procesos.

ASISTENTES: Luz Adriana Silvestri. Coordinadora operativa.
 • Marleny Nuñez. Auxiliar Contable - Obel Cruz. Conductor
 • Javier Gómez - Auxiliar de Enfermería • Adriana
 Ramírez. Directora Administrativa. - Tatiana Monsalve. Coord. Cal

REVISION DE COMPROMISOS ANTERIORES:

COMPROMISOS	RESPONSABLE	CUMPLIDO	
		SI	NO
Revisión de los formatos de inventarios en ambulancias	Coord. calidad.	X	
Semafización de los insumos por fechas de vencimiento.	Aux. Enfermería Coord. operativo	X	
Compra de insumos faltantes en Bodega	Gerencia.		X.

DESARROLLO DE LA REUNIÓN:

- Se revisó el cumplimiento de las propuestas anteriores y el estado de las acciones de mejora. Sigue en proceso la compra de insumos.
- Analizando la implementación de los formatos, se hace necesario incluir en el formato de NOVEDADES un espacio para describir la soluciones propuestas a los diferentes reportes que se generan. De esta manera no solo se hace seguimiento a las eventualidades del servicio, sino que se proponen mejoras y correcciones.
- Se han presentado muchas fallas en el servicio debido al aumento de la demanda. En algunas ocasiones se hace difícil cumplir con el tiempo programado a los clientes. Los Servicios se deben realizar en menos tiempo, lo que ocasiona que la calidad del servicio

disminuya y el cliente presente quejas y reclamos. Se hace necesario estudiar la posibilidad de incrementar el personal. Comprar o rentar otra ambulancia para suplir la demanda de servicios. Gerencia debe velar por el cumplimiento de los servicios y la satisfacción del cliente.

Los RADTS medicalizados no se están llenando correctamente, a muchos les hace falta la nota médica (espacio que llena solo el médico que realizó el servicio) lo que imposibilita la facturación del servicio. Se deben hacer retrocesos y se pierde tiempo.

Gerencia debe escuchar las necesidades de las empleadas, debe propiciar también el tiempo para que la tripulación pueda cumplir con las actividades de revisión de la infraestructura.

COMPROMISOS

COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA
Realizar cambios necesarios en la documentación, específicamente formato NOVEDADES.	Coord. de calidad.	14 de Nov 2011.
Establecer horarios y planes de trabajo diarios. Dando tiempo para todas las actividades	Tripulación Gerencia	14 de Nov 2011.
Gestionar posibles condiciones o mejoras para abastecer la demanda de servicios.	Gerencia Director Admon.	21 de Nov 2011

Generación Conectiva a médicos por mal diligenciamiento operativo.
FIRMAS: de los RADTS.

Javier Gómez

Adriana Ramirez Pérez.
Ored Cruz Osorio.

MARLENY NUÑEZ
Tatiana Monsalve