

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE  
GESTIÓN DE LA CALIDAD EN CLINISALUD IPS BASADO EN LOS  
LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000.**

**IVONNE MARITZA MURCIA SILVA  
JIM ALEXANDER MORENO LANDAZABAL**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER.  
FACULTAD DE INGENIERÍAS FISICOMECAICAS.  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES.  
BUCARAMANGA  
2008**

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE  
GESTIÓN DE LA CALIDAD EN CLINISALUD IPS BASADO EN LOS  
LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000.**

**IVONNE MARITZA MURCIA SILVA  
JIM ALEXANDER MORENO LANDAZABAL**

**Proyecto de grado para obtener el título de  
INGENIERO INDUSTRIAL**

**Directora,  
ING. SONIA AMPARO ESTEBAN CAICEDO  
ESPECIALISTA EN EVALUACIÓN Y GERENCIA DE PROYECTOS  
ASESORA DE SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
AUDITOR LÍDER CERTIFICADO NO 6081 QUALITY CORP**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER.  
FACULTAD DE INGENIERÍAS FISICOMECANICAS.  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES.**

**BUCARAMANGA**

**2008**

## DEDICATORIA

*A Dios por hacer posible el logro de esta meta.*

*A mis padres por su apoyo incondicional.*

*A mi hermano Luis Fernando por su cariño, comprensión y motivación.*

*Y a todas las demás personas que una u otra manera ayudaron*

*En la realización de este trabajo.*

*Ivonne Maritza Murcia Silva*

## DEDICATORIA

*A Dios por ser la luz que ilumina mi camino y me llena de sabiduría*

*A mi padre por sus consejos y respaldo incondicional*

*A mi madre por brindarme su amor y total apoyo*

*A mi hermano por su compañía y respaldo*

*A mi esposa por su apoyo comprensión, amor y cariño*

*A mi hija Sofía por ser el motor que mueve la ilusión de mi vida*

*Jim Alexander Moreno Landazabal*

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a todas las personas que con su ayuda contribuyeron a la realización de este proyecto, especialmente a:

Dr. Víctor Hugo Duarte Galvis, Gerente General y al Equipo de Trabajo de CLINISALUD IPS por su constante respaldo y confianza depositada durante la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en la Clínica.

Ingeniera Sonia Amparo Esteban Caicedo, por su valiosa colaboración en la dirección del Proyecto de Grado, por sus oportunas enseñanzas y consejos.

Dra. Graciela Silva, por su destacada motivación e incansable apoyo en el desarrollo del proyecto.

Dra. Luz Alba Duarte Galvis, por su colaboración y compromiso para el desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>pág.</b>
INTRODUCCIÓN.....	16
1. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO .....	18
1.1. TÍTULO DEL PROYECTO.....	18
1.2. OBJETIVOS .....	18
1.2.1. Objetivo general.....	18
1.2.2. Objetivos específicos .....	18
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	19
1.4. ALCANCE .....	20
2. LA EMPRESA.....	22
2.1. RESEÑA HISTÓRICA .....	22
2.5. MISIÓN.....	26
2.6. VISIÓN .....	26
2.7. OBJETIVOS ORGANIZACIONALES.....	26
3. ESTADO DEL ARTE .....	27
3.1. LAS NORMAS ISO.....	27
3.2. IMPORTANCIA DE LA CALIDAD EN EL MUNDO EMPRESARIAL .....	28
3.3. EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD .....	29
3.4. EL SISTEMA ISO-9000 .....	31
3.5. ACTUALIZACIÓN DE LAS NORMAS ISO .....	35
3.6. FAMILIA DE NORMAS ISO 9000:2000.....	41
3.7. ELEMENTOS DE LA NORMA TÉCNICA ISO 9001:2000 .....	47
3.7.1. El sistema de gestión de la calidad.....	47
3.7.2. Requisitos de la documentación .....	48
3.7.3. La responsabilidad de la dirección.....	48
3.7.4. La gestión de los recursos .....	48

3.7.5. Realización del producto.....	49
3.7.6. Medición .....	49
3.8. ENTIDADES Y PROYECTOS UIS EN EL SECTOR SALUD .....	50
3.8.1. ENTIDADES QUE LABORAN EN EL SECTOR SALUD EN EL MUNICIPIO DEL SOCORRO .....	50
3.8.2. PROYECTOS DESARROLLADOS EN SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA EL SECTOR SALUD EN LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER (UIS) .....	51
3.9. HERRAMIENTAS A UTILIZAR EN EL PROYECTO .....	52
4. DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA EMPRESA .....	54
5. PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD .....	76
5.1 DETERMINACIÓN DE LAS NECESIDADES DE DOCUMENTACIÓN .....	76
5.2 DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	82
5.3 ELEMENTOS DEL MANUAL DE CALIDAD.....	83
5.3.1 Mapa de procesos. ....	83
5.3.2 Política y objetivos de calidad.....	83
5.3.3 Caracterizaciones. ....	87
5.3.4 Indicadores de Gestión.....	88
5.3.5 Documentación de los procedimientos y registros.....	89
6. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. ....	91
6.1 ELABORACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN .....	91
6.2 REVISIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN.....	94
6.3 VALIDACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN .....	96
6.4 MANUAL DE CALIDAD.....	98
6.5 PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	98
6.6 FORMATOS Y REGISTROS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. .....	100
6.7 PERFILES DE CARGO .....	102
6.8 CAPACITACIÓN DEL PERSONAL .....	105
7. EVALUACIÓN Y MEJORA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD... ..	115

7.1 AUDITORÍAS INTERNAS.....	115
7.2 PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS.....	118
7.3 EQUIPO AUDITOR INTERNO.....	119
7.4 DEFINICIÓN DE OBJETIVOS, ALCANCE Y CRITERIOS.....	120
7.5 REVISIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN.....	121
7.6 REALIZACIÓN DE LA AUDITORIA EN SITIO.....	122
7.7 IDENTIFICACIÓN DE EVIDENCIAS DE AUDITORÍA.....	123
7.8 INFORME DE AUDITORÍA INTERNA.....	123
7.9 REUNIÓN DE CIERRE.....	124
7.10 ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA.....	124
7.11 SEGUIMIENTO, CIERRE Y EFECTIVIDAD.....	133
8. APORTES COMO INGENIEROS INDUSTRIALES AL PROYECTO.....	134
9. TRÁMITES PARA LA INSCRIPCIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN ANTE ICONTEC.....	144
9.1 ICONTEC INTERNACIONAL.....	144
9.2 PROCESO DE INSCRIPCIÓN DE CLINISALUD IPS A INCONTEC INTERNACIONAL.....	144
9.3 CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO DE AUDITORÍA PARA EL OTORGAMIENTO DEL CERTIFICADO DE ICONTEC DE SISTEMA DE GESTIÓN.....	145
10. CONCLUSIONES.....	146
11. RECOMENDACIONES.....	148
12. BIBLIOGRAFÍA.....	150

## LISTA DE FIGURAS

	<b>pág.</b>
Figura 1. Organigrama.....	24
Figura 2. Avance de la Calidad en las Empresas Mediante la Incorporación del Sistema ISO-9000.....	32
Figura 3. Herramientas para Lograr Competitividad en las Empresas.....	33
Figura 4. Cuerpo de Normas ISO-9000:2000 Sobre un Sistema de Gestión de la Calidad.....	35
Figura 5. Sistema de Gestión Ambiental 140000:1996.....	36
Figura 6. Elementos Básicos de la ISO-9000:2000 y la Mejora del Desempeño Empresarial.....	36
Figura 7. El Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2000 Basado en Procesos .....	38

## LISTA DE TABLAS

	<b>pág.</b>
Tabla 1. Lista de Chequeo .....	58
Tabla 2. Tipos de documentos a desarrollar .....	78
Tabla 3. Política de Calidad VS Objetivos de Calidad. ....	85
Tabla 4. Distribución de Registros .....	102
Tabla 5. Cronograma de Capacitación .....	106
Tabla 6. Plan de Acción para las No Conformidades Generadas en Auditoría Interna.....	126
Tabla 7. Acciones de Mejora Detectadas en la Auditoría Interna .....	128

## LISTA DE ANEXOS

	<b>pág.</b>
Anexo A. Mapa de Procesos.....	152
Anexo B. Planificación del Sistema.....	153
Anexo C. Caracterizaciones .....	158
Anexo D. Cumplimiento de Indicadores.....	159
Anexo E. Instructivo para Elaborar Documentos .....	161
Anexo F. Procedimiento para el Control de Documentos .....	162
Anexo G. Manual de Calidad .....	167
Anexo H. Listado Maestro de Documentos.....	170
Anexo I. Fotos Capacitación .....	217
Anexo J. Cronograma de Auditorías .....	217
Anexo K. Plan de Auditoría Interna.....	220
Anexo L. Listas de Chequeo Auditorías.....	221
Anexo M. Informe de Auditoría .....	224
Anexo N. Propuesta de Otorgamiento .....	233
Anexo O. Contrato de Prestación de Servicios ICONTEC.....	247

## **RESUMEN.**

### **1. TITULO.**

“DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN CLINISALUD IPS BASADO EN LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000”.\*

### **2. AUTORES.**

IVONNE MARITZA MURCIA SILVA\*\*  
JIM ALEXANDER MORENO LANDAZABAL

### **3. PALABRAS CLAVES.**

NTC ISO 9001:2000, Sistemas de Gestión de la Calidad, Manual de Calidad, Política de Calidad, Objetivos de Calidad, Caracterización de los procesos, Certificación de Calidad.

### **4. DESCRIPCIÓN.**

Este documento presenta las bases para implementación del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) de la IPS CLINISALUD, fundamentado en los principios y requerimientos de las NTC ISO 9001:2000, incluyendo la descripción de los procesos principales de la empresa.

Por medio de este trabajo se logró evaluar la situación inicial de la organización con respecto al cumplimiento de los requisitos de la NTC ISO 9001:2000, sensibilizar y capacitar al personal tanto operativo como administrativo, diseñar, documentar el Sistema de Gestión de la Calidad y evaluar el Sistema por medio de Auditorías Internas y de esta manera identificar las fortalezas y debilidades que permitan generar acciones correspondientes y por último alcanzar la certificación del SGC ante el ente certificador ICONTEC.

La realización de este proyecto contribuirá a aumentar la competitividad de CLINISALUD, frente a las demás empresas del sector, ya que estableciendo el Sistema de Gestión de la calidad, se asegura el uso estándares de calidad en los procesos, se podrá optimizar la utilización de los recursos para la prestación del servicio y se establecerá una ventaja competitiva frente a las demás entidades privadas existentes en el sector salud del municipio de El Socorro.

Este proyecto permite aplicar de la mejor manera los conocimientos adquiridos durante la carrera, los cuales incrementan la eficacia de la organización a través de la integración del recurso humano, físico y económico en la Implementación, desarrollo y mejora del Sistema de Gestión de la Calidad.

---

\* Trabajo de Grado

\*\* Facultad de Ingenierías Físico Mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales.  
Ingeniera Industrial. Sonia Amparo Esteban Caicedo

## SUMMARY

### 1. TITLE.

“DESIGN, DOCUMENTATION AND IMPLEMENTATION OF A QUALITY MANAGEMENT SYSTEM BASED ON THE ISO - 9001:2000 STANDARD, IN CLINISALUD IPS”.\*

### 2. AUTHORS.

IVONNE MARITZA MURCIA SILVA\*\*  
JIM ALEXANDER MORENO LANDAZABAL

### 3. KEY WORDS.

NTC ISO 9001:2000, Quality Management Systems, Quality Manual, Quality Politics, Quality Objectives, Characterization of the processes, Quality Certification.

### 4. DESCRIPTION.

This document provides the basis for the implementation of the Quality Management System (QMS) of IPS CLINISALUD based on the principles and requirements of the ISO 9001:2000 standard, including a description of the main processes of this company.

Through this work, was possible to evaluate the initial situation of the organization to accomplish the ISO 9001:2000 standard requirements, also was possible to sensitize and train operational and administrative staff, design, documenting the Quality Management System and evaluate the system with Internal Audit and through this way, identify strengths and weaknesses to generate the corresponding actions; finally achieve the QMS certification before the certifier entity.

The development of this project will contribute to increase the Competitiveness of CLINISALUD compared to other sector companies, due to establish the Quality Management System will ensure quality standards, in CLINISALUD processes, will optimize the use of resources for service provision and will establish a competitive advantage over the others private entities of the health sector in the municipality of El Socorro.

This project allows the best way to implement the knowledge acquired during the Career, which increase organizational effectiveness through the integration of Human resources, physical and economic resources in the Implementation, development and improvement of Quality Management System.

---

\* Work of Grade

\*\* Faculty Physique Mechanics Engineering`s. School of Industrial and Managerial Studies.  
Industrial engineering. Sonia Amparo Esteban Caicedo

## INTRODUCCIÓN

La Globalización por la que atraviesa el mundo ha generado la búsqueda del progreso económico y social por parte de los países en desarrollo. Los intereses del sector industrial y empresarial por mejorar la calidad de vida han centralizado ideas de innovación y mejoramiento que permitirán el fortalecimiento y desarrollo de los procesos, así como la optimización de los recursos utilizados para la fabricación de bienes y prestación de servicios.

A nivel nacional las directrices están orientadas a plantear las estrategias que permitan incrementar la oportunidad de crecimiento y subsistencia de nuestro país, creando conciencia a la población de la protección y mantenimiento de los recursos que suelen ser tan escasos y limitados para la utilización humana.

La problemática en la prestación de servicios de salud que se ha desatado en los últimos años en todo el territorio nacional, ha provocado gran distorsión e inconformidad por parte de la población y más aún en las provincias donde el sistema es muy limitado; estos hechos de insatisfacción obligaron al gobierno nacional a tomar medidas que permitan mejorar en lo que a aspectos de salud se refiere; es así como los estamentos gubernamentales hoy día exigen que tanto un producto como un servicio sea entregado o prestado con las normas básicas y permitidas a nivel mundial para lograr el éxito del sistema.

Una de las herramientas de Gestión actualmente utilizada para la mejora continua en las organizaciones es el Sistema de Gestión de la Calidad, los cuales permiten dirigir y evaluar el desempeño institucional para afrontar los cambios del mercado y de esta manera lograr satisfacer las expectativas de los clientes. E aquí la

necesidad de gestionar e implementar un proyecto que ayude a cristalizar de manera eficaz la estrategia de desarrollo.

Para CLINISALUD es importante la adopción de este tipo de sistemas ya que dentro de su filosofía institucional se plantea la preocupación por brindar a sus clientes el mejor servicio con la más avanzada tecnología y materiales e insumos de alta calidad. Además teniendo presente en cada paciente el sentido humano que caracteriza la longevidad de la institución.

Este trabajo resume la metodología en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad basado en la Norma ISO 9001:2000, la cual resulta un medio efectivo a favor del desempeño de CLINISALUD, y de esta manera poder mejorar en aquellos aspectos en los cuales se han encontrado inconvenientes por parte de los clientes internos como externos para encaminarse hacia un futuro más prospero con una ventaja competitiva que haga referencia en el posicionamiento mental de los clientes.

## **1. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO**

### **1.1. TÍTULO DEL PROYECTO**

“Diseño, documentación e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en CLINISALUD IPS basado en los lineamientos de la Norma NTC ISO 9001:2000”.

### **1.2. OBJETIVOS**

#### **1.2.1. Objetivo general**

Diseñar, documentar e implementar el Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo con los requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2000 en los servicios de odontología general y odontología especializada (rehabilitación oral, ortopedia, ortodoncia, periodoncia y endodoncia) y laboratorio clínico, en la empresa CLINISALUD hasta la solicitud de la auditoria y respuesta a tal solicitud por parte del organismo certificador ICONTEC.

#### **1.2.2. Objetivos específicos**

- Realizar un diagnóstico de la situación actual de CLINISALUD IPS, con respecto a los requisitos exige la norma NTC-ISO 9001:2000.

- Sensibilizar y Vincular a todo el personal de CLINISALUD IPS en el desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad, mediante la capacitación del avance de las diferentes etapas del mismo.
- Identificar los procesos necesarios para la eficaz implementación del sistema de gestión de la calidad.
- Planear el Sistema de Gestión de Calidad mediante el establecimiento de la política y objetivos de calidad, definición del alcance y exclusiones del SGC, Identificando y analizando los procesos necesarios para la eficaz implementación del sistema de gestión de la calidad.
- Realizar el diseño de la documentación necesaria y requerida por la norma NTC-ISO 9001:2000 para asegurarse de la eficaz operación y control del sistema de Gestión de la Calidad.
- Realizar la auditoria interna en la empresa, según los procedimientos establecidos, para obtener evidencia objetiva de que se ha cumplido con los requisitos existentes, evaluar la efectividad de la organización y asegurar la toma de acciones de mejora como respuesta a los resultados de ésta.
- Establecer el plan de acción de mejora basado en los resultados de la auditoria interna.
- Gestionar inscripción y solicitud de auditoria ante el SGS y esperar respuesta a tal solicitud.

### **1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

CLINISALUD IPS, es una empresa joven, pionera en la ciudad del socorro como IPS, que conciente de la necesidad de mejora continua direccionada a la satisfacción plena de los clientes, quiere establecer y mantener una clara ventaja competitiva con las demás empresas que han entrado al sector, por ello busca

empezar el proceso de implementación del Sistema de Gestión de Calidad, con el fin de incrementar su eficiencia y eficacia, satisfacer mejor las necesidades del mercado y lograr la certificación de calidad cumpliendo con los requerimientos de la norma ISO 9001:2000 para así obtener un fortalecimiento y posicionamiento de carácter estratégico.

CLINISALUD opta por la implementación del Sistema de Gestión de Calidad pues considera que es el complemento ideal, el cual apoyado con un excelente equipo de trabajo comprometido con su organización, permitirá establecer los requerimientos de los clientes y realizar una mejor planificación de los procesos necesarios para brindar un servicio de calidad, en búsqueda que obtener el reconocimiento como una clínica que brinda un servicio con calidad humana y una atención preferencial para todos sus vinculados, cumpliendo un papel importante dentro del conjunto de empresas del sector de la salud en El Socorro que se cuestiona de manera constante sobre las expectativas del mercado y considera muy importante establecer contacto con los clientes; de esta forma el Sistema de Gestión de Calidad establecerá una metodología para medir y garantizar que lo que el cliente requiere y que los procesos tengan como objetivo la búsqueda de esa satisfacción, por esto la solución planteada es la implementación en sistema de gestión de calidad ISO 9001:2000, ya que el establecimiento de los procesos basándose en las expectativas de los clientes es lo que la norma desarrolla, como requisito del sistema de gestión de calidad.

#### **1.4. ALCANCE**

El alcance de este proyecto abarca el diseño, documentación e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo con los requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2000 en los servicios de odontología general y odontología

especializada (rehabilitación oral, ortopedia, ortodoncia, periodoncia y endodoncia) y laboratorio clínico, en la empresa CLINISALUD IPS, hasta Obtener la certificación por parte del organismo certificador ICONTEC

## **2. LA EMPRESA**

### **2.1. RESEÑA HISTÓRICA**

Clinisalud esta ubicada en la ciudad de El Socorro en la calle 13 No 14-32, su representante legal es el Doctor Víctor Hugo Duarte Galvis de Profesión Odontólogo-Ortodoncista, NIT 91195240-4; ésta entidad nace a finales del Año 2003 para brindar soluciones oportunas y confiables a la comunidad en odontología general y ortodoncia, apoyada por un grupo de profesionales competentes y habilitados ante la secretaria de salud de Santander.

Manteniendo siempre la visión de ampliar en el corto plazo, el portafolio de servicios y la cobertura en la provincia comunera, desde el segundo semestre de 2004 la clínica refuerza la capacidad de su infraestructura, para prestar servicios de Odontología especializada (rehabilitación oral, endodoncia, periodoncia y ortopedia), rayos x en odontología, medicina general, psicología y laboratorio clínico y a partir de este momento el Gerente decide tramitar ante la Secretaria de Salud de Santander, la habilitación de Clinisalud IPS.

A partir del año 2005 Clinisalud se encuentra habilitada por la secretaria de Santander para funcionar como IPS según los lineamientos del decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Durante el año 2005 contrata por outsourcing servicios especializados de medicina (cardiología, ginecología, pediatría, oftalmología, optometría y otorrinolaringología)

y gracias a ello se realiza un convenio con el batallón Galán para prestarle dichos servicios de medicina especializada y también de laboratorio clínico.

A principios del año 2006 se inaugura la segunda edificación de Clinisalud donde se establece la parte administrativa, el departamento comercial con la modalidad de vinculados y el servicio de fisioterapia; además, Clinisalud logra un convenio con Avanzar Medico UT en el que se establece que Clinisalud le arrienda el segundo piso a Avanzar y atiende a los vinculados de Avanzar, en odontología general, laboratorio Clínico y Fisioterápia.

## **2.2. PORTAFOLIO DE SERVICIOS**

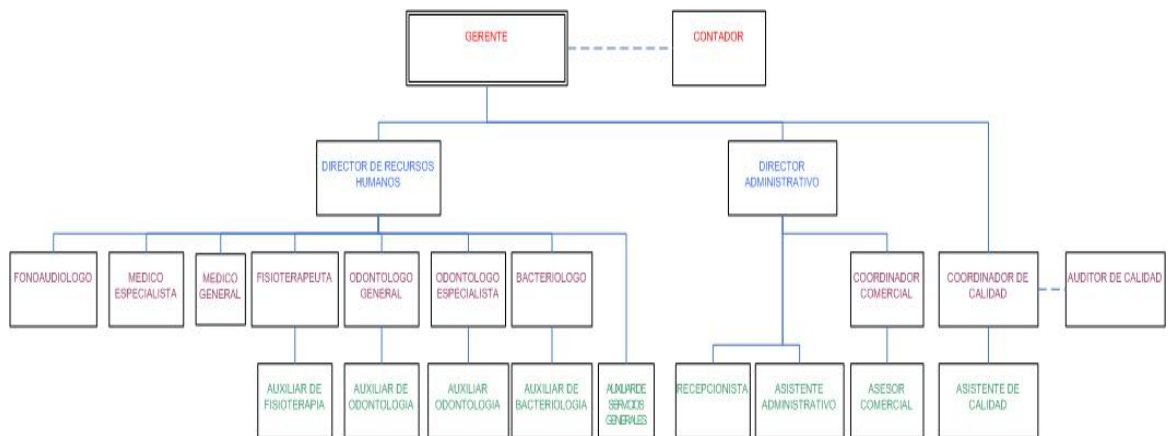
CLINISALUD está en capacidad de brindar los siguientes servicios:

- DIRECTOS:
  - Odontología general
  - Odontología especializada: ortodoncia, cirugía oral, endodoncia, periodoncia y rehabilitación oral
  - Radiología oral
  - Bacteriología
  - Fisioterapia
  - Fonoaudiología
  - Psicología
  - Medicina general
  - Nutrición
  - Diabetología
  - Dermatología
  - Urología
  - Medicina bioenergética

- POR OUTSOURCING:
  - Pediatría
  - Optometría
  - Oftalmología
  - Ortopedia.
  - Cardiología
  - Otorrinolaringología
  - Ginecología

### 2.3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Figura 1. Organigrama



Actualmente la empresa cuenta con 34 empleados distribuidos en las diferentes áreas de la estructura organizacional

- Gerencia: 1
- Contador:1 por outsourcing
- Dirección Administrativa: 1
- Dirección de Recursos Humanos:1
- Dirección de calidad: 1 por outsourcing
- Odontología general: 3
- Odontología especializada: 6
- Medicina general: 3
- Bacteriología: 2
- Fisioterapia: 1
- Nutrición: 1
- Psicología: 2
- Asistente administrativo: 1
- Coordinación comercial: 1
- Recepción: 1
- Coordinación de calidad: 2
- Asesor comercial: 1
- Servicios generales:1
- Auxiliares: 4

#### **2.4. CLIENTES**

CLINISALUD tiene convenio contractual con AVANZAR MEDICO UT, SERVIR S.A, y el BATALLON GALAN para atender a los beneficiarios de estas entidades, en la ciudad del Socorro

## **2.5. MISIÓN**

Ofrecer servicios preferenciales de salud con la mas alta calidad y sentido humano a través del cuidado de los equipos y la infraestructura, aplicando tecnología de ultima generación en los procesos asistenciales y administrativos, gestionando el cuidado por el medio ambiente, realizando un uso favorable de los servicios públicos y garantizando la excelencia en el desarrollo de nuestros profesionales para impactar favorablemente en nuestra comunidad.

## **2.6. VISIÓN**

En el 2012 seremos líderes en el sector de la salud de El Socorro, con una cobertura en todos los servicios de nivel 1 y 2, a través de la unión de esfuerzos con espíritu de servicio de un grupo de profesionales con sentido humano, la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y nuestra infraestructura que nos permitirá garantizar la efectividad en los procesos asistenciales, una solidez financiera y el mejoramiento continuo de nuestras actividades.

## **2.7. OBJETIVOS ORGANIZACIONALES**

- Ofrecer un portafolio de servicios de salud que cumpla con las necesidades del mercado.
- Brindar una atención preferencial y con sentido humano para captar el reconocimiento y la fidelidad de los usuarios.
- Controlar la planificación y utilización de los recursos en el desarrollo de los procesos de salud y administrativos con el fin de obtener resultados eficaces y rentables para CLINISALUD.

### **3. ESTADO DEL ARTE**

#### **3.1. LAS NORMAS ISO<sup>†</sup>**

En el contexto mundial, los establecimientos productivos han evolucionado de una manera vertiginosa, principalmente por los nuevos conocimientos científicos y tecnológicos que han logrado incorporar a su sistema productivo, dando como resultado entre otros, que hayan conseguido el manejo más apropiado de tecnología, la mejora en la administración del negocio, el incremento en la calidad de los bienes y servicios producidos, la atención y satisfacción de sus clientes y el cuidado del medio ambiente.

En la sociedad actual se reconoce el papel de la calidad como un elemento esencial para proporcionar de competitividad a las empresas para su adecuada inserción en el mundo de los negocios. Las empresas, instituciones públicas y organismos no gubernamentales que pretenden alcanzar el éxito económico con los productos y servicios que elaboran, fincan sus estrategias y desarrollan acciones para la atención de la calidad en cada una de las etapas de sus procesos productivos.

La calidad esta asociada con la productividad y su adecuada relación permite que los productos y servicios que se elaboran en los establecimientos productivos resulten atractivos para la sociedad según su diseño, especificaciones, precio, funcionamiento y tecnología empleada.

Así mismo, calidad es sinónimo de perfección en la ejecución de las actividades productivas y garantiza que lo producido se haga bien, en tiempo, en contenido,

---

<sup>†</sup> Diplomado UIS ISO 9000 – Normas ISO 9000

con repercusión positiva hacia terceros y con apego a la preservación del medio ambiente y la seguridad. Las prácticas de la calidad en las organizaciones conllevan a la producción homogénea y su realización sistemática promueve la mejora industrial y la innovación tecnológica, lo que arroja como resultado un desempeño superior en las actividades productivas industriales y de servicios.

### **3.2. IMPORTANCIA DE LA CALIDAD EN EL MUNDO EMPRESARIAL**

Los establecimientos productivos que han conseguido el éxito en el mercado con estrictos sistemas de calidad, han logrado construir una plataforma compuesta por recursos humanos de alto nivel, cuadros técnicos capacitados para su destino a las labores de operación, infraestructura física (edificios, laboratorios, equipos e instalaciones apropiadas), lo que les permite incrementar sus capacidades tanto de ingeniería como de administración que desembocan en mejores productos y servicios para sus clientes.

El papel central de la calidad no es una novedad en el mundo de la industria y el comercio, se ha convertido en parte del vocabulario empresarial por los resultados económicos extraordinarios que reportan los países asiáticos entre los que sobresalen China, Corea, Japón, Singapur, Malasia y los europeos con tradición en el intercambio de mercancías tales como: Alemania, Francia, Italia, Reino Unido, Austria y Suiza, entre otros, derivados de los intercambios comerciales y tecnológicos de sus empresas y corporaciones localizadas en distintas naciones del orbe.

‡Las principales firmas de los países mencionados que destacan en el mundo de los negocios tienen como factores claves de éxito: El empleo de las mejores prácticas y herramientas para llevar a cabo la optimización de las operaciones y el

---

‡ [www.gestiopolis.com](http://www.gestiopolis.com)

abatimiento de los costos; equipo de líderes en las esferas gerencial y técnica de sus corporaciones; dominio del saber-hacer tecnológico; y alta capacidad de innovación; lo anterior, les faculta para otorgar mayor valor agregado a los productos y servicios que ofrecen a la sociedad.

El quehacer de la calidad, es un elemento estratégico para el avance de los establecimientos productivos en el mundo empresarial, ya que con su ejecución se promueve el crecimiento económico generado por la productividad, innovación e investigación y desarrollo tecnológico. La calidad es el detonador que obliga a las firmas a conseguir su desempeño y permanencia en el mundo de los negocios, una empresa que soslaya la atención hacia la calidad de sus productos promueve su desplazamiento en el mercado global y corre el riesgo de permanecer marginada de la competencia técnica y de los modernos avances tecnológicos.

En este marco de referencia y con mercados cada vez más exigentes, las empresas a nivel mundial, se han visto en la necesidad de realizar esfuerzos para alcanzar y consolidar su productividad, competitividad y rentabilidad. Un papel importante en el desempeño operativo de estas firmas, descansa sobre la calidad y los trabajos relacionados con innovación tecnológica en los productos y servicios producidos.

Para ello, los establecimientos productivos se han visto condicionados a incorporar en sus sistemas productivos las mejores prácticas sobre calidad que les proveen de los elementos técnicos necesarios para brindar a sus productos y servicios el reconocimiento, credibilidad y confianza que requiere el mercado internacional.

### **3.3. EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD**

En el pasado, el enfoque tradicional de la calidad se centraba exclusivamente en tratar de evitar que se produjeran fallas en los procesos de fabricación mediante

§labores de inspección y control, empleando como soporte técnicas estadísticas que permitían verificar la estabilidad, o detectar tendencias de inestabilidad en la producción, con lo que se podían definir las causas asignables o aleatorias en un proceso, por lo que era factible su ajuste evitando el reproceso o desperdicios, en este caso, el trabajo era sólo competencia del departamento de calidad de la empresa.

El concepto de control de calidad evolucionó hacia el aseguramiento de la calidad, que es una actividad que va más allá del simple control e inspección y se visualiza como una función de toda la empresa, no únicamente corresponde al área de producción, se considera un trabajo administrativo, que si se realiza de manera óptima, produce resultados que se materializan en eficiencia y eficacia preproductiva de todo tipo de organizaciones.

La concepción de un verdadero sistema de calidad en las empresas pasó al siguiente nivel rebasando el aseguramiento, con dicho sistema se hace referencia a la estructura organizacional, procedimientos, procesos y recursos necesarios para garantizar que las actividades de un proceso o conjunto de procesos de la empresa, se realicen de manera eficiente y eficaz, lo que conlleva a que la empresa logre, mantenga y mejore la calidad de manera económica, se destaca la atención de los clientes y su nivel de satisfacción según los bienes y servicios producidos.

En las empresas modernas dicho sistema de calidad está vinculado con el plan estratégico y con él se persigue dar respuesta a las oportunidades que en materia de producción y generación de servicios tiene la organización para su eficiente

---

§ [www.monografias.com](http://www.monografias.com)

inserción en el mundo de las transacciones económicas y la prestación de servicios.\*\*

En las firmas modernas que se desenvuelven en la calidad total, tienen como pilar un sistema de gestión que se encarga de los procesos que realiza la organización, y les permite la obtención de beneficios para las partes involucradas: clientes-empresa-usuarios en forma sostenida, la calidad total promueve la mejora continua y la innovación en todos los procesos que integran la organización, con ella también se alienta el liderazgo técnico, la motivación del personal, la disminución de costos, la participación de la mercadotecnia y se atienden los requerimientos de la organización en materia de seguridad y ambiente para el cuidado del entorno.

### **3.4. EL SISTEMA ISO-9000<sup>††</sup>**

El Sistema de calidad ISO-9000 diseñado por la Organización Internacional de Normalización (ISO) es reconocido como una de las mejoras prácticas de administración y aseguramiento de la calidad en las empresas. Las normas ISO-9000 se han convertido en un esquema globalmente reconocido para demostrar a priori, ante cualquier interesado, la confiabilidad de los bienes y servicios que ofrece un establecimiento productivo.

El Sistema ISO-9000 es la columna vertebral sobre la que se sustenta la calidad en las empresas más exitosas en el comercio internacional, la aplicación de estas normas tiene carácter voluntario y su uso garantiza la calidad homogénea e incrementa la credibilidad y confianza entre clientes y proveedores, el empleo de

---

\*\* [www.monografias.com](http://www.monografias.com)

†† Diplomado ISO 9000

estas normas proporciona ventaja frente a la competencia y facilita la integración de las cadenas productivas.

El avance tecnológico que una empresa puede lograr empleando como punto de apoyo el sistema ISO-9000, se aprecia en la Figura A.1. Se observa que en forma paulatina el uso apropiado y dominio del conocimiento en las organizaciones, promueve los niveles de mejora en la calidad hasta alcanzar la excelencia empresarial en la producción de bienes y servicios.

**Figura 2. Avance de la Calidad en las Empresas Mediante la Incorporación del Sistema ISO-9000**



Las empresas que destacan por su desempeño en el empleo de las mejores prácticas y el uso de diversas herramientas para la optimización de las operaciones y el abatimiento de los costos, han logrado con este esfuerzo, proporcionar un mayor valor agregado en los productos y servicios que se ofrecen a los consumidores, a continuación se mencionan algunas de las múltiples

herramientas asociadas a la competitividad del negocio y directamente conexas con el quehacer de la calidad.<sup>‡‡</sup>

Las herramientas descritas a continuación son útiles para lograr ciertos objetivos en la administración de los negocios y su operación eficiente, pero es fundamental que sean estructurados y operados dentro de un sistema de calidad integral en las empresas, de no ser así, pueden resultar esfuerzos aislados.

Las empresas modernas para mantenerse en el mercado tratan de proveerse de las capacidades técnicas, para hacer frente de manera eficiente a las presiones competitivas que impone la apertura comercial y la economía global. Para ello, ponen en práctica estrategias y el uso de herramientas diversas con el objeto de lograr la optimización de sus operaciones y el abatimiento de los costos, entre ellas las mostradas en la Figura 1.

Otras empresas en la búsqueda de un mejor papel en la economía global, recurren a la adopción de modernos sistemas y cultura empresarial que les aprovisionen de las capacidades suficientes para realizar mejores productos y servicios, por ello, un número cada vez mayor de empresas aplican los sistemas de gestión de la calidad ISO-9000 en conjunción con algunas de las herramientas ya señaladas, con el objeto de suministrar a sus clientes bienes y servicios Competitivos.

**Figura 3. Herramientas para Lograr Competitividad en las Empresas**

HERRAMIENTAS	APLICACIONES
1. Benchmarking	En la práctica cada vez es más común, de realizar comparaciones sistemáticas sobre gestión de la compañía versus los establecimientos productivos líderes en el mercado nacional e internacional. Se emplea para mejorar el desempeño de la empresa.
2. Joint Ventura	Las alianzas estratégicas son acuerdos para complementar las capacidades administrativas, comerciales y tecnológicas entre empresas y corporaciones para atender mercados de interés. Este esfuerzo contribuye a que las empresas obtengan ventajas que favorecen su posicionamiento competitivo.
3. Justo a tiempo	Se usa en el control de la producción y del inventario para reducir desperdicios en la manufactura y con ello

<sup>‡‡</sup> [www.buscarportal.com](http://www.buscarportal.com)

HERRAMIENTAS	APLICACIONES
	facilitar la atención al cliente. Se emplea principalmente en las grandes empresas de manufactura y en proyectos de construcción en los que se manejan notables volúmenes de materiales.
4. las 5's	Es la práctica que realizan las empresas y organizaciones para insertarse de forma inicial en el mundo de la productividad y la calidad. Mediante esta herramienta se logra la optimización de espacios físicos en cada uno de los lugares de trabajo, promueve la eliminación de desperdicios, lo que contribuye al desempeño eficiente de las labores de las empresas en condiciones de higiene y seguridad adecuadas.
5. Outsourcing	En la contratación de proveeduría de servicios externos a la empresa, esta actividad se deja a cargo de compañías expertas que cuentan con la infraestructura para proporcionar un servicio determinado. El criterio de asignación de estos trabajos a terceros se basa en el manejo efectivo de los procesos que no están ligados a la naturaleza del negocio y que, por el contrario, les permite reducir costos y reorientar los recursos para influir de manera significativa en el nivel de competitividad de las empresas.
6. Reingeniería	Es la reestructuración sistemática y profunda y/o rediseño radical de los procesos existentes en la organización. Se emplea para lograr mejoras radicales en el desempeño de las organizaciones, creándoles valor agregado a través de la revisión y mejora de sus procesos esenciales.
7. Seis Sigma	Se emplea para atender y controlar lotes de producción manufacturados, con lo que se evita al máximo la producción de productos defectuosos en la alineas de ensamble, se utiliza cuando se manejan altos volúmenes de producción.

Los sistemas de calidad en las empresas hacen referencia a la estructura organizacional, los procedimientos, procesos y recursos necesarios para implantar la gestión de la calidad. El propósito de todo sistema de calidad es permitir que una empresa logre, mantenga y mejore dicha calidad de manera económica. La calidad no se da por casualidad, es resultado de la gestión eficiente de los recursos. Los sistemas de calidad organizan dichos recursos con el fin de lograr ciertos objetivos, mediante el establecimiento de reglas y una infraestructura que, si se siguen y mantienen, producirán los resultados deseados.

Es habitual que para su uso generalizado, cuenten con reconocimiento universal y empleen como plataforma normas técnicas. El empleo eficiente de estos estándares, ha permitido a las empresas conservar el mercado actual y les ha brindado la oportunidad de ampliar su cobertura y la capacidad para incursionar en el terreno internacional con mayor oportunidad y posibilidad de éxito.

Algunas compañías han descubierto que resulta vital el examen de sus procesos organizativos, administrativos y las técnicas y métodos incorporados en el empleo de las normas ISO-9000 que son una plataforma idónea para proporcionar un avance sostenido a la calidad de los productos y operación de los procesos 60, lo

que ha permitido a las empresas construir sistemas de calidad eficientes y eficaces que abarcan la organización de manera global.

### 3.5. ACTUALIZACIÓN DE LAS NORMAS ISO<sup>§§</sup>

Las normas ISO-9000 se someten en forma periódica a revisiones técnicas por parte de especialistas en el seno de la organización ISO, lo anterior se debe a la evolución mundial del comercio y la industria que exige las adecuaciones necesarias a las normas.

Lo que seguramente contribuirá a su más eficiente implantación y operación. En la Figura 3, se desglosa el conjunto de normas de la familia ISO-9000:2000. Esta versión es aplicable a todo tipo de organizaciones que realicen productos y/o servicios.

**Figura 4. Cuerpo de Normas ISO-9000:2000 Sobre un Sistema de Gestión de la Calidad**

SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD (SGC)	
ISO – 9000	SGC Fundamentos y vocabulario
ISO – 9001	SGC Requisitos
ISO – 9004	SGC Directrices para la mejora del desempeño
ISO – 190011	SGC Guía para auditorias de sistemas de gestión de la calidad y/o ambiental

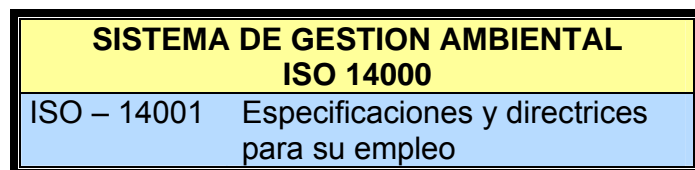
---

<sup>§§</sup> El Universo.com

El cuidado del medio ambiente en las empresas, ha sido siempre una prioridad, por ello desde la década pasada, una notable cantidad de establecimientos productivos optaron por el empleo de las normas de la familia ISO-14000 sobre gestión del medio ambiente.

La utilización adecuada de las normas de la serie 14000 sobre un sistema de gestión ambiental, permiten que los establecimientos productivos minimicen el efecto dañino de sus operaciones en el medio ambiente y como consecuencia de tal atención mejoren su desempeño y actuación con respecto pleno del ecosistema. En la Figura 4 se presenta la norma de un sistema de gestión ambiental.

**Figura 5. Sistema de Gestión Ambiental 14000:1996**

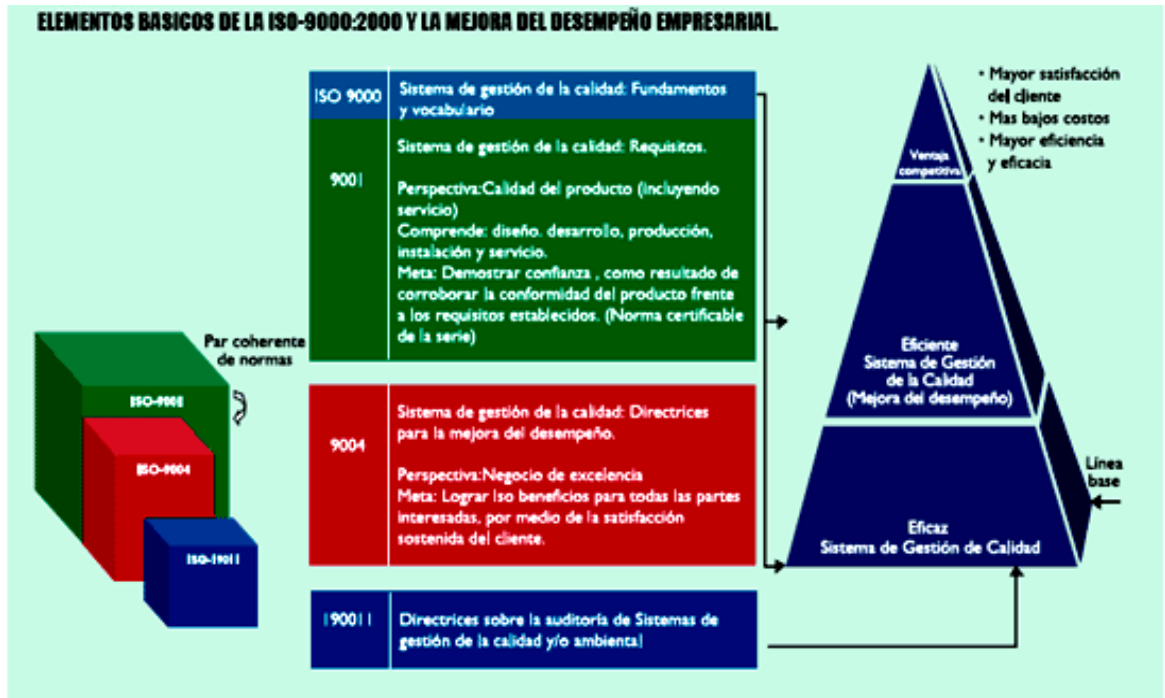


En la Figura 5 se describen los elementos básicos de la norma y como producto de su aplicación eficaz y eficiente en los establecimientos productivos se logra la evolución de la organización o negocio.

**Figura 6. Elementos Básicos de la ISO-9000:2000 y la Mejora del Desempeño Empresarial**

---

\*\*\* [www.monografias.com](http://www.monografias.com)



El empleo de la norma ISO-9000:2000 tiene las siguientes ventajas: mejora el acercamiento de los usuarios a los estándares, presta atención al enfoque de proceso, esmero a la mejora continua, dedica el cuidado suficiente a los recursos de gestión, específicamente los recursos humanos, propicia la integración con otros sistemas de gestión de la calidad (Ejemplo, ISO-14001 conservación del medio ambiente), así como la adecuada relación entre los requerimientos para el aseguramiento de la calidad y los lineamientos de la mejora continua. Además, brinda la posibilidad de llevar a efecto las auto-evaluaciones para alcanzar dicha mejora y la aplicación de los principios generales de gestión en las organizaciones. Lo anterior, permite una eficiente administración del proceso y va de la certificación a la excelencia comercial. De esta manera se genera un sistema de gestión integrado que esta dirigido a cubrir todos los aspectos de la actividad de la organización, desde la calidad del producto y el servicio al cliente hasta el mantenimiento de las operaciones de forma segura y aceptable. Además, con este modelo de gestión de la calidad, se identifican los requerimientos de los usuarios

†††(eje inicial y final del sistema). Además, se establece un sistema de medición de la satisfacción de los clientes y busca la mejora continua que obliga a las organizaciones a actuar y perfeccionar sus quehaceres, antes de que se presenten ineficiencias en el proceso productivo.

**Figura 7. El Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2000 Basado en Procesos†††**



La versión ISO-9000:2000 hace énfasis en un enfoque de sistemas que focaliza los procesos realizados en la organización, pone en práctica el denominado Círculo de Deming que es una herramienta para el examen de los procesos mediante el ciclo (planear - hacer - verificar - actuar), con el objeto de apoyar la mejora continua y la interrelación de los procesos.

††† [www.emprendedor.com](http://www.emprendedor.com)

††† Instituto Latinoamericano de la Calidad (INLAC)

Además, la norma establece los ocho principios de la gestión de la calidad que son: El enfoque al cliente, el liderazgo, la participación del personal, el enfoque basado en procesos, el enfoque de sistema para la gestión, la mejora continua, el enfoque basado en hechos para la toma de decisiones y las relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor.

En el estándar ISO- 9000:2000 se hace referencia al establecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), las responsabilidades de la alta dirección, la gestión de los recursos empleados en la producción, la realización del producto, así como la medición y análisis de mejora.

En el ámbito de la calidad total sobresale el trabajo realizado por las empresas líderes en distintos sectores de la economía internacional, las cuales hacen énfasis en la adopción de las mejores prácticas en sistemas de calidad, lo que permite el respaldo de los bienes y servicios que producen.

En la actualidad disponer de información sobre la calidad de los productos y servicios de una empresa, constituye uno de los bienes más preciados, ya que con el uso eficiente de los datos obtenidos, se da el primer paso para lograr la excelencia y superación empresarial. Por ello, un número creciente de establecimientos certificados nacionales han optado por la certificación de la calidad, dado que la calidad es uno de los detonantes del éxito en la manufactura de productos y servicios.

Los empresarios modernos nacionales han tomado plena conciencia del papel que juega la calidad en sus actividades productivas, por lo que se han dado a la tarea <sup>§§§</sup>de implantar las mejores estrategias para promover el desempeño y la competitividad de sus empresas.

---

<sup>§§§</sup> [www.emprendedor.com](http://www.emprendedor.com)

Son un conjunto de normas para ser aplicadas en el desarrollo de la Gestión de la Calidad de una organización, estas especifican todos los elementos que son requeridos para implementar un Sistema de Calidad. Son genéricas y pueden ser aplicadas a todo tipo de organizaciones (industriales, comerciales, de servicios, educativas, etc.). Organismos nacionales e internacionales certifican el cumplimiento de los requisitos de calidad exigidos por las Normas ISO.

ISO. Es la denominación con que se conocen a la International Organization for Standardization (IOS); sin embargo, considerando la tendencia a la estandarización global homogeneización que propone dicha organización, es que se le asigna la sigla ISO, vocablo que proviene del griego "ISO" que significa "igual"; el trabajo de preparación de las normas internacionales normalmente se realiza a través de los comités técnicos de ISO.

Hoy, empresas de todo el mundo, grandes y pequeñas, así como organizaciones dedicadas a la educación, a la salud y todo tipo de servicios desarrollan su sistema de calidad en base a las normas ISO serie 9000. Al iniciar el proyecto para lograr la certificación del sistema de administración de calidad (S.A.C) por la norma internacional ISO 9001 versión 2000, se comunicará a todo el personal los beneficios que se tendrán además del compromiso y responsabilidad que implica tanto para la dirección como para toda la organización. Además establecer que los requisitos para realizar cada una de las actividades de los procedimientos de S.A.C., surgen desde la creación y validación de la misión y visión de la organización, de sus valores y su política de calidad, de la planeación estratégica y operativa de cada una de las áreas, de los objetivos de calidad y sus indicadores de medición, hasta la definición en detalles de sus procesos del sistema de administración de calidad bajo la norma internacional ISO 9001 versión 2000.

### **3.6. FAMILIA DE NORMAS ISO 9000:2000\*\*\*\***

La serie ISO 9000 es un conjunto de cuatro normas relacionadas entre sí, son normas genéricas, no específicas que permiten ser usadas en cualquier actividad ya sea industrial o de servicios. La importancia de la aplicación de las normas ISO 9000 para el desarrollo e implementación de sistemas de aseguramiento de la calidad radica en que son normas prácticas. Por su sencillez han permitido su aplicación generalizada sobre todo en pequeñas y medianas empresas.

Las normas ISO Serie 9000 brindan el marco para documentar en forma efectiva los distintos elementos de un sistema de calidad y mantener la eficiencia del mismo dentro de la organización. Las actuales normas NTC-ISO 9001:1994, NTC-ISO 9002:1994, NTC-ISO 9003:1994, se han integrado en una única norma NTC-ISO 9001:2000. Las normas NTC-ISO 9001:2000 Y NTC-ISO 9004:2000, se han desarrollado como un par coherente de normas. Mientras la norma NTC-ISO 9001:2000 se orienta más claramente a los requisitos del sistema de gestión de calidad de una organización para demostrar su capacidad de satisfacer la necesidad de los clientes, la Norma NTC – ISO 9004:2000, va más lejos, proporcionando recomendaciones para mejorar el desempeño de las organizaciones.

A partir de la actualización 2000, la serie de normas ISO 9000 consta de:

- La norma ISO 9000 que establece los conceptos, principios, fundamentos y vocabulario de sistema de gestión de la calidad.
- La norma ISO 9001 que establece los requisitos por cumplir.

---

\*\*\*\* Consultores Gerenciales MBA

- La norma ISO 9004, que proporciona una guía para mejorar el desempeño del sistema de gestión de la calidad.

## **PRINCIPIOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

### **ENFOQUE EN EL CLIENTE**

Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deben comprender sus necesidades presentes y futuras, cumplir con sus requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas.

### **LIDERAZGO**

Los líderes establecen la unidad de propósito y dirección de la organización. Ellos deben crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente para lograr los objetivos de la organización.

### **COMPROMISO CON TODO EL PERSONAL:**

El personal, con independencia del nivel de la organización en el que se encuentre, es la esencia de la organización y su total implicación posibilita que sus capacidades sean usadas para el beneficio de la organización.

### **ENFOQUE A LOS PROCESOS**

Los resultados deseados se alcanzan más eficientemente cuando los recursos y las actividades relacionadas se gestionan como un proceso.

## **ENFOQUE DEL SISTEMA HACIA LA GESTIÓN**

Identificar, entender y gestionar un sistema de procesos interrelacionados para un objeto dado, mejora la eficiencia y la eficacia de una organización.

## **LA MEJORA CONTINUA**

La mejora continua debería ser el objetivo permanente de la organización.

## **ENFOQUE OBJETIVO HACIA LA TOMA DE DECISIONES**

Las decisiones efectivas se basan en el análisis de datos y en la información.

## **RELACIONES MUTUAMENTE BENEFICIOSAS CON LOS PROVEEDORES:**

Una organización y sus proveedores son dependientes y una relación mutuamente benéfica intensifica la capacidad de ambos para crear valor.

## **IMPORTANCIA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

Algunos clientes tanto en los sectores privados como públicos buscan la confianza que les pueda proveer una empresa que cuente con un sistema de gestión de la calidad.

Si bien la satisfacción de estas expectativas es una razón para tener un sistema de gestión de la calidad, puede haber otras entre las cuales se incluirían:

- Mejora del desempeño, coordinación y productividad.

- Mayor orientación hacia sus objetivos empresariales y hacia las expectativas de sus clientes.
- Logro y mantenimiento de la calidad de su producto y/o servicio a fin de satisfacer las necesidades explícitas e implícitas de sus clientes.
- Logro de la satisfacción del cliente
- Confianza por parte de la dirección en el logro y mantenimiento de la calidad deseada
- Evidencia de las capacidades de su organización frente a clientes fijos y Potenciales.
- Apertura de nuevas oportunidades de mercado o mantenimiento de la Participación en el mercado.
- Certificación/Registro
- Oportunidad de competir sobre la misma base que las organizaciones más grandes.

## **ENFOQUE BASADO EN LOS PROCESOS**

La Norma ISO 9000 promueve la adopción de un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, implementa y mejora la eficacia de un Sistema de Gestión de Calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de los requisitos.

Para que una organización funcione de manera eficaz, tiene que identificar y gestionar numerosas actividades relacionadas entre sí. Una actividad que utiliza recursos, y que gestiona con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados, se pueden considerar como un proceso. Frecuentemente las actividades 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 puede denominarse como “enfoque basado en procesos”.

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

- La comprensión y el cumplimiento de los requisitos;
- La necesidad de considerar los procesos en términos que aporten valor;
- La obtención de resultados del desempeño y eficacia de procesos;
- La mejora continua de los procesos con base a mediciones objetivas.

El modelo de un Sistema de Gestión de Calidad basado en procesos que se muestra en la figura, ilustra los vínculos entre los procesos. 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 de la evaluación de la información relativa a la percepción del cliente acerca de si la organización ha cumplido sus requisitos.

De manera adicional puede aplicarse a todos los procesos la metodología conocida como “Planificar-Hacer-Verificar-Actuar” (PHVA). PHVA puede describirse brevemente como:

- **Planificar:** establecer objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización.
- **Hacer:** Implementar los procesos.
- **Verificar:** Realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos respecto a las políticas, los objetivos.
- **Actuar:** Tomar acciones para verificar continuamente el desempeño de los procesos.

### **3.7. ELEMENTOS DE LA NORMA TÉCNICA ISO 9001:2000**

#### **3.7.1. El sistema de gestión de la calidad**

Explica los requisitos generales del Sistema de Calidad, ya que cada compañía construye su propio sistema, a la medida. Esto contempla definir los requerimientos para el control de la documentación y el control de los registros los cuales son más o menos complejos en función del tipo de negocio y tamaño de la empresa.

La organización debe establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos de la norma; por tanto la empresa debe realizar los siguientes lineamientos:

- Identificar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización.
- Determinar la secuencia e interacción de estos procesos.
- Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces.
- Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos.
- Realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos.
- Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.

### **3.7.2. Requisitos de la documentación**

La documentación del sistema de gestión de la calidad debe incluir:

- Declaraciones documentadas de una política documentada y los objetivos de la calidad.
- Un manual de la calidad
- Los procedimientos documentados requeridos en la norma
- Los documentos necesitados por la organización para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de los procesos
- Los registros requeridos por la norma.

### **3.7.3. La responsabilidad de la dirección**

Contempla las responsabilidades de la gerencia, quien asume el compromiso con la calidad y con la satisfacción del cliente. Define la Política de Calidad y los Objetivos de Calidad, lo cual es parte de la planificación estratégica que se ha definido o mantiene la empresa. Establece el marco administrativo y niveles de autoridad que requiere la empresa. También es responsable por el monitoreo del SGC.

### **3.7.4. La gestión de los recursos**

Se refiere a la necesidad de definir y establecer los recursos tanto económicos como financieros, los recursos de personal, los de infraestructura y de ambiente

de trabajo, necesarios para generar productos y servicios de acuerdo al estándar de calidad definido por la gerencia.

### **3.7.5. Realización del producto**

Es uno de los temas más amplios ya que en el se encuentran los lineamientos para la planificación de la realización del producto, los aspectos comerciales, la ejecución del producto o prestación del servicio, los temas de las adquisiciones, el tratamiento del diseño y desarrollo, el manejo del control sobre los dispositivos de seguimiento y medición que utilice la empresa para medir y alcanzar las especificaciones del producto o servicio ofrecido.

### **3.7.6. Medición**

Se encuentran las reglas para medir la satisfacción de clientes, para organizar el subsistema de auditoria, y la aplicación de los métodos de control para seguimiento de los procesos que permitan demostrar la capacidad para alcanzar los resultados planificados. Se encuentran los elementos de verificación (inspección), el manejo de los productos no conformes y las acciones correctivas y preventivas que deben desarrollarse. En este contexto la mejora de SGC se hace un imperativo, como motor para lograr mejores estándar de productos o de servicios.

### **3.8. ENTIDADES Y PROYECTOS UIS EN EL SECTOR SALUD**

#### **3.8.1. ENTIDADES QUE LABORAN EN EL SECTOR SALUD EN EL MUNICIPIO DEL SOCORRO**

En la actualidad en el municipio del Socorro se encuentran en funcionamiento cuatro instituciones incluyendo CLINISALUD que prestan servicios de salud, a continuación se presentan cada una de ellas.

##### **➤ HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS**

Se encuentra ubicado en Cra 16 calle 10 Acacias. Presta servicios de atención de primer, segundo y tercer nivel, además atiende urgencias de los municipios aledaños de la región. A pesar que cuenta con una infraestructura que brinda condiciones de atención hospitalarias y personal calificado para atención de las necesidades médicas de la región no tiene implementado un Sistema de Gestión de la Calidad ni se encuentra en planes de implementarlo.

##### **➤ CENTRO MEDICO SAN JOSÉ**

El centro médico San José se encuentra ubicado en la Cra 15 # 11-49 Centro. Cuenta con una infraestructura no muy sólida debido a que sus instalaciones están provistas por una casa antigua, lo cual no permite una buena distribución de las áreas, el personal que labora allí es calificado, sin embargo su número no es muy significativo. En la actualidad este centro no registra certificado alguno además de no tener entre sus planes futuros implementar un Sistema de Gestión de la Calidad.

➤ **CENTRO MEDICO COMUNEROS**

Este Centro médico se encuentra ubicado en la calle 10A # 14-32 Parque de la Chiquinquirá. Sus instalaciones son modernas acondicionadas para la buena prestación del servicio de atención en salud, además de contar con profesionales calificados. Sin embargo a la fecha no ha incursionado en ningún Sistema de Gestión pero en sus proyecciones futuras existe una remota posibilidad de lograr algún tipo de certificación en Calidad si se amerita.

**3.8.2. PROYECTOS DESARROLLADOS EN SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA EL SECTOR SALUD EN LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER (UIS)**

- DISEÑO DE UN SISTEMA DE INDICADORES DE GESTION PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE ODONTOLOGIA DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMAS (IPS-USTA) DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA.
- DISEÑO, IMPLEMENTACION Y EVALUACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD PARA LA UNIDAD EMPRESARIAL DE NEGOCIO DE LA FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA FCV BIONGENIERIA BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA NTC ISO 9001:2000

- DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA CLÍNICA SAN PABLO S.A.
- DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL "CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y CIRUGÍA OCULAR CEDCO LTDA"
- DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA LA UNIDAD MÉDICA QUIRÚRGICA I.P.S DE COOMULTRASAN MULTIACTIVA SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC-ISO 9001:2000

### **3.9. HERRAMIENTAS A UTILIZAR EN EL PROYECTO**

Los conocimientos adquiridos en la Universidad son de vital importancia para el desarrollo de este proyecto, sin embargo la aplicación de conceptos fundamentales hacen imperativo mencionar algunas de las herramientas para el logro de los objetivos, entre ellas podemos nombrar:

- Estadística Aplicada, ya que para el análisis de indicadores y factores que inciden sobre los procesos requieren de esta herramienta.
- Para el área de Comercial se tiene previsto implementar las técnicas aprendidas en Investigación de Mercados con el fin de mantener y mejorar

las acciones que se toman respecto de los clientes y así satisfacer sus expectativas.

- La Programación de Computadores permitirá, abarcar temas de software para mejorar el servicio en cuanto al montaje de base de datos.
- Las Relaciones Industriales, nos permitirán acondicionar el ambiente de trabajo para facilitar la comunicación e intercambio de información.

En Síntesis, todos los conocimientos adquiridos son importantes y en el desarrollo del proyecto se aplican en su totalidad debido a que para implementar un Sistema de Gestión de Calidad se debe pensar en la empresa como un todo.

#### **4. DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA EMPRESA**

Este análisis se realizó basados en las observaciones mostradas y las falencias y necesidades que presentaba CLINISALUD al momento de la investigación, además se tuvo en cuenta el estudio de los numerales de la norma ISO 9001:2000, donde se mencionan cuales son los requisitos que debe cumplir CLINISALUD para el proceso de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y con base en estos se elabora una lista de chequeo para determinar el nivel de cumplimiento de las actividades actualmente realizadas en la empresa con el SGC.

A continuación se presenta la situación de CLINISALUD antes de iniciar operaciones de implementación del Sistema de Gestión de Calidad y de esta manera enfocar la magnitud del problema.

1. Clinisalud no tenia estandarizada una metodología para la asignación de citas de odontología general, la programación se hacia en un cuaderno de citas diario por odontólogo y no se asignaba un rango de tiempo para cada cita, por el contrario la recepcionista le preguntaba al paciente para que pedía la cita, y de acuerdo a lo que este contestara, ella determinaba la duración (podía asignar hasta una hora y media) y así determinaba la siguiente hora para programar para el próximo paciente. En conclusión no había un estándar de duración de la cita por paciente de odontología general siempre quedaba a criterio de la recepcionista.

2. En odontología especializada el caso era más deficiente que el anterior, debido a que no se realizaba una programación de pacientes, es decir, que a pesar de que se les daba cita para un determinado día a cada paciente, no se le confirmaba una hora específica de llegada, sino una jornada, que en consecuencia le daba libertad a los pacientes de escoger su hora de llegada en cualquier momento del día, a su respectiva cita, generando así una acumulación representativa de pacientes en sala de espera, lo cual proyectaba una mala imagen para la empresa puesto que estas esperas van en contra de atención preferencial, además en cada jornada surgen pacientes que entran a que el ortodoncista los valore y estas valoraciones son inmediatas cuando el paciente las solicita, es decir que si para una jornada se programaban 50 pacientes, se terminaban atendiendo casi 70 como mínimo en una jornada. En conclusión los pacientes de ortodoncia realizaban colas para que los atendieran sin importar el tiempo que allí se pasara y se pudo detectar que el personal de comercial eran quienes programaban y recibían a los pacientes, y en algunas oportunidades llegaron al punto de repartir fichos. Esto solo en la atención por ortodoncia. Se debe aclarar que la lista se hacía una semana antes, luego se llamaba a cada paciente para confirmarle la jornada en la que debían asistir, es decir, se gastaban minutos de celular confirmando la asistencia del paciente pero no se le garantizaba una hora de atención.

En cuanto a las demás especialidades, el flujo de pacientes es mucho mas pequeño sin embargo la metodología era la misma, hacer una lista y luego se les llamaba para confirmarles la jornada en la que debían asistir.

3. Para los vinculados y revinculados de gestión comercial, si se requería saber la fecha exacta de cuando se vinculó un cliente, había que buscarlos en las carpetas que tenían los registros del contrato de vinculación, pero el problema era encontrar esta vinculación; ya que si el dato se necesitaba con prontitud para

algún vinculado se debía buscar físicamente donde fue archivada la vinculación, además esta información era de vital importancia para las asesoras, porque ellas debían conocer que vinculados tenían próxima a vencer su vinculación para llamarlos a invitarles a revincularse, por tanto lo que se hacía era verificar en el mes, por ejemplo para septiembre de 2007, se buscaba la carpeta con los formatos de los vinculados del mes de octubre del 2006, y así llamarlos a cada uno, lo cual imposibilitaba generar un reporte de quienes estaban por llamar, además no había un registro de porque los pacientes no decidían revincularse, no existía un formato donde se evidenciara si el paciente había tenido inconformidades con la vinculación, por tanto era prácticamente imposible medir la percepción del cliente frente a la vinculación, ni tampoco la efectividad del trabajo de las asesoras en cuanto al número de pacientes que llamaban a revincular.

4. Con el objeto de mantener a los clientes y su satisfacción CLINISALUD ofrecía de manera gratuita para cada nuevo vinculado los siguientes beneficios:

- odontología general: aplicación de fluor, profilaxis y aplicación de sellantes
- laboratorio clínico: examen de parcial de orina, colesterol y coprológico
- fisioterapia: valoración postural de columna vertebral.

Y a pesar de esto no había forma de saber si los pacientes tomaban estas ofertas, incluso lo podían hacer varias veces y no existía una herramienta que permitiera controlar esta situación.

Debido a todas estas observaciones se vio la necesidad de incorporar el SGC a la organización con el fin de mejorar, ampliar el mercado y sobre todo brindarle un excelente servicio a los clientes ya que en el pasado se creía estar cumpliendo con todo lo mencionado, y obviamente no era así.

A continuación se muestra la lista de chequeo que incluye los numerales de la norma ISO 9001:2000 para la evaluación del diagnóstico desarrollado por los Coordinadores de Calidad (Estudiantes en práctica) apoyados con un asesor de Q.E.C. y con el respaldo de la Dirección. Los criterios de evaluación son EXISTE (SI o NO) y FALTA (E: Elaborar=0%, I: Implementar=50%, M: mejorar=80%) y las observaciones generales para cada ítem de diagnóstico:

Tabla 1. Lista de Chequeo

DIAGNOSTICO		CONVENCIONES: A: Aplica NA: No Aplica E: Elaborar I: Implementar M: Mejorar									
REQUISITO	REQUERIMIENTOS DE LA NORMA	A	NA	EXISTE		FALTA			OBSERVACIONES GENERALES	%	
				SI	NO	E	I	M			
4. SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	4.1. Requisitos generales										
	4.1.a. Identificación de procesos	X			X	X			Se recomienda plantear el mapa de procesos con la siguiente estructura:  <ul style="list-style-type: none"> <li>Estratégicos: planeación estratégica.</li> <li>Misionales: gestión comercial, odontología general, odontología especializada y laboratorio clínico</li> <li>Apoyo: talento humano, compras, mejoramiento continuo, control de infraestructura.</li> </ul>	0%	
	4.1.b. Secuencia e interacción	X			X	X			Mapa de procesos	0%	
	4.1.c. Métodos de control	X		X			X		Registros	50%	
	4.1.d. Disponibilidad de recursos e información	X		X				X	Existe un presupuesto inicial enfocado a la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad. Se recomienda establecer el compromiso de la Dirección para dar evidencia de la disponibilidad de los recursos necesarios	50%	
	4.1.e. Seguimiento y medición	X					X		La empresa no cuenta métodos de seguimiento para asegurar la eficacia en la operación y control de los procesos	0%	
	4.1. f. Implementación de acciones de mejora	X			X	X			no existen procedimientos de acciones correctivas o de mejora, por tanto no se han detectado ni documentado ningún tipo de acción	0%	

DIAGNOSTICO		CONVENCIONES: A: Aplica NA: No Aplica E: Elaborar I: Implementar M: Mejorar									
REQUISITO	REQUERIMIENTOS DE LA NORMA	A	NA	EXISTE		FALTA			OBSERVACIONES GENERALES	%	
				SI	NO	E	I	M			
	<b>4.2. Requisitos de la documentación</b>										
	<b>4.2.1. Generalidades</b>										
	4.2.1.a. Política de calidad	X			X	X			No existe un texto preliminar de la política de calidad de Clinisalud	0%	
	4.2.1.b. Manual de calidad	X			X	X			Se debe elaborar el manual con su respectiva caracterización del los procesos establecidos en el mapa	0%	
	4.2.1.c. Procedimientos documentados	X			X	X			El único procedimiento que se encontró documentado fue el manual de bioseguridad	0%	
	4.2.1.d. Planificación y control				X	X			Se debe establecer con la dirección, la planificación del Sistema de Gestión de la calidad.	0%	
	4.2.1.e. Registros requeridos por la norma	X			X	X			No hay registros	0%	
	<b>4.2.2. Manual de calidad</b>										
	4.2.2. a. Alcance del sistema	X			X			X	El alcance del sistema está establecido pero no se ha documentado en un manual de calidad.	50%	
	4.2.2.b. Procedimientos documentados	X			X			X	El único Documento que existe es el manual de bioseguridad, debido a que es un estándar obligatorio de habilitación	0%	
	4.2.2.c. Interacción de los procesos	X			X			X	Se recomienda que una vez elaborado el mapa de procesos, se incluya en el manual de calidad.	0%	

DIAGNOSTICO		CONVENCIONES: A: Aplica NA: No Aplica E: Elaborar I: Implementar M: Mejorar									
REQUISITO	REQUERIMIENTOS DE LA NORMA	A	NA	EXISTE		FALTA			OBSERVACIONES GENERALES	%	
				SI	NO	E	I	M			
<b>4.2.3. Control de documentos</b>											
	4.2.3.a. Controles para aprobar documentos	X			X				Se debe elaborar un procedimiento con la metodología para elaborar, aprobar, revisar, actualizar y controlar los documentos que se desarrollen para el SGC.	0%	
	4.2.3.b. Controles para revisar y actualizar documentos	X			X	X				0%	
	4.2.3.c. Controles de identificación de cambios y estado de revisión	X			X	X				0%	
	4.2.3.d. Controles de versiones y de disponibilidad de la documentación en los puntos de uso	X			X	X				0%	
	4.2.3.e. Controles para asegurarse que los documentos permanezcan legibles e identificables	X			X	X				0%	
	4.2.3.f. Controles para la identificación y distribución de los documentos de origen externo	X			X	X				0%	
	4.2.3.g. Controles para prevenir el uso no intencionado de los documentos obsoletos	X			X	X				0%	
<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO NUMERAL 4.</b>										<b>7%</b>	

DIAGNOSTICO		CONVENCIONES: A: Aplica NA: No Aplica E: Elaborar I: Implementar M: Mejorar									
REQUISITO	REQUERIMIENTOS DE LA NORMA	A	NA	EXISTE		FALTA			OBSERVACIONES GENERALES	%	
				SI	NO	E	I	M			
<b>5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN</b>	<b>5.1. Compromiso de la Dirección</b>										
	5.1.a. Comunica a la organización la importancia de satisfacer tanto los requisitos legales y reglamentarios.	X			X	X				No hay documentación que evidencie el cumplimiento de este requisito.	0%
	5.1.b. Política de calidad	X			X	X				No se ha elaborado la política de calidad. Se recomienda Establecer y divulgar la planeación estratégica de la empresa en lo relacionado con la misión y la visión. Se debe elaborar la política de calidad y a partir de esta la planificación del Sistema de Gestión de Calidad.	0%
	5.1.c. Objetivos de calidad	X			X	X				Se deben establecer objetivos con base en la política de calidad.	0%
	5.1.d. Revisiones por la Dirección del SGC	X			X	X				No existe un procedimiento documentado con la metodología para la revisión del SGC por la Dirección.	0%
	5.1.e. Disponibilidad de recursos	X		X				X		Se cuenta con la aprobación de la Gerencia para el presupuesto inicial de la implementación del SGC	50%
	5.2. Enfoque al cliente	X			X			X	Los requisitos del cliente están determinados en los contratos de vinculaciones y en los planes de tratamiento de los servicios de Odontología general y especializada	80%	

DIAGNOSTICO		CONVENCIONES: A: Aplica NA: No Aplica E: Elaborar I: Implementar M: Mejorar									
REQUISITO	REQUERIMIENTOS DE LA NORMA	A	NA	EXISTE		FALTA			OBSERVACIONES GENERALES	%	
				SI	NO	E	I	M			
	<b>5.3. Política de calidad</b>										
	5.3.a. La política de Calidad es adecuada al propósito de la organización.	X			X	X			No se ha elaborado la Política de calidad	0%	
	5.3.b. Incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de calidad.	X			X	X		0%			
	5.3.c. Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de calidad	X			X	X		0%			
	5.3.d. Es comunicada y entendida dentro de la organización	X			X	X		0%			
	5.3.e. Es revisada para su continua adecuación.	X			X	X		0%			
	<b>5.4. Planificación</b>										
	5.4.1. Objetivos de calidad	X			X	X			Establecer los objetivos para cada uno de los procesos por medio de la caracterización	0%	
	<b>5.4.2. Planificación SGC</b>										
	5.4.2.a. La alta dirección se asegura de que la planificación del SGC se realiza con el fin de cumplir con los requisitos citados en 4.1 así como los objetivos de calidad.	X			X	X			No se ha implementado el Sistema de Gestión de la calidad, por tanto no hay una planificación establecida. Se debe realizar la planificación del SGC una vez se haya elaborado la política de calidad	0%	
	5.4.2.b. Se mantiene la integridad del SGC cuando se planifican y se implementan cambios en éste.	X			X	X			No se han realizado cambios, puesto que el sistema aun no se ha implementado. Se recomienda tener en cuenta este requisito una vez se establezca la planificación del sistema y se haya puesto en marcha la implementación del sistema.	0%	

DIAGNOSTICO		CONVENCIONES: A: Aplica NA: No Aplica E: Elaborar I: Implementar M: Mejorar									
REQUISITO	REQUERIMIENTOS DE LA NORMA	A	NA	EXISTE		FALTA			OBSERVACIONES GENERALES	%	
				SI	NO	E	I	M			
	<b>5.5. Responsabilidad, autoridad y comunicación definida en la organización</b>										
	5.5.1. Responsabilidades y autoridad	X			X	X				Se debe elaborar el organigrama, desarrollar el manual de funciones y especificaciones para todos los cargos	0%
	<b>5.5.2. Representante de la dirección</b>										
	5.5.2.a. Designación del Representante de la dirección	X			X	X				No existe un representante de la dirección que implemente el SGC actualmente. Se debe designar en el comité de calidad el representante de la dirección dejando constancia de ello en un acta que se anexará en el manual de calidad	0%
	5.5.2.b. El representante de la Dirección es quien Informa a la alta dirección sobre el desempeño del SGC y cualquier necesidad de mejora.	X			X	X					0%
	5.5.2.c. El representante de la Dirección se asegura que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la organización.	X			X	X					0%
	5.5.3. Comunicación interna	X			X	X				se recomienda establecer mecanismos para evidenciar la comunicación interna: Actas, comunicados, matriz de comunicación, intranet, plegables, correo, carteleras, etc.	0%

DIAGNOSTICO		CONVENCIONES: A: Aplica NA: No Aplica E: Elaborar I: Implementar M: Mejorar									
REQUISITO	REQUERIMIENTOS DE LA NORMA	A	NA	EXISTE		FALTA			OBSERVACIONES GENERALES	%	
				SI	NO	E	I	M			
	<b>5.6. Revisión por la dirección</b>										
	5.6.1. Revisión a intervalos planificados	X			X	X				Documentar los procedimientos para revisión por parte de la Dirección	0%
	<b>5.6.2. Información para la revisión</b>										
	5.6.2.a. Resultados de las auditorias	X			X	X			No existe una un sistema de gestión de calidad estructurado e implementado, luego no hay revisiones por parte de la dirección establecidas, que permitan la mejora y eficacia del mismo. Se recomienda tener en cuenta estos requisitos para establecer el procedimiento de revisión por parte de la Dirección	0%	
	5.6.2.b. Retroalimentación del cliente	X			X	X				0%	
	5.6.2.c. Desempeños de los procesos	X			X	X				0%	
	5.6.2.d. Estado de las acciones correctivas y preventivas	X			X	X				0%	
	5.6.2.e. Acciones de seguimiento	X			X	X				0%	
	5.6.2.f. Cambios que afectan el SGC	X			X	X				0%	
	5.6.2.g. Recomendaciones para la mejora	X			X	X				0%	
	<b>5.6.3. Resultados de la revisión</b>										
	5.6.3.a. Mejora de la eficacia del SGC y los procesos	X			X	X			No existe una un sistema de gestión de calidad estructurado e implementado, luego no hay revisiones por parte de la dirección por consiguiente tampoco resultados.	0%	
	5.6.3.b. Mejora del producto	X			X	X				0%	
	5.6.3.c. Necesidades de los recursos	X			X	X				0%	
<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO NUMERAL 5.</b>										<b>4%</b>	

DIAGNOSTICO		CONVENCIONES: A: Aplica NA: No Aplica E: Elaborar I: Implementar M: Mejorar									
REQUISITO	REQUERIMIENTOS DE LA NORMA	A	NA	EXISTE		FALTA			OBSERVACIONES GENERALES	%	
				SI	NO	E	I	M			
6. GESTIÓN DE RECURSOS	<b>6.1. Provisión de los recursos</b>										
	6.1.a. Recursos para implementar el SGC	X			X	X			No se han determinado todos los recursos para la implementación del SGC	0%	
	6.1.b. Satisfacción del cliente	X			X	X				0%	
	<b>6.2. Recursos humanos</b>										
	6.2.1. Competencias del personal (educación, formación, habilidades y experiencia)	X			X	X			Se realizó una revisión previa de de las hojas de vida del personal y se determina que la empresa cuenta con la información de gran parte del personal, sin embargo el archivo de hojas de vida no se encuentra organizado. Se recomienda establecer un manual de funciones para todos los cargos para recopilar la información faltante de las hojas de vida en cuanto al cumplimiento de las competencias	0%	
	<b>6.2.2. Competencia, toma de conciencia y formación</b>										
	6.2.2.a La organización determina la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan la calidad del producto.	X			X	X			No existe un procedimiento establecido ni documentado sobre la selección del personal, Sin embargo existe una persona competente en el área de la salud, quien realiza la selección y contratación del personal.	0%	
	6.2.2.b. La organización proporciona formación o tomar otras acciones para satisfacer dichas necesidades	X			X	X			Se logra de terminar que gran parte del personal de la empresa ha participado en seminarios de atención al cliente y primeros auxilios, si embargo no está establecido un cronograma de de capacitaciones para el personal.	0%	
6.2.2.c. La organización evalúa la eficacia de las acciones	X			X	X			No se han realizado evaluaciones al personal en las capacitaciones	0%		

DIAGNOSTICO		CONVENCIONES: A: Aplica NA: No Aplica E: Elaborar I: Implementar M: Mejorar									
REQUISITO	REQUERIMIENTOS DE LA NORMA	A	NA	EXISTE		FALTA			OBSERVACIONES GENERALES	%	
				SI	NO	E	I	M			
	6.2.2.d. La organización se asegura que el personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de calidad	X			X	X				El personal es consciente de la importancia de sus actividades, sin embargo no se han establecido objetivos de calidad, por lo tanto el personal no está enfocado en alcanzar metas del Sistema de Gestión de Calidad.	0%
	6.2.2.e. La organización mantiene registros apropiados de la educación, formación habilidades y experiencia.	X			X	X				Se observó que existe el archivo de hojas de vida pero éste está en muy mal estado y muy desorganizado, se verificaron muchas hojas de vida y en la gran mayoría no están los certificados de educación, formación y/o experiencia.	0%
<b>6.3. Infraestructura</b>											
	6.3.a. Edificios, espacios de trabajo, servicios asociados.	X		X					X	Clinisalud cuenta con oficinas, muebles, equipos de cómputo, equipos médicos apropiados para la realización de las actividades y la prestación del servicio. Se recomienda establecer el cronograma de Mantenimiento preventivo de los equipos de cada área estandarizando los formatos de las hojas de vida de los equipos.	80%
	6.3.b. Equipo para los procesos (hardware y software)	X		X					X		80%
	6.3.c. Servicios de apoyo (transporte o comunicación)	X		X					X		80%
	6.4. Ambiente de trabajo	X		X				X			Se recomienda Normalizar el Manual de Bioseguridad y reforzar el contenido de este en lo referente a medidas en caso de exposición a riesgos ocupacionales, capacitando a todo el personal en lo establecido en dicho manual.
<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO NUMERAL 6.</b>										<b>24%</b>	

DIAGNOSTICO		CONVENCIONES: A: Aplica NA: No Aplica E: Elaborar I: Implementar M: Mejorar									
REQUISITO	REQUERIMIENTOS DE LA NORMA	A	NA	EXISTE		FALTA			OBSERVACIONES GENERALES	%	
				SI	NO	E	I	M			
<b>7. REALIZACION DEL PRODUCTO O SERVICIO</b>	<b>7.1. Planificación de la realización del producto o prestación del servicio</b>										
	7.1.a. Objetivos de calidad y requisitos para el producto	X			X	X				Se debe determinar las necesidades para la prestación del servicio en los procesos de: Odontología general, odontología especializada y laboratorio clínico	0%
	7.1.b. Establecer los procesos, documentos y proporcionar recursos específicos para el servicio	X			X	X				Una vez establecidos el mapa de procesos, se deben elaborar los documentos (manuales, procedimientos, formatos, etc) para los procesos relacionados directamente con la prestación del servicio en salud	0%
	7.1.c. Actividades de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayo/prueba	X			X	X				No hay evidencias de las verificaciones que se realizan para la prestación del servicio.	0%
	7.1.d. Registros necesarios para evidenciar que los procesos que se realizan y la prestación del servicio cumple con los requisitos	X		X				X		Solo existen registros en Gestión comercial, que corresponden a los contratos de los vinculados; en los servicio de salud, solo están los registros de las historias clínicas, pero se pudo observar que en la mayoría de los casos estas no son llenadas en su totalidad por el profesional.	50%
	<b>7.2. Procesos relacionados con el cliente</b>										
	<b>7.2.1. Determinación de los requisitos relacionados con el servicio</b>										
	7.2.1.a. Requisitos especificados por el cliente	X		X					X	En los cargos que tiene que ver con la prestación de servicio de salud, existe la cultura orientada al paciente, por lo tanto es muy importante reconocer y	80%

DIAGNOSTICO		CONVENCIONES: A: Aplica NA: No Aplica E: Elaborar I: Implementar M: Mejorar									
REQUISITO	REQUERIMIENTOS DE LA NORMA	A	NA	EXISTE		FALTA			OBSERVACIONES GENERALES	%	
				SI	NO	E	I	M			
	7.2.1.b. Requisitos no establecidos por el cliente	X		X					X	determinar los requisitos del cliente desde el primer contacto con este. Se evidencia pleno conocimiento por parte de la Dirección y de los profesionales en cuanto a los requisitos legales para la prestación del servicio, prueba de ello es el certificado de habilitación con código 68-001-02389-01 y Número de Radicación 02389	80%
	7.2.1.c. Requisitos legales y reglamentarios	X		X					X		80%
	7.2.1.d. Cualquier requisito adicional	X		X					X		80%
<b>7.2.2. Revisión de los requisitos</b>											
	7.2.2.a. Definición de los requisitos del servicio	X		X					X	Se recomienda reforzar los Conocimiento de los requisitos legales y verificar la actualización de estos en forma constante.	80%
	7.2.2.b. Diferencias entre los requisitos del contrato y los expresados previamente	X		X					X		80%
	7.2.2.c. Capacidad para cumplir con los requisitos	X		X					X		80%
	7.2.3. Comunicación con clientes	X		X					X	Se detecta que el departamento de Gestión comercial realiza constantemente la comunicación con los clientes por línea telefónica, recepción de Clinisalud y buzón de sugerencias. Se propone ampliar y documentar la metodología para la comunicación con los clientes, mediante encuestas y procedimientos y formatos para recepcionar los servicios no conformes que se puedan presentar.	80%
<b>7.3. Diseño y desarrollo</b>											
	7.3.1. Planificación del diseño y desarrollo		X							No aplica	-
	7.3.2. Entradas al diseño y desarrollo		X							No aplica	-

DIAGNOSTICO		CONVENCIONES: A: Aplica NA: No Aplica E: Elaborar I: Implementar M: Mejorar									
REQUISITO	REQUERIMIENTOS DE LA NORMA	A	NA	EXISTE		FALTA			OBSERVACIONES GENERALES	%	
				SI	NO	E	I	M			
	7.3.3. Salidas del diseño y desarrollo		X							No aplica	-
	7.3.4. Revisión del diseño y desarrollo		X							No aplica	-
	7.3.5. Verificación del diseño y desarrollo		X							No aplica	-
	7.3.6. Validación del diseño y desarrollo		X							No aplica	-
	7.3.7. Control de cambios del diseño y desarrollo		X							No aplica	-
	<b>7.4. Compras</b>										
	7.4.1. Proceso de compras	X			X	X				No existen registros que permitan evidenciar que los productos adquiridos cumplen con los requisitos de compra.	0%
	7.4.2. Información de las compras	X			X	X				La organización tiene muy organizado este proceso, se detecta que existen contratos de arrendamiento, de servicios de mantenimiento y de servicios outsourcing, sin embargo se debe reforzar y establecer formatos que permitan evidenciar las especificaciones de los productos a comprar y registros de la adquisición de recursos para la prestación del servicio, Definir los requisitos de los proveedores para realizar la selección, evaluación , re-evaluación de estos y establecer una metodología para el control y cuidado de los bienes	0%
	7.4.3. Verificación de los productos y servicios	X			X	X				Se recomienda establecer responsables de cada área sobre las instrucciones de inspección de los productos adquiridos	0%

DIAGNOSTICO		CONVENCIONES: A: Aplica NA: No Aplica E: Elaborar I: Implementar M: Mejorar									
REQUISITO	REQUERIMIENTOS DE LA NORMA	A	NA	EXISTE		FALTA			OBSERVACIONES GENERALES	%	
				SI	NO	E	I	M			
	<b>7.5. Producción y prestación del servicio</b>										
	<b>7.5.1. Control de la producción y de la prestación del servicio</b>										
	7.5.1.a. Disponibilidad de información que describa las características del producto.	X		X		X			En algunas historias clínicas de los servicios asistenciales existen planes de tratamiento, Sin embargo existen falencias en este aspecto. Se recomienda establecer formatos que permitan evidenciar las características de la atención brindada	0%	
	7.5.1.b. Disponibilidad de instrucciones de trabajo	X			X	X			El único instructivo que existe, se encuentra en el manual de bioseguridad para la actividad de esterilización, además se cuenta con la documentación de la habilitación como el PAMEC, el cual sirve como guía para la elaboración de instructivos y procedimientos de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad de Clinisalud	0%	
	7.5.1.c. Disponibilidad cuando es necesario de equipo apropiado	X		X				X	Existen recursos y equipos apropiados para la prestación del servicio.	80%	
	7.5.1.d. Disponibilidad y uso de dispositivos de seguimiento y medición	X		X		X			Si existen dispositivos de seguimiento y medición en lo que se refiere al área de Laboratorio Clínico, pero no son los suficientes y no están documentados.	0%	
	7.5.1.e. Implementación del seguimiento y la medición	X		X		X				0%	
	7.5.1.f. Implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.	X			X	X			No se evidencia cumplimiento de este requisito, se recomienda establecer formatos para registrar la evolución de los tratamientos aplicados a los pacientes y/o la prestación del servicio.	0%	

DIAGNOSTICO		CONVENCIONES: A: Aplica NA: No Aplica E: Elaborar I: Implementar M: Mejorar									
REQUISITO	REQUERIMIENTOS DE LA NORMA	A	NA	EXISTE		FALTA			OBSERVACIONES GENERALES	%	
				SI	NO	E	I	M			
	<b>7.5.2. Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio</b>										
	7.5.2.a. Criterios para la revisión y aprobación de los procesos	X			X	X			Se recomienda establecer controles de validación en cada uno de los procesos asistenciales a través de historia clínica o registros de atención de pacientes.	0%	
	7.5.2.b. Aprobación de equipos y calificación del personal	X			X	X		0%			
	7.5.2.c. Uso de métodos y procedimientos específicos	X			X	X		0%			
	7.5.2.d. Requisitos de los registros	X			X	X		0%			
	7.5.2.e. Revalidación	X			X	X		0%			
	7.5.3. Identificación y trazabilidad	X			X		X	se debe establecer el seguimiento de los pacientes por historia clínica en formatos de evolución del tratamiento.		50%	
	7.5.4. Propiedad del cliente	X			X	X		Es necesario establecer cuidados para la protección (muestras, resultados médicos, radiografías, modelos, fotografías, etc.)	0%		
	7.5.5. Preservación del producto y/o servicio	X		X		X		Este requisito se cumple puesto que en laboratorio Clínico se guardan resultados y en odontología y fisioterapia radiografías, sin embargo estos procedimientos no están documentados y no existe evidencia de como se realiza.	0%		

DIAGNOSTICO		CONVENCIONES: A: Aplica NA: No Aplica E: Elaborar I: Implementar M: Mejorar									
REQUISITO	REQUERIMIENTOS DE LA NORMA	A	NA	EXISTE		FALTA			OBSERVACIONES GENERALES	%	
				SI	NO	E	I	M			
	<b>7.6. Control dispositivos de seguimiento/medición</b>										
	7.6.a. Calibración o verificación a intervalos especificados	X		X			X		El requisito se cumple en lo que compete al área de laboratorio clínico sin embargo se recomienda Estandarizar la metodología para realizar seguimiento y mantenimiento de equipos de laboratorio y odontología	50%	
	7.6.b. Ajustar	X		X			X	50%			
	7.6.c. identificar y determinar el estado de la calibración	X		X			X	50%			
	7.6.d. Proteger contra ajusten que puedan invalidar los resultados	X		X			X	50%			
	7.6.e. Proteger contra daños y deterioro durante la manipulación	X		X			X	50%			
<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO NUMERAL 7.</b>										<b>31%</b>	
	<b>8.1. Generalidades</b>										
	8.1.a. Conformidad del producto	X			X	X			No se evidencia una planificación para la mejora continua en la conformidad de la prestación del servicio, no se tiene registros para el cumplimiento de este requisito	0%	
	8.1.b. Conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad	X			X	X		0%			
	8.1.c. Mejorar Continualmente la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad	X			X	X		0%			
	<b>8.2. Seguimiento y medición</b>										
	8.2.1. Satisfacción del cliente	X			X	X			Se conoce de manera informal la percepción expresada por los usuarios del servicio. Se recomienda establecer formatos y encuestas que permitan evidenciar el nivel de satisfacción de los clientes	0%	

DIAGNOSTICO		CONVENCIONES: A: Aplica NA: No Aplica E: Elaborar I: Implementar M: Mejorar									
REQUISITO	REQUERIMIENTOS DE LA NORMA	A	NA	EXISTE		FALTA			OBSERVACIONES GENERALES	%	
				SI	NO	E	I	M			
<b>8.2.2. Auditorias internas</b>											
	8.2.2.a. Conformidad con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la ISO 9001:2000 y con los requisitos del Sistema de Gestión de la calidad	X			X	X			No existen procedimientos documentados para programación y planificación para las auditorias del SGC, se recomienda documentar el procedimiento y perfil del auditor en el manual de funciones según la norma ISO:19011	0%	
	8.2.2.b. Se implementa y se mantiene de manera eficaz	X			X	X				0%	
	8.2.3. Seguimiento y medición de procesos (indicadores de gestión)	X			X	X			Se deben establecer los indicadores de Gestión con el fin de Evaluar los el comportamiento en cada uno de los procesos	0%	
	8.2.4. Medición y seguimiento de producto o servicio (mecanismos de inspección o ensayo)	X			X	X			Se deben establecer mecanismos de control para determinar las no conformidades en la prestación del servicio	0%	
<b>8.3. Control del producto y/o servicio no conforme</b>											
	8.3.a Acciones para eliminar la no conformidad detectada	X			X	X			No se evidencia cumplimiento de este requisito, por tanto se recomienda documentar el procedimiento para el control de producto o servicio no conforme	0%	
	8.3.b. Autorizar uso, liberación o aceptación bajo concesión cuando sea aplicable	X			X	X				0%	
	8.3.c. Acciones para impedir uso o aplicación originalmente prevista	X			X	X				0%	

DIAGNOSTICO		CONVENCIONES: A: Aplica NA: No Aplica E: Elaborar I: Implementar M: Mejorar									
REQUISITO	REQUERIMIENTOS DE LA NORMA	A	NA	EXISTE		FALTA			OBSERVACIONES GENERALES	%	
				SI	NO	E	I	M			
<b>8.4. Análisis de datos</b>											
	8.4.a. Satisfacción del cliente	X			X	X			No se lleva un control de indicadores por procesos ya que estos no se han definido en su totalidad, tampoco hay evidencia de la medición de la satisfacción del cliente, pese a que el departamento de Gestión comercial mantiene canales de comunicación con el cliente a diario. No se ha realizado ningún tipo de evaluación a los proveedores.	0%	
	8.4.b. Conformidad con los requisitos del servicio o producto	X			X	X		0%			
	8.4.c. Características y tendencias de los procesos y de los servicios	X			X	X		0%			
	8.4.d. Proveedores	X			X	X		0%			
<b>8.5. Mejora</b>											
	8.5.1. Mejora continua	X			X	X			No hay cumplimiento de este requisito debido a que no existe la implementación de un SGC.	0%	
	8.5.2. Acciones correctivas	X			X	X			No se identifican las causas para el registro de acciones correctivas en los procesos o en los servicios prestados. No se ejercen planes de acción para corregir no conformidades detectadas.	0%	
	8.5.3. Acciones preventivas	X			X	X			No se ejerce un plan de mejoramiento para evitar que los servicios no conformes se vuelvan a presentar.	0%	
									<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO NUMERAL 8.</b>	<b>0%</b>	
									<b>PROCENTAJE TOTAL DE CUMPLIMIENTO</b>	<b>13%</b>	

Fuente: Autor del Proyecto

Con base en este diagnóstico se puede concluir que la mayoría de actividades en las que se debe trabajar, es en la documentación de los procedimientos, creación del mapa de procesos, manual de calidad, caracterización de procesos, instructivos, plan de calidad, indicadores y sus mecanismos de medición así como el levantamiento de registros para el montaje del sistema, de la misma manera aumentar los canales de comunicación dentro de la organización para identificar acciones de mejora en los procesos que permitan dar cumplimiento a los objetivos trazados por la organización

Se evidencia el compromiso y apoyo total por parte de la Gerencia en lo relacionado con la destinación de recursos tangibles e intangibles que favorezcan la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Clinisalud en búsqueda de adoptar la disciplina del mejoramiento continuo, tanto en los servicios ofrecidos a los clientes, como de la imagen corporativa proyectada en el sector.

## **5. PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

### **5.1 DETERMINACIÓN DE LAS NECESIDADES DE DOCUMENTACIÓN**

La necesidad de fortalecer las buenas prácticas de prestación de servicio dentro y fuera de CLINISALUD, dieron origen al levantamiento y elaboración de la documentación de los procesos del alcance y actividades implícitas dentro de estos, para facilitar el trabajo y darle un orden lógico a las funciones de cada elemento de la organización. Facilitando la comprensión de la importancia de cada área, miembro y equipo para la implementación del SGC en CLINISALUD. Además la documentación permite definir con claridad autoridades y responsabilidades, facilita la comunicación efectiva dentro de la organización y proporciona las bases para mejorar el desarrollo de las actividades que afectan la prestación del servicio.

Principales razones para documentar un Sistema de Gestión de la Calidad

- ❖ Delegación de responsabilidades: Ubica a la persona encargada de llevar a cabo una serie de actividades vitales para el buen funcionamiento de la clínica, en el contexto de lo que debe hacer asumiendo la complejidad de las situaciones en pro de la organización.
- ❖ Coherencia de acciones: permitiendo y a su vez logrando la realización de las directrices trazadas y cumpliendo con lo previsto en una planificación previa.
- ❖ Comunicación del Propósito: Con el fin de transmitir el objetivo fundamental de la clínica a todas las áreas comprometidas, determinando la ejecución de las actividades de manera coherente de acuerdo a las capacidades de comunicación del ambiente de trabajo que se haya creado.

## Documentos exigidos por la Norma y aplicados a CLINISALUD

Existen varios requisitos de la Norma ISO 9001:2000 con los que una organización podría aportar valor a su SGC y demostrar conformidad mediante la preparación de otros documentos incluso cuando la Norma no los exige específicamente.

A continuación se relaciona el tipo de documentación que se diseñará e implementará para llevar a cabo el proceso de certificación en CLINISALUD

**Tabla 2. Tipos de documentos a desarrollar**

Requisito de la Norma	Tipo de documento	Responsable.
Identificar los procesos del Sistema de Gestión de Calidad, acordes con el alcance establecido para la certificación. Determinar interacción y secuencia de estos procesos.	Mapa de procesos.	Coordinador de calidad.
Establecer los controles necesarios para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros.	Procedimiento.	Coordinador de calidad
Establecer un procedimiento que defina los controles necesarios para aprobar, revisar, actualizar, controlar los documentos de origen interno y externo.	Procedimiento y registros.	Coordinador de Calidad.
La planificación del sistema de gestión de la calidad se realiza con el fin de cumplir los requisitos citados en 4.1 así como los objetivos de calidad.	Instructivo.	Gerente.
Identificar las características críticas a controlar en los productos y servicios críticos.	Registros.	Responsable por proceso. Coordinador de Calidad.
Establecer la metodología para verificar los productos/servicios críticos.	Registros.	Responsable por proceso Coordinador de Calidad

Requisito de la Norma	Tipo de documento	Responsable.
Documentos necesarios por la organización para asegurarse su conveniencia para con el sistema de gestión de calidad, proporcionar evidencia del cumplimiento de los requisitos especificados por el cliente y que describa todo el SGC de la organización.	Manual de calidad. Política y objetivos de la Calidad.	Comité de calidad.
Analizar cada proceso, teniendo en cuenta: Entradas, etapas de transformación y salidas) e interrelacionarlo con los numerales de la norma ISO 9001	Caracterizaciones de cada uno de los procesos incluidos en el mapa de procesos.	Coordinador de calidad – Responsable cada proceso.
Revisar y/o actualizar el organigrama general de CLINISALUD.	Anexo organigrama	Gerente y Coordinador de Calidad.
Asegurarse de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la organización.	Matriz vs. responsabilidades	Gerente.
Asegurarse que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y que la comunicación se efectúa considerando la eficacia del sistema de gestión de calidad.	Anexos de comunicación interna.	Gerente.
Revisar a intervalos planificados el sistema de gestión de calidad de la organización, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas. La revisión debe incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluyendo la política de la calidad y los objetivos de la calidad.	Instructivo de revisión por la dirección con su correspondiente acta	Gerente. Coordinador de Calidad
Establecer el perfil de los cargos teniendo en cuenta educación, formación, habilidades y experiencia	Instructivos perfil de cargos.	Gerente Coordinador de Calidad.

Requisito de la Norma	Tipo de documento	Responsable.
Determinar la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan a la calidad del producto.	Procedimiento selección de personal con sus correspondientes registros.	Gerente Coordinador de Calidad.
Asegurarse de que su personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad	Evaluaciones de desempeño.	Gerente. Coordinador de Calidad.
Determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del servicio.	Procedimiento de infraestructura.	Coordinador de calidad Responsable cada proceso.
Elaborar panorama de riesgos.	Programa salud ocupacional	ARP Seguro social.
Secuencia de las operaciones del proceso, características del servicio a controlar, parámetros de proceso a controlar, equipos requeridos para la realización de la operación.	Planes de calidad.	Toda la organización.
Proceso de compras de productos y servicios.	Procedimiento del proceso de compras.	Administrador y Coordinador de calidad.
Definir metodología a seguir para la selección, evaluación y re-evaluación de proveedores.	Procedimiento de selección evaluación y reevaluación.	Gerente y Coordinador de Calidad.
Actividades de control de los dispositivos de seguimiento y medición de las características del servicio, identificar dispositivos de seguimiento, definir su periodicidad para la calibración, calibrarlos y dejar evidencia de dicha actividad.	Instructivo y registros de calibración de equipos.	Gerente Coordinador de calidad.
Metodología para realizar la medición de satisfacción del cliente y generar acciones de mejoramiento.	Encuesta, buzón de quejas y sugerencias.	Coordinador de calidad.
Definir el procedimiento de Auditorías que incluya desde la elaboración del programa de Auditorías, la planeación de cada una, su ejecución y el seguimiento hasta asegurar que se eliminan las no conformidades y las causas identificadas.	Procedimiento de auditorías internas.	Coordinador de Calidad.

Requisito de la Norma	Tipo de documento	Responsable.
Aplicar métodos apropiados para el seguimiento y medición de los procesos del sistema de gestión de calidad, así como actividades de seguimiento de las características del servicio para verificar que se cumplen los requisitos del mismo.	Indicadores de gestión.	Toda la organización.
Procedimiento para el tratamiento del servicio no conforme.	Procedimiento control del servicio no conforme.	Coordinador de calidad.
Procedimiento para el tratamiento de acciones correctivas, para eliminar la causa de no conformidades con objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir.	Procedimientos acciones correctivas.	Coordinador de calidad.
Procedimiento para el tratamiento de acciones preventivas, para eliminar la causa de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia.	Procedimiento acciones preventivas	Coordinador de calidad.

Fuente: Autor del Proyecto

## **5.2 DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.**

Con el fin de garantizar el buen funcionamiento de CLINISALUD, se estableció la necesidad de determinar los tipos de documentos relacionados con el Sistema de Gestión de Calidad. Fue necesario definir el Comité de Calidad, el cual se encarga de fomentar, promover, apoyar y controlar el Sistema de Gestión de la Calidad de la organización, así como de llevar al interior de la entidad, mecanismos de control en beneficio del diseño, documentación e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad; este equipo integrado por el Gerente como líder del comité y representante de la dirección la Directora de Recurso Humano, Coordinador de Odontología, Coordinadora de Gestión Comercial y la Directora Administrativa, en conjunto con el Coordinador de Calidad como secretario.

Con la creación de este Comité se logra una estabilidad en términos de verificación y control, basado en funciones que garantizan la viabilidad del proyecto. Con ellos se inicio la etapa de diseño del Sistema Gestión de Calidad, revisando la misión, visión, valores corporativos, debilidades y fortalezas (Direccionamiento estratégico), ventaja competitiva, normas legales y demás documentos que son de vital importancia para el desarrollo de CLINISALUD.

Este gancho de trabajo entre la empresa y el Coordinador de Calidad tiene un gran significado ya que permitió cristalizar los objetivos de la Norma, a la vez que se daba marcha al proceso con las aplicaciones dejando ver la efectividad de los mismos permitiendo así el desarrollo de un ambiente de mejoramiento.

## **5.3 ELEMENTOS DEL MANUAL DE CALIDAD.**

### **5.3.1 Mapa de procesos.**

Para la construcción del mapa de proceso se definieron las actividades de elaboración de los documentos. Se inició con la determinación de los procesos involucrados en el proceso de certificación y la interacción de cada uno de ellos, estos se agrupan de la siguiente manera.

Procesos Gerenciales: Aquellos que ayudan al direccionamiento de la organización a través de estrategias.

Procesos operacionales: Procesos que tienen impacto directo sobre el cliente a través del servicio creando un valor agregado.

Procesos de apoyo: Procesos que como su nombre lo indica, apoyan los demás procesos de la compañía.

Luego de ser identificados y clasificados los procesos, se presenta el mapa de proceso con el apoyo del Coordinador de Calidad, contando además con la ayuda del comité de calidad y los miembros de la organización quienes a través de sus apreciaciones y sus diferentes puntos de vista ayudaron a la constitución de este documento tan importante para todo el proceso.

### **VER ANEXO A**

### **5.3.2 Política y objetivos de calidad.**

Con el fin de establecer los lineamientos de la Norma en lo que a documentos se refiere y sobre todo en estos ámbitos como la política y objetivos de calidad, cada uno de los miembros del comité de calidad revisó los numerales 5.3 y 5.4.1 de la norma ISO 9001:2000, para tener conocimiento de los parámetros que establece la norma para definir la política y objetivos de calidad. El resultado final después

de varias propuestas y de mucho análisis por parte de todo el grupo de trabajo de la compañía informando a todos acerca de para posibles cambios antes de su implementación se establece de manera formal y conciente la política de calidad como pilar de la organización.

***BRINDAR SOLUCIONES OPORTUNAS Y CONFIABLES EN SALUD, QUE CUMPLAN CON LAS EXPECTATIVAS DE NUESTROS CLIENTES MEDIANTE UN DESARROLLO ASISTENCIAL COMPROMETIDO, CON SENTIDO HUMANO Y EFECTIVO, A TRAVÉS DEL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LOS PROCESOS, APOYO DEL PERSONAL ALTAMENTE CALIFICADO Y CON ESTRATEGIAS EFICACES EN EL MANEJO DE LOS RECURSOS.***

Los objetivos de calidad fueron definidos después de haber implementado la política de calidad al personal, éstos se establecieron de forma que fueran coherentes con la política de calidad y pudieran ser medibles, para lo cual se establecieron indicadores de gestión por cada uno de los objetivos de calidad, de esta manera hacer más fácil su medición, cumplimiento y monitoreo permanente de la eficacia del sistema y sus procesos.

A continuación se muestra la matriz que se utilizó como fuente para determinar los objetivos de calidad, basados en la construcción de la política de calidad.

**Tabla 3. Política de Calidad VS Objetivos de Calidad.**

POLÍTICA DE CALIDAD	OBJETIVOS CALIDAD	Optimizar recursos tangibles e intangibles.	Garantizar el mejoramiento continuo de la organización	Identificar necesidades de los clientes para brindar soluciones que permitan cumplir con las expectativas	Realizar los procesos asistenciales con estándares de calidad	Efectuar los procesos asistenciales con sentido humano
Brindar soluciones oportunas y confiables en salud que cumplan con las expectativas de nuestros clientes mediante un desarrollo asistencial comprometido, con sentido humano y efectivo, a través del mejoramiento continuo de los procesos, apoyo del personal altamente calificado y con estrategias eficaces en el manejo de los recursos.		X	X	X	X	X
Estamos comprometidos con nuestros clientes en prestar un excelente servicio a largo plazo.			X	X		
Creemos que la mejor forma de hacer las cosas es pensando en la gente, es por eso que aplicamos todas nuestras herramientas integrando el sentido humano a todos nuestros clientes.		X			X	X

<b>POLÍTICA DE CALIDAD</b>	<b>OBJETIVOS CALIDAD</b>	<b>Optimizar recursos tangibles e intangibles.</b>	<b>Garantizar el mejoramiento continuo de la organización</b>	<b>Identificar necesidades de los clientes para brindar soluciones que permitan cumplir con las expectativas</b>	<b>Realizar los procesos asistenciales con estándares de calidad</b>	<b>Efectuar los procesos asistenciales con sentido humano</b>
Contamos con excelente personal entrenado y capacitado para hacer frente a las situaciones complejas que puedan presentarse.	X	X		X		

Fuente: Autor del proyecto

Los objetivos que se establecieron y se implementaron al personal para un periodo de un año fueron los siguientes:

- 1. Optimizar el uso de los recursos tangibles e intangibles.**
- 2. Garantizar el mejoramiento continuo de la organización.**
- 3. Identificar las necesidades de los clientes para brindar soluciones que permitan cumplir con las expectativas.**  
**Realizar los procesos asistenciales con estándares de calidad.**
- 4. Identificar las necesidades de los clientes para brindar soluciones que permitan cumplir con las expectativas.**
- 5. Efectuar los procedimientos asistenciales con sentido humano.**

Posteriormente la política y objetivos de calidad fueron publicados en lugares visibles de CLINISALUD y dados a conocer al personal por medio de una capacitación realizada por el Coordinador de Calidad.

**VER ANEXO B**

### **5.3.3 Caracterizaciones.**

Las caracterizaciones tienen como objetivo describir y facilitar la comprensión de los procesos y se desarrollaron a través de los responsables de cada área con la ayuda del coordinador de calidad. En la elaboración de las caracterizaciones el Coordinador de Calidad se reunió con cada uno de los dueños de proceso, la metodología empleada se basó en describir las actividades desarrolladas por el proceso, variables necesarias, actividades en donde se debe hacer mayor control, la identificación e interacción de los procesos para con el Sistema de Gestión de Calidad; estas se describieron siguiendo el ciclo PHVA (Planear, Hacer, verificar y actuar), allí también se determinaron los proveedores y las entradas del proceso,

las salidas y a quien van dirigidas (Clientes), al igual que los documentos y registros, parámetros de control y seguimiento necesarios para la operación, los procesos de soporte y los requisitos tanto legales como de la norma ISO 9001:2000 que se deben cumplir. Estas caracterizaciones se presentaron ante el Comité de Calidad para su revisión y aprobación, determinándose allí la forma de implementarlo al personal de CLINISALUD y los responsables de dicha implementación.


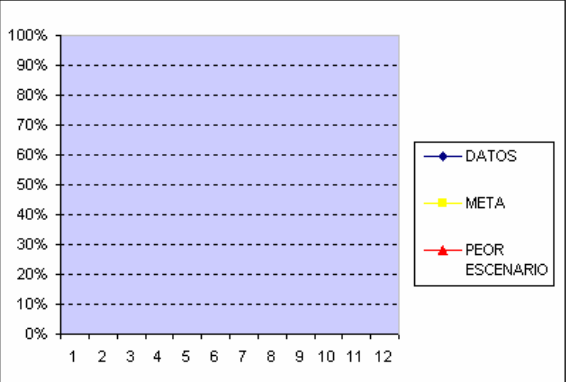
## **VER ANEXO C**

### **5.3.4 Indicadores de Gestión.**

Establecidos los objetivos de calidad, se dio paso a la crear los indicadores de gestión, esta actividad estuvo a cargo de los líderes de proceso, bajo la Coordinación del Gerente, el Asesor de Calidad y el Coordinador de Calidad, Para facilitar el establecimiento de los indicadores se tuvo en cuenta los siguientes pasos:

1. De acuerdo a la planificación del sistema OD-PE-02 se analizaron cada uno de los objetivos para determinar los factores que permiten medir el nivel de cumplimiento de los mismos.
2. Se determinaron los indicadores con sus respectivas unidades de medición.

A continuación se muestra un ejemplo del formato utilizado para la medición de los indicadores

		<b>FICHA TÉCNICA INDICADOR</b>				CODIGO: _____ VERSION: _____		Pagina 1 de 1			
<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b> _____ <b>RESPONSABLE:</b> _____											
<b>FRECUENCIA DE LA MEDICION:</b> _____						<b>META:</b> _____					
<b>UNIDAD DE MEDIDA:</b> _____						<b>AÑO:</b> _____					
<b>FORMULA</b>						<b>OBJETIVO</b>					
ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
<b>GRAFICO</b>						<b>OBSERVACIONES DEL INDICADOR</b>					
						                      					

Fuente: Autor del proyecto

## VER ANEXO D

### 5.3.5 Documentación de los procedimientos y registros.

Para la elaboración de los procedimientos y registros que conforman el Sistema de Gestión de Calidad la Coordinación de Calidad elaboró el procedimiento Norma Fundamental en donde se definen los parámetros que debe contener la documentación con el fin de estandarizar los procesos que lo integran. Este procedimiento aplica para la elaboración de procedimientos, manuales, instructivos, especificaciones, formatos, fichas técnicas y cualquier otro documento que genere el Sistema de Gestión de la Calidad de CLINISALUD.

En el instructivo para elaborar documentos IN-MC-01 se definió la normalización para la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad. Y en el procedimiento para el control de documentos PR-MC-01 se estableció la metodología para dar cumplimiento al requisito 4.2.3 de la norma ISO 9001:2000

**VER ANEXO E**

**VER ANEXO F**

## **6. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.**

Luego de cubrir las etapas de diagnóstico, evaluación y diseño de documentos, previas a la puesta en funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad ideado bajo las Normas ISO 9001:2000, finalmente aparece la etapa de implementación, una de las etapas más importantes para iniciar el camino hacia una nueva metodología de gestión de calidad basada en procesos, que conlleve a mejorar continuamente los servicios que presta CLINISALUD a todos sus clientes.

Esta etapa de implementación se soportó en la participación activa que habían tenido todos los trabajadores en la etapa de documentación, lo cual ayudo a tomar conciencia y disminuyó la resistencia al cambio siendo este la problemática general que presentan las empresas cuando se inician actividades de implementación de Sistemas de Gestión.

Para CLINISALUD el proceso de implementación se ejecutó de manera Paulatina a medida que se revisaban, aprobaban y difundían los documentos al interior de la Clínica.

### **6.1 ELABORACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN**

En conjunto con los líderes de proceso se realizaron reuniones periódicamente en las cuales mediante lluvias de ideas se detectaron aquellos aspectos que deberían ser documentados, se analizó que tipo de documento sería el más conveniente y ajustable a CLINISALUD. De esta manera la documentación del Sistema de

Gestión de Calidad, se organizó de acuerdo a los procesos de Gestión de Gerencial, Gestión de Compras, Laboratorio Clínico, Fisioterapia, Talento Humano, Control de Infraestructura, Mejora Continua, Odontología y Odontología Especializada; para los procesos se determinaron procedimientos, planes de calidad, instructivos, registros, anexos al sistema de gestión de calidad, el manual de calidad, manual de funciones y los perfiles para cada uno de los cargos existentes en la organización.

En esta etapa del proyecto se dio gran responsabilidad a la Coordinación de Calidad con el objetivo de que se pudiera elaborar toda la documentación de manera estandarizada y cumpliendo con los requisitos de la norma ISO 9001:2000, para ello fue necesario centralizar toda la información de los diferentes procesos establecidos en el alcance con sus directos responsables, a través de reuniones constantes e informales con las personas involucradas, debido a que ellos eran quienes tenían pleno conocimiento de las actividades asistenciales y operativas de la clínica.

Para la elaboración de los documentos se tuvo en cuenta el desarrollo de la siguiente metodología.

1. Estudio de los requisitos de la Norma ISO 9001:2000
2. Identificación de las necesidades de la organización en cuanto a la documentación para cumplir los requisitos de la Norma ISO 9001:2000.
3. Identificación de los documentos requeridos y la necesidad de diseñarlos estandarizarlos y mejorarlos.
4. Elaborar los documentos necesarios para implementar un Sistema de Gestión de la Calidad, basados en el instructivo para elaborar documentos IN-MC-01.

5. Determinación de la documentación de manera que su entendimiento, diligenciamiento y seguimiento fuera el adecuado para la organización y el personal que allí labora.
6. Revisión del documento por parte del encargado y/o coordinador del área correspondiente
7. Presentación del documento al Comité de Calidad para su aprobación y emisión.
8. Implementación de los documentos al personal de CLINISALUD de manera tal que sean socializables y entendidos los procesos a fondo y los requerimientos de acuerdo a la Norma ISO 9001: 2000.

La metodología empleada durante la implementación del sistema de gestión de calidad, se basó en la descrita por William Edwards Deming conocida como el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), que se cumplió así:

#### Planear:

Una vez realizado el diagnóstico inicial, se determinaron las acciones de mejora a emprender para la implementación del sistema de gestión de calidad, estas fueron revisadas y aprobadas por el Comité de Calidad.

Cada actividad descrita en el diagnóstico fue planificada y aprobada por el Comité de Calidad.

#### Hacer.

Se ejecutan las actividades implementadas, el trabajo del Coordinador de Calidad consistió en documentar las diferentes actividades y generar los registros necesarios con ayuda de los líderes de proceso y sus participantes.

Verificar.

Se verifica a través de reuniones quincenales hechas por el Comité de Calidad, las reuniones de seguimiento con el personal, la auditoría externa a mitad del proceso verificando los requisitos en donde debía hacerse mayor control para dar cumplimiento a los requisitos exigidos por la norma ISO 9001:2000, el primer ciclo de auditoría internas la cual arrojó acciones correctivas y preventivas encaminadas a mejorar continuamente el sistema de gestión de calidad.

Actuar.

En las reuniones de seguimiento realizadas el Coordinador de Calidad y demás participantes se trabajó buscando siempre la manera de actuar sobre los resultados obtenidos, cuando se presentaron retrasos en la ejecución de tareas se tomaron las acciones oportunas para cumplir con los objetivos propuestos. En el caso de las auditorías, después de verificar el cumplimiento de los requisitos de la norma, se levantaron las acciones correctivas y preventivas según fuera el caso para cumplir con lo planificado.

## **6.2 REVISIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN**

A medida que se iba creando un documento o registro se realizaba su respectivo estudio teniendo en cuenta aspectos importantes tales como: Facilidad de manejo, entendimiento, facilidad de diligenciamiento, utilidad dentro del proceso y su relevancia en el Sistema de Gestión de Calidad.

Se Obtuvieron resultados que permitieron concentrar esfuerzos en distintas áreas donde todavía se encontraban falencias tales como: No se tenía total claridad a cerca de llenar los registros que se implementaban, al personal se le dificultaba

entender cual era su papel en el proceso al que hacía parte en la organización, más allá de recitar la definición de la misión, visión, política de calidad, objetivos, no se le daba la interpretación lógica o direccionada hacia los lineamientos trazados en la clínica. Pero a medida que se reforzaban conceptos, capacitación del personal y se llevaba a cabo una fuerte campaña de socialización a cerca de la importancia de los beneficios de implementar un Sistema de Gestión de Calidad en la empresa, comienza a notarse como va creciendo una filosofía de manejo y control de evidencias al interior de CLINISALUD y la preocupación del personal por mantener estos parámetros al día.

### **6.3 VALIDACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN**

En varias reuniones los líderes de proceso, en conjunto con el Coordinador de Calidad, socializaron los formatos dejando evidencia en el FR-MC-06, la forma de diligenciarlos y la importancia de la información registrada dentro del SGC. Todo esto con el fin de vincularlos y comprometerlos con la consecución de resultados, adicionalmente se les hacía entrega inmediata del formato para que empezaran a utilizarlo en sus labores y así de esta manera poder hacer sugerencias de cambios, integrándolos como parte del diseño definitivo de los formatos del SGC.

	<b>CONTROL DE DISTRIBUCION</b>	<b>CODIGO: FR-MC-06</b> <b>VERSION: 02</b>	Pagina 1 de 1				
<b>RESPONSABLE DE LA ENTREGA:</b> _____ <b>FECHA(dd/mm/aaaa):</b> _____							
No	NOMBRE DEL DOCUMENTO	CODIGO	VERS	COPIA CONTROLADA		TIPO DE ENTREGA	
				SI	NO	MEDIO MAGNETICO	IMPRESA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
NOMBRE DE QUIEN RECIBE: _____ CARGO: _____ PROCESO RELACIONADO: _____  FIRMA: _____  OBSERVACIONES: _____ _____ _____ _____ _____							

Fuente: Autor del Proyecto

#### **6.4 MANUAL DE CALIDAD.**

El manual de calidad se elaboró en la medida en que transcurría la etapa de implementación del SGC, y se iba dando cumplimiento a cada uno de los requisitos de la norma ISO 9001: 2000, culminando con la etapa final que fue la revisión y aprobación por parte del Comité de Calidad.

#### **VER ANEXO G**

Este manual de calidad lo componen 8 capítulos; en el primer capítulo encontramos las generalidades de CLINISALUD, una breve reseña histórica, descripción de actividades de la IPS y el organigrama; en el segundo capítulo se encuentra el compromiso empresarial por parte del Gerente de CLINISALUD; el tercer capítulo contiene la cobertura del sistema de gestión de calidad, el alcance, sus exclusiones, política de calidad, objetivos de calidad, y la interacción de sus procesos (Mapa de procesos); los capítulos del 4 al 8 están estructurados de la misma manera en que se encuentra la norma ISO 9001:2000; Sistema de Gestión de la Calidad, Responsabilidad de la dirección, Gestión de los Recursos, Prestación del Servicio y Medición, Análisis y Mejora; en cada uno de ellos se describe el cumplimiento de los requisitos en base a la norma.

Por último se encuentra las caracterizaciones de cada uno de los procesos incluidos en el mapa de procesos.

#### **6.5 PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.**

El esquema que se siguió en el diseño de los procedimientos que conforman el sistema de gestión es el establecido en la Norma Fundamental en donde se especifica que los procedimientos deben contener un objetivo para el cual fue creado, el alcance del mismo, unos responsables de la ejecución de las tareas y

actividades allí descritas, la normatividad, los documentos que sirvieron como soporte para realizar este procedimiento, definiciones de términos que contenga el documento para un mejor entendimiento por parte del usuario, el procedimiento que describe la metodología que permite cumplir con el requerimiento, en el cual se enumeran paso a paso las actividades a seguir, el procedimiento debe contener el CÓMO, QUIÉN y CUANDO se desarrolla una actividad de acuerdo a la secuencia del procedimiento y por último el control de los registros en donde se especifica el almacenamiento, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros generados por el sistema de gestión de calidad.

Estos procedimientos son controlados de acuerdo a lo establecido en el control de documentos y se encuentra en las áreas de uso disponibles.

La norma ISO 9001:2000, solo exige dentro de la documentación 6 procedimientos obligatorios entre los que encontramos el control de documentos, control de registros, control de producto o servicio no conforme, acciones correctivas, acciones preventivas y auditorias internas; sin embargo de acuerdo a las necesidades de la organización se crearon los procedimientos necesarios para la operación los cuales se encuentran organizados por proceso; para el proceso de gestión de calidad aparte de los 6 procedimientos obligatorios se incluyeron los procedimientos de Satisfacción del cliente, cuyo objetivo es realizar el seguimiento relativo a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de CLINISALUD y aplica para los procesos en los cuales se desee conocer el cumplimiento de los requisitos del cliente; el procedimiento de Infraestructura cuyo objetivo es el proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del servicio y este procedimiento aplica para todas las áreas de trabajo involucradas así como los equipos para los procesos (tanto hardware como software), servicios de apoyo y todos aquellos equipos que intervengan en el Sistema de Gestión de la Calidad.;

Análisis de datos: el objetivo es analizar los datos adecuadamente para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión y evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y por último el procedimiento Relacionado con la prestación del servicio, cuyo objetivo es establecer las actividades a controlar en el proceso relacionado con la prestación de los servicio, en el establecimiento de requisitos, la revisión de los requisitos y determinación de la comunicación adecuada con el cliente con el propósito de satisfacer sus necesidades y expectativas.

Dentro de los procedimientos de Gestión Gerencial, se encuentra el de Selección de personal cuyo objetivo es el de garantizar la competencia y capacidad del personal que labora, en base a la educación, formación, habilidades y experiencias apropiadas y aquellas actividades involucradas con la inducción, capacitación y entrenamiento; el procedimiento de compras que establece el proceso a seguir en el momento de realizar las compras de los productos o servicios que intervengan en la prestación del servicio y aplica tanto a compras físicas, como a compras de servicios; el procedimiento de Selección, Evaluación y Reevaluación de proveedores, se creó con el fin de asegurar que los productos y equipos adquiridos que afectan directamente la calidad del servicio, cumplen con los requisitos establecidos en la orden de compra y se ejerce control sobre sus proveedores.

## **6.6 FORMATOS Y REGISTROS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.**

Los registros, que se definieron en CLINISALUD permiten evidenciar actividades ejecutadas, presentan resultados que marcan el seguimiento y el cumplimiento del Sistema de Gestión de la Calidad, entre los que se encuentran, registros internos que son registros generados dentro del Sistema de Gestión de Calidad y registros

externos que son registros generados por cualquier organización, fuera del Sistema de Gestión de la Calidad de CLINISALUD.

Los registros fueron socializados con el fin de demostrar el cumplimiento de los requisitos, para hacer el seguimiento de las actividades realizadas y algunos como referencia en la recopilación de información; para asegurar que estos constituyeran una evidencia del Sistema de Gestión de la Calidad y fueran fácilmente identificables, recuperables y almacenados se les aplico los siguientes controles:

En la parte de identificación encontramos:

- Código: La identificación del documento según las pautas dadas en la Norma fundamental.
- Nombre del Registro: Nombre del registro a controlar.

En la parte de almacenamiento encontramos:

- Archivo Activo: Ubicación en donde se encuentra el registro en archivo activo.
- Vigencia: Actualmente se encuentran en uso.
- Archivo inactivo: Archivo que fue utilizado pero se encuentra en mejora o cambio de versión.
- Responsable: Persona encargada de llevar el control de la información del registro

El Sistema de gestión de calidad de CLINISALUD, esta conformado por 65 registros organizados por procesos, los cuales se encuentran en el listado maestro de documentos OD-MC-02, a continuación se presenta la distribución de los registros:

**VER ANEXO H**

**Tabla 4. Distribución de Registros**

PROCESO	NÚMERO DE REGISTROS
Compras	5
Fisioterapia	4
Gestión Comercial	7
Laboratorio Clínico	3
Mejora Continua	13
Odontología Especializada	8
Odontología General	9
Talento Humano	12
Planeación Estratégica	1
Control de Infraestructura	3

Fuente: Autor del Proyecto

## **6.7 PERFILES DE CARGO**

Los cargos de la organización y sus diferentes niveles de autoridad, se establecieron en la gráfica de la estructura organizacional elaborada por la coordinación de calidad con el apoyo de la Dirección de Recursos Humanos. Así mismo, las competencias de los cargos se definieron en el manual de funciones MA-TH-01 junto con las responsabilidades y funciones.

Los perfiles de cada cargo se crearon en base en la educación, formación, habilidades y experiencias del personal perteneciente a CLINISALUD. En el caso de los odontólogos, bacteriólogo, fisioterapeuta y auxiliares, los perfiles se elaboraron de acuerdo a lo exigido por la Secretaria de Salud Departamental; para

el resto del personal la coordinación de calidad se basó en lineamientos dados por la Gerencia y la Dirección de Recursos Humanos.

Los perfiles de los cargos constan de 3 partes:

1. Identificación del cargo, el proceso al cual pertenece el cargo, jefe inmediato, los subalternos si aplica y el objetivo del cargo que corresponde a la misión con la cual se creó o existe dicho cargo.
2. Competencias en cuanto a educación, habilidades, experiencia y formación.
3. Requisitos del cargo, en donde encontramos los requisitos a cumplir como la educación necesaria para desempeñar el cargo, la formación, habilidad demostrada para aplicar conocimientos y aptitudes; la experiencia mínima para ocupar el puesto y por ultimo las habilidades, estas se entienden como las destrezas para ejecutar las actividades propias del cargo.

CARGO:		PROCESO:	
OBJETIVO:			
JEFE INMEDIATO:		SUBALTERNOS:	
COMPETENCIAS		DESCRIPCION	
1. EDUCACION			
2. HABILIDADES	PERSONALES		
	CORPORATIVAS		
3. EXPERIENCIA			
4. FORMACION			
FUNCIONES			
PLANEAR			
HACER			
VERIFICAR			
AJUSTAR			
AUTONOMIA EN LAS DECISIONES			
DECISIONES QUE SE CONSULTAN Y/O COMPARTEN			

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
Bonne Murcia - Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 30-May-2007	LUC Alba Duarte Cargo: Director de Recursos Humanos Fecha: 16-Sep-2007	Victor Hugo Duarte Gerente Fecha: 18-Sep-2007	Cont:	No Cont:
			X	

Fuente: Autor del Proyecto

Para demostrar las habilidades se realizó una evaluación de desempeño, a todo el personal de la clínica; la formación se demuestra con los títulos, diplomas, seminarios y demás estudios realizados, archivados en la hoja de vida de cada empleado; la experiencia se evidencia con cartas laborales de trabajos anteriores y para algunos con la experiencia que llevan trabajando en CLINISALUD.

## **6.8 CAPACITACIÓN DEL PERSONAL**

Con el fin de dar a conocer la implementación de los requisitos y documentos del Sistema de Gestión de calidad, la Coordinación de Calidad realizó reuniones con todo el personal y reuniones con el comité de calidad, con el objeto de visualizar los beneficios que obtiene la organización y todo el personal que labora en ella al comprometerse con calidad, se introdujeron conceptos sobre familias NTC-ISO 9000 y se amplió el tema con NTC-ISO 9001 se presentaron los retos y el compromiso que exigía y la barreras que se encontrarían, además de enfatizar en la responsabilidad de cada uno de los miembros de la organización para el logro de este objetivo

El Director de Recursos Humanos junto con el Coordinador de Calidad se reunieron con el objetivo de diseñar el cronograma de capacitación, en donde se incluyeron temas orientados al conocimiento y aplicación de la Norma para con las actividades desarrolladas por CLINISALUD, implementación y difusión de los documentos y registros, seguimiento y análisis de los procesos y reuniones en donde se haga difusión de la misión, visión, política de calidad, objetivos de calidad, mapa de procesos y caracterizaciones.

En la formación de los auditores internos, la Gerencia contrato con un consultor externo Q.E.C. quien realizó la formación de auditores, recibiendo cada uno de los participantes el Título como auditor Interno. Una vez aprobado el exámen de auditores internos, se programó el primer ciclo de auditorías internas en donde cada uno de ellos puso a prueba los conocimientos adquiridos.

**Tabla 5. Cronograma de Capacitación**

CONVENIONES: CI: Capacitación Interna CE: Capacitación Externa P: Programada E: Ejecutada																	
TEMA CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN	CI	CE	RESPONSABLE DE LA CAPACITACION	PARTICIPANTES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	OBSERVACIONES
<b>Año 2007</b>																	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Misión</li> <li>VISIÓN</li> <li>Política de calidad</li> <li>Objetivos de calidad</li> <li>Mapa de procesos y caracterizaciones</li> </ul>	X		COORDINADOR DE CALIDAD	Todo el personal													
SEMINARIO EN MARKETING VENTAS Y FACTOR SERVICIO AL CLIENTE		X	UNIVERSIDAD LIBRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Directora Administrativa</li> <li>Directora de Talento humano</li> <li>Coordinadora Comercial</li> <li>Asesora Comercial</li> <li>Auxiliar de Laboratorio Clínico</li> <li>Auxiliar de Odontología</li> <li>Recepcionista</li> <li>Fisioterapeuta</li> <li>Odontólogo</li> </ul>				E									

CONVENIONES: CI: Capacitación Interna CE: Capacitación Externa P: Programada E: Ejecutada																	
TEMA CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN	CI	CE	RESPONSABLE DE LA CAPACITACION	PARTICIPANTES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	OBSERVACIONES
PRIMEROS AUXILIOS		X	SENA	Todo el personal					E								
CONGRESO DE MERCADEO INTERNACIONAL		X	UNIVERSIDAD LIBRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerente</li> <li>• Coordinadora Comercial</li> <li>• Directora de Talento Humano</li> <li>• Directora Administrativa</li> <li>• Coordinadora de Calidad</li> </ul>					E								
CURSO DE RADIOLOGÍA		X	UNIVERSIDAD SANTO TOMAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxiliar de Odontología</li> </ul>									E				
CURSO DE MICROSOFT WINDOWS		X	SENA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directora Administrativa</li> <li>• Coordinadora Comercial</li> <li>• Recepcionista</li> <li>• Auxiliar de Laboratorio Clínico</li> </ul>													
CURSO DE AUDITOR EN SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		X	Q.E.C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directora Administrativa</li> <li>• Directora de Talento Humano</li> <li>• Coordinadora Comercial</li> <li>• Asesora Comercial</li> <li>• Coordinadora de Calidad</li> <li>• Fisioterapeuta</li> <li>• Odontólogo</li> </ul>											E	E	

CONVENIONES: CI: Capacitación Interna CE: Capacitación Externa P: Programada E: Ejecutada																	
TEMA CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN	CI	CE	RESPONSABLE DE LA CAPACITACION	PARTICIPANTES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	OBSERVACIONES
Año 2008																	
MANUAL DE BIOSEGURIDAD <ul style="list-style-type: none"> <li>Riesgos de exposición ocupacional</li> <li>Sistema para la identificación de peligros y riesgos por sustancias químicas</li> </ul>	X		DIRECTORA ADMINISTRATIVA (Graciela Silva)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asistente Administrativa</li> <li>Coordinadora de Calidad</li> <li>Asistente de Calidad</li> <li>Coordinadora Comercial</li> <li>Asesora Comercial</li> <li>Recepcionistas</li> <li>Practicantes SENA</li> <li>Auxiliares de Servicios Generales</li> </ul>		E											
MANUAL DE BIOSEGURIDAD <ul style="list-style-type: none"> <li>Normas Universales de Bioseguridad</li> <li>Líquidos que requieren medidas de precaución universal</li> </ul>			COORDINADOR DE CALIDAD (Ivonne Murcia – Jim Moreno)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Directora Administrativa</li> <li>Asistente Administrativa</li> <li>Asistente de Calidad</li> <li>Coordinadora Comercial</li> <li>Asesora Comercial</li> <li>Recepcionistas</li> <li>Practicantes SENA</li> <li>Auxiliares de Servicios Generales</li> </ul>		E											

CONVENIONES: CI: Capacitación Interna CE: Capacitación Externa P: Programada E: Ejecutada																	
TEMA CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN	CI	CE	RESPONSABLE DE LA CAPACITACION	PARTICIPANTES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	OBSERVACIONES
MANUAL DE BIOSEGURIDAD • Uso de Elementos de Protección Personal	X		ASESOR COMERCIAL (Yalex contreras)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directora Administrativa</li> <li>• Asistente Administrativa</li> <li>• Coordinadora de Calidad</li> <li>• Asistente de Calidad</li> <li>• Coordinadora Comercial</li> <li>• Asesoras Comerciales</li> <li>• Recepcionistas</li> <li>• Auxiliares de Servicios Generales</li> </ul>		E											
MANUAL DE BIOSEGURIDAD • Practicas de Bioseguridad	X		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASISTENTE DE CALIDAD (Jennifer Pedraza)</li> <li>• RECEPCIONISTA (Zaida Quiroga)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directora Administrativa</li> <li>• Asistente Administrativa</li> <li>• Coordinadora de Calidad</li> <li>• Coordinadora Comercial</li> <li>• Asesoras Comerciales</li> <li>• Recepcionista</li> <li>• Practicantes SENA</li> <li>• Auxiliares de Servicios Generales</li> </ul>		E											

CONVENCIONES: CI: Capacitación Interna CE: Capacitación Externa P: Programada E: Ejecutada																	
TEMA CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN	CI	CE	RESPONSABLE DE LA CAPACITACION	PARTICIPANTES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	OBSERVACIONES
MANUAL DE BIOSEGURIDAD <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpieza desinfección y esterilización de manos, equipos e instrumental</li> </ul>	X		<ul style="list-style-type: none"> <li>• AUXILIARES DE SERVICIOS GENERALES (Diana Lopez, Maria Sierra)</li> <li>• RECEPCIONISTA (Johanna Pulido)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directora Administrativa</li> <li>• Asistente Administrativa</li> <li>• Coordinadora de Calidad</li> <li>• Asistente de Calidad</li> <li>• Coordinadora Comercial</li> <li>• Asesoras Comerciales</li> <li>• Recepcionista</li> <li>• Practicantes SENA</li> </ul>			E										
MANUAL DE BIOSEGURIDAD <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de Desechos</li> <li>• Conductas Seguras</li> </ul>	X		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASISTENTE ADMINISTRATIVA (Liliana Gómez)</li> <li>• ASESOR COMERCIAL (Leydi Cala)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directora administrativa</li> <li>• Coordinadora comercial</li> <li>• Auxiliares de Servicios Generales</li> <li>• Coordinador de Calidad</li> <li>• Practicantes SENA</li> <li>• Recepcionista</li> </ul>			E										

CONVENIONES: CI: Capacitación Interna CE: Capacitación Externa P: Programada E: Ejecutada																	
TEMA CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN	CI	CE	RESPONSABLE DE LA CAPACITACION	PARTICIPANTES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	OBSERVACIONES
MANUAL DE BIOSEGURIDAD <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accidente Ocupacional</li> <li>• Medidas en Caso de Exposición o Accidente</li> </ul>	X		COORDINADOR COMERCIAL (Yolanda García)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistente Administrativa</li> <li>• Coordinadora de Calidad</li> <li>• Asistente de Calidad</li> <li>• Coordinadora Comercial</li> <li>• Asesora Comercial</li> <li>• Recepcionistas</li> <li>• Practicantes SENA</li> <li>• Auxiliares de Servicios Generales</li> </ul>			E										
MANUAL DE BIOSEGURIDAD <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgos de exposición ocupacional</li> <li>• Sistema para la identificación de peligros y riesgos por sustancias químicas</li> </ul>	X		ODONTOLOGO GENERAL (Oscar Perez)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bacterióloga</li> <li>• Asistente de Laboratorio Clínico</li> <li>• Fisioterapeuta</li> <li>• Asistente de Fisioterapia</li> <li>• Odontólogos</li> <li>• Higienista Oral</li> <li>• Auxiliares de Odontología</li> </ul>		E											
MANUAL DE BIOSEGURIDAD <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas Universales de Bioseguridad</li> <li>• Líquidos que requieren medidas de precaución universal</li> </ul>	X		AUXILIAR DE FISIOTERAPIA (Gladys Quiroga)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bacterióloga</li> <li>• Asistente de Laboratorio Clínico</li> <li>• Fisioterapeuta</li> <li>• Odontólogos</li> <li>• Higienista Oral</li> <li>• Auxiliares de Odontología</li> </ul>		E											

CONVENCIONES: CI: Capacitación Interna CE: Capacitación Externa P: Programada E: Ejecutada																	
TEMA CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN	CI	CE	RESPONSABLE DE LA CAPACITACION	PARTICIPANTES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	OBSERVACIONES
MANUAL DE BIOSEGURIDAD • Practicas de Bioseguridad - Laboratorio Clínico	X		• BACTERIOLOGA (Luz Alba Duarte)  • AUXILIAR DE LABORATORIO CLINICO (Nubia Galvis)	• Fisioterapeuta • Odontólogos • Higienista Oral • Auxiliares de Odontología		E											
MANUAL DE BIOSEGURIDAD • Practicas de Bioseguridad - Fisioterapia - Servicios Generales	X		FISIOTERAPEUTA (Solis Galvis)	• Bacterióloga • Asistente de Laboratorio Clínico • Asistente de Fisioterapia • Odontólogos • Higienista Oral • Auxiliares de Odontología		E											
MANUAL DE BIOSEGURIDAD • Uso de Elementos de Protección Personal • Practicas de Bioseguridad - Odontología General y Especializada	X		ODONTOLOGO GENERAL (Liliana Salazar)	• Bacterióloga • Asistente de Laboratorio Clínico • Fisioterapeuta • Asistente de Fisioterapia • Odontólogos • Higienista Oral • Auxiliares de Odontología			E										

CONVENIONES: CI: Capacitación Interna CE: Capacitación Externa P: Programada E: Ejecutada																	
TEMA CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN	CI	CE	RESPONSABLE DE LA CAPACITACION	PARTICIPANTES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	OBSERVACIONES
MANUAL DE BIOSEGURIDAD • Limpieza desinfección y esterilización de manos equipos e instrumental.	X		<ul style="list-style-type: none"> <li>HIGIENISTA ORAL (Claudia Gallo)</li> <li>AUXILIARES DE ODONTOLOGIA (Cristina Blanco, Sandra Rueda)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bacterióloga</li> <li>Asistente de Laboratorio Clínico</li> <li>Fisioterapeuta</li> <li>Asistente de Fisioterapia</li> <li>Odontólogos</li> </ul>			E										
MANUAL DE BIOSEGURIDAD • Manejo de Desechos	X		ODONTOLOGO GENERAL (Mayerli Niño)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bacterióloga</li> <li>Asistente de Laboratorio Clínico</li> <li>Fisioterapeuta</li> <li>Asistente de Fisioterapia</li> <li>Odontólogos</li> <li>Higienista Oral</li> <li>Auxiliares de Odontología</li> </ul>			E										
MANUAL DE BIOSEGURIDAD • Conductas Seguras • Accidente Ocupacional • Medidas en caso de exposición o accidente	X		ODONTOLOGO GENERAL (Mayerli Niño)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bacterióloga</li> <li>Asistente de Laboratorio Clínico</li> <li>Fisioterapeuta</li> <li>Asistente de Fisioterapia</li> <li>Odontólogos</li> <li>Higienista Oral</li> <li>Auxiliares de Odontología</li> </ul>			E										

CONVENIONES:      CI: Capacitación Interna      CE: Capacitación Externa      P: Programada      E: Ejecutada																	
TEMA CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN	CI	CE	RESPONSABLE DE LA CAPACITACION	PARTICIPANTES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	OBSERVACIONES
SENSIBILIZACIÓN PARA EL LEVANTAMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA	X		COORDINADOR DE CALIDAD	Todo el Personal				P: 23,24,25									

Fuente: Autor del Proyecto

**VER ANEXO I**


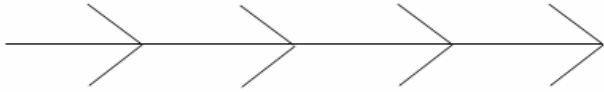
## **7. EVALUACIÓN Y MEJORA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.**

### **7.1 AUDITORÍAS INTERNAS.**

Una vez se han cumplido las etapas de diagnóstico, sensibilización, documentación e implementación, surge la necesidad de evaluar la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad de CLINISALUD dando cumplimiento al numeral 8.2.2 de la NTC 9001:2000. Para llevar a cabo esta evaluación se realizó una Auditoría Interna en todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad, la cual estuvo a cargo del Coordinador de Calidad en acompañamiento del asesor externo así como de los líderes de cada proceso.

El objetivo de esta Auditoría consistió en la preparación de las pre-auditorías para la auditoría del ente certificador, cabe resaltar que estas auditorías se realizan teniendo como guías los parámetros descritos en la NTC ISO 19011 la cual brinda los lineamientos que deben seguir para las auditorías del Sistema de Gestión de la Calidad y Ambiental, además de los perfiles de los auditores y del auditor líder.

En el desarrollo de Auditorías Internas se comprenden las etapas que van desde la planificación, la preparación, la ejecución, la presentación del informe de auditoría interna y el seguimiento a las no conformidades y acciones de mejora que se presenten, las cuales se registran según lo establecido en el formato de acciones preventiva o correctivas FR-MC-05 y formato de acciones de mejora FR-MC-13.

	<b>FORMATO DE ACCIONES CORRECTIVAS O PREVENTIVAS</b>	<b>CODIGO: FR-MC-05</b> <b>VERSION: 01</b>	<b>Página 1 de 1</b>												
FECHA: _____ ACCION CORRECTIVA <input type="checkbox"/> ACCION PREVENTIVA <input type="checkbox"/>															
DESCRIPCION DE LA NO CONFORMIDAD: _____															
NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____															
FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PROCESO: _____															
ANALISIS DE CAUSAS <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div>															
IMPACTO: _____															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">ACCIONES CORRECTIVAS O PREVENTIVAS:</th> <th style="width: 25%;">RESPONSABLE</th> <th style="width: 25%;">PERIODO PARA IMPLEMENTACION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				ACCIONES CORRECTIVAS O PREVENTIVAS:	RESPONSABLE	PERIODO PARA IMPLEMENTACION									
ACCIONES CORRECTIVAS O PREVENTIVAS:	RESPONSABLE	PERIODO PARA IMPLEMENTACION													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES</th> <th style="width: 50%;">RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO												
SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO														
EFICACIA DE LAS ACCIONES _____ _____															
FIRMA DEL AUDITOR INTERNO: _____		FECHA: _____													

Fuente: Autor del Proyecto



NOMBRE DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

PROCESO RELACIONADO CON LA MEJORA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROCESO: \_\_\_\_\_

DESCRIPCION DE LA MEJORA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IMPLEMENTACION DE LA MEJORA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SEGUIMIENTO A LA ACCION DE MEJORA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL AUDITOR INTERNO

Fuente: Autor del Proyecto

\_\_\_\_\_  
FECHA:

## **7.2 PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS.**

En esta etapa el representante de la dirección Verifica anualmente el Cronograma de Auditorías de los procesos a auditar en la organización teniendo en cuenta aspecto tales como:

- Evaluar el Sistema de Gestión de la Calidad de CLINISALUD.
- Verificar que el Sistema de Gestión de la Calidad cumple con los criterios de la auditoría (Misión, Visión, política de Calidad, procedimientos o requisitos utilizados como referencia).
- Cuando se hayan realizado cambios significativos en las diferentes área de la empresa.
- Cuando se requiere verificar la aplicación de acciones preventivas o correctivas y de mejora.
- Cuando por causa de las no conformidades se considere que la prestación de servicios corre un peligro latente o si se sospecha que puede estarlo.

En base a lo anterior se programó realizar auditorías internas cada seis meses a todos los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad de CLINISALUD, considerando que es un Sistema joven que se encuentra en permanente ajuste.

Esto se encuentra consignado en el Cronograma de auditorías internas OD-MC-03

**VER ANEXO J**

EMPRESA QUE AUDITA	AUDITOR (ES)	PROCESOS	AÑO 2007												OBSERVACIONES		
			E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C			

Fuente: Autor del Proyecto

**7.3 EQUIPO AUDITOR INTERNO.**

La escogencia del equipo auditor de la organización es de gran relevancia, ya que las personas involucradas deben reunir una serie de requisitos de competencias muy importantes por la seriedad que este trabajo amerita.

La organización destinó recursos para la formación en auditoría interna de los siguientes miembros: Graciela Silva, Luz Alba Duarte, Ivonne Murcia, Oscar Pérez, Solis Galvis. Estas personas participaron como auditores observadores, además de ser auditados en cada uno de los procesos de su responsabilidad respectivamente, esto con el fin de garantizar la objetividad en posteriores auditorias.

#### 7.4 DEFINICIÓN DE OBJETIVOS, ALCANCE Y CRITERIOS.

Una vez fueron establecidas las fechas de Auditoría interna que se desarrollaría en la organización y teniendo en cuenta el personal competente, se procede a realizar Plan de auditoría que contiene los siguientes aspectos

- ❖ Objetivos y alcance de la auditoría
- ❖ Identificación de las personas que tengan responsabilidades directas o significativas respecto del alcance de la auditoría
- ❖ Identificación de documentos de referencia
- ❖ Fecha y lugar donde se va a realizar la auditoría
- ❖ Identificación de los procesos por auditar
- ❖ Tiempo y duración esperado para la auditoría, incluyendo la realización de una reunión de apertura y una reunión de cierre

#### VER ANEXO K

	PLAN DE AUDITORIA	CÓDIGO: FR-MC-12	Página 1 de 2
		VERSIÓN: 01	

OBJETIVO DE LA AUDITORIA: _____ _____
TIPO DE AUDITORIA: _____ _____
ALCANCE: _____ _____ _____
FECHA DE LA AUDITORIA: _____
IDENTIFICACION DEL EQUIPO AUDITOR _____ _____ _____ _____ _____ _____

 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small>	<b>PLAN DE AUDITORIA</b>	CÓDIGO: FR-MC-12	Página 2 de 2
		VERSIÓN: 01	

CALENDARIO DE ACTIVIDADES		
FECHA	ACTIVIDADES A REALIZAR	AUDITOR AREA/RESPONSABLE

Fuente: Autor del Proyecto

## 7.5 REVISIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN.

La etapa de la revisión de la Documentación es muy importante porque de este análisis resultan las directrices que le permiten al auditor interno crearse una idea de la adecuación de la misma de acuerdo a las exigencias de la norma NTC 9001:2000, así mismo es útil para brindar conocimiento a auditores contratados externamente.

## **7.6 REALIZACIÓN DE LA AUDITORIA EN SITIO.**

Las auditorías son efectuadas al Sistema de Gestión de la Calidad en las Instalaciones de CLINISALUD.

Cada auditoría inicia con una reunión de apertura en la cual el auditor revisa el alcance y los objetivos de auditoría, se solicita la participación del personal auditado, se explica brevemente la metodología a seguir durante la ejecución de la auditoría así como la hora y fecha de la reunión de cierre y se hacen las aclaraciones pertinentes.

Los auditores reúnen la evidencia frente a los criterios de auditoría a través de entrevistas, verificación de la documentación, observación de las distintas actividades y condiciones en los procesos auditados considerando la metodología PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar).

Las observaciones de la auditoría se registran en los formatos:

Lista de chequeo para auditoría de los procesos Gerenciales FR-MC-09

Lista de chequeo para auditoría de los procesos Misionales FR-MC-10

Lista de chequeo para auditoría de los procesos de Soporte FR-MC-11

### **VER ANEXO L**

La auditoría se realizó los días 10 y 11 de Abril de 2008 en las oficinas administrativas de CLINISALUD en el Socorro, y así se auditaron todos los procesos implementados en la empresa. La auditoría se efectuó de acuerdo con lo previsto, contando con la participación activa de todo el personal programado, igualmente, se reunió la evidencia necesaria para determinar la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad.

## **7.7 IDENTIFICACIÓN DE EVIDENCIAS DE AUDITORÍA.**

El auditor describe en las listas de chequeo los comentarios que le permiten discrepar acerca de una no conformidad. La confirmación de la existencia se realiza posteriormente mediante la evaluación de los comentarios con respecto a la norma NTC 9001:2000 en reunión con el líder de proceso.

Las diferentes no conformidades se registran en forma clara y elocuente en el formato de acciones preventivas y correctivas FR-MC-05 y el formato de acciones de mejora FR-MC-13 indicando que tipo de acción se trata.

Resultado de esto se presentaron seis (6) No Conformidades Menores, las cuales se pueden observar en el informe de auditoría adjunto. Observándose que la mayor parte de estas se presentaron en el proceso de Odontología General.

## **7.8 INFORME DE AUDITORÍA INTERNA.**

El auditor externo elabora un Informe de Auditoría Interna con las conclusiones establecidas del trabajo de auditoría, una vez ha considerado los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos.

En este informe se describen los procesos auditados, los responsables respetivos, el objetivo y alcance de la auditoría, el personal entrevistado, la documentación analizada, las fortalezas y debilidades encontradas, los resultados de acciones correctivas de auditorías anteriores y las conclusiones generales. Este informe se distribuye a quienes corresponda, según lo defina el Comité de Calidad.

Teniendo en cuenta los resultados de la auditoría se realizó el informe de auditoría describiendo por proceso las no conformidades, observaciones, fortalezas, debilidades y un análisis global de cómo se ve el Sistema frente a la norma auditada, una vez efectuado este informe se distribuyó a cada uno de los Líderes del proceso para tomar las acciones apropiadas.

**VER ANEXO M**

### **7.9 REUNIÓN DE CIERRE.**

Se realiza una reunión de cierre para divulgar las conclusiones de la auditoría relacionadas a las no conformidades encontradas. El auditado firma el registro acciones preventivas y correctivas FR-MC-05, si está de acuerdo con las no conformidades. A la reunión de cierre asisten los mismos integrantes de la reunión de apertura.

La reunión de cierre se realizó el día 11 de Abril de 2008 en las instalaciones de CLINISALUD, con la participación de los Líderes de cada proceso, en esta reunión se presentaron los resultados donde todos estuvieron de acuerdo con las No conformidades y fortalezas encontradas en cada proceso.

### **7.10 ACCIONES PREVENTIVAS, CORRECTIVAS Y DE MEJORA.**

El auditado al cual se le hayan reportado solicitudes de acción preventiva y/o correctiva, es responsable del tratamiento de la No conformidad, analizar y determinar las causas, definir las acciones preventivas y/o correctivas a tomar e implementarlas de acuerdo al formato de acciones preventivas o correctivas FR-MC-05 y teniendo en cuenta lo establecido en el procedimiento de acciones preventivas y correctivas PR-MC-03.

Las acciones que tome el auditado deberán ser rápidas, buscando dar solución inmediata a las no conformidades presentadas. Las actividades de seguimiento y cierre deberán incluir la verificación de las acciones tomadas y el informe de los resultados de la verificación o efectividad de acuerdo al formato de acciones preventivas y correctivas.

Una vez presentado el informe se realizó un Comité de Calidad donde la Coordinación de Calidad se reunió con cada uno de los responsables de los procesos, realizando el análisis de causas y posteriormente se propuso el plan de acción.

**Tabla 6. Plan de Acción para las No Conformidades Generadas en Auditoría Interna**

ITEM	NO CONFORMIDAD	ANÁLISIS DE CAUSAS	ACCIÓN A REALIZAR	RESPONSABLE
1	El documento OD-PE-03 que corresponde a la Matriz de la Dirección, no cuenta con la normalización adecuada establecida en el control de documentos PR-MC-01 y el instructivo para elaborar documentos IN-MC-01, contraviniendo 4.2.3 de la norma ISO 9001:2000.	La matriz de revisión interna es de tipo "Otro Documento", al momento de la auditoría se encontró que el encabezado es de tipo "Formato".	Cambiar el encabezado de la matriz de revisión interna OD-PE-03 según lo establecido en el instructivo para elaborar documento, recoger las copias controladas que existan y entregar la modificada. No amerita cambio de versión del documento.	Coordinador de Calidad
2	Se evidencia que en el procedimiento PR-LC-03 Colesterol, del proceso de Laboratorio Clínico y en el OD-TH-02 Listado Maestro de Talento Humano, del proceso de Talento Humano, existe una falla en el control de documentos, lo cual contraviene con el numeral 4.2.3 de la NTC ISO 9001:2000, el cual menciona que los documentos requeridos por el Sistema de Gestión de la Calidad deben controlarse y deben estar disponibles en los puntos de uso.	Al momento de la auditoría estos documentos no se encontraban disponibles en los puntos de uso sino, en medio magnético del computador del Coordinador de Calidad.	Imprimir estos documentos y entregar copia controlada al respectivo líder de proceso dejando evidencia en el formato de distribución FR-MC-06	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinador de Calidad</li> <li>• Director de Talento Humano</li> <li>• Bacteriólogo</li> </ul>

ITEM	NO CONFORMIDAD	ANÁLISIS DE CAUSAS	ACCIÓN A REALIZAR	RESPONSABLE
3	Se evidencia que una vez realizada la evaluación de desempeño del personal de CLINISALUD, en Enero de 2008, no se han registrado en el formato FR-TH-04 Plan de Mejora, las acciones necesarias para el personal que obtuvo una calificación inferior al 80% lo cual incumple con el numeral 6.2.2.c de la norma ISO 9001:2000, donde se establece que se debe evaluar la eficacia de las acciones tomadas, para la competencia, toma de conciencia y formación del personal.	El Director de Recursos Humanos no diligenció el formato FR-TH-04 que corresponde al Plan de Mejora para el personal que obtuvo una calificación inferior al 80% en la evaluación de desempeño realizada en el mes de enero.	Establecer el Plan de Mejora dejando evidencia en el formato FR-TH-04, para el personal que obtuvo una calificación del 80% que permita que dichos resultados no vuelvan a reincidir.	Director de Talento Humano
4	Se evidencia que no se ha diligenciado el formato FR-CP-05 recepción de materiales del proveedor, para el Producto No Conforme generado por el proveedor JD, lo cual contraviene el numeral 8.3 de la norma ISO 9001:2000, el cual define que cuando se corrige un producto no conforme se debe someter a una nueva verificación para su conformidad con los requisitos.	No se diligenció el formato FR-CP-05 al momento de recibir la segunda entrega por parte del proveedor JD correspondientes a insumos de papelería.	Diligenciar el formato FR-CP-05 que evidencie la conformidad de los materiales recibidos en la segunda entrega del proveedor JD. Igualmente este registro se debe diligenciar cuando se presenten segundas o más entregas de otros proveedores.	Director Administrativo

ITEM	NO CONFORMIDAD	ANÁLISIS DE CAUSAS	ACCIÓN A REALIZAR	RESPONSABLE
5	De acuerdo al numeral 8.2.1 la organización debe realizar seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización; se evidencia que en el caso de la Señora María del Carmen Cepeda con número de vinculación 1046 de Marzo de 2008, no se realizó la retroalimentación a la organización por parte del proceso de Gestión Comercial de los motivos por los cuales la cliente no hizo renovación.	No existe un informe para la Gerencia que permita retroalimentar los motivos por los cuales en algunos casos los clientes sienten que CLINISALUD, no cumple con sus expectativas, a pesar de que la información suministrada por el cliente para la no renovación es consignada en el registro de la vinculación de cada usuario.	Realizar mensualmente un informe para la Gerencia que enuncie las causas particulares de los clientes que no renuevan.	Coordinador Comercial
6	Se evidencia que en el mes de abril no se ha generado el registro FR-GC-03 de Gestión Diaria del Asesor lo cual incumple con el numeral 4.2.4 de la norma ISO 9001:2000 que enuncia que los registros deben mantenerse para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad.	Se reincide en la No Conformidad detectada por el Coordinador de Calidad en el mes de Diciembre.	Diligenciar el registro en el formato FR-GC-03 correspondiente al mes de Abril.	Asesores Comerciales


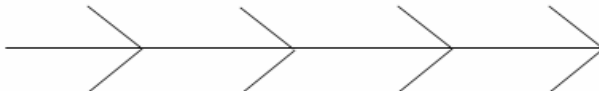
Fuente: Autor del Proyecto

**Tabla 7. Acciones de Mejora Detectadas en la Auditoría Interna**

ITEM	ACCIÓN DE MEJORA	RESPONSABLE
1	Implementar el comité de vigilancia epidemiológica COVE, identificando eventos adversos con el fin de dar informe oportuno a la Secretaría de Salud según la legislación vigente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerente</li> <li>• Coordinador de Calidad</li> <li>• Líder del Proceso de Odontología General y Especializada</li> <li>• Líder del Proceso de Laboratorio Clínico</li> <li>• Líder del Proceso de Fisioterapia</li> </ul>
2	Solicitar al Proceso de Compras silla apropiadas en los consultorios para las auxiliares de odontología	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Líder Odontología General</li> <li>• Director Administrativo</li> </ul>
3	Mejorar el indicador de gestión IG-TH-03 debido a que se está calificando la competencia del personal y no la incompetencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Director de Recursos Humanos</li> <li>• Coordinador de Calidad</li> </ul>
4	Para mejorar el nivel de revinculados de la actualización periódica de la información del vinculado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinador Comercial</li> </ul>
5	Realizar un curso de Excel internamente para	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinador de Calidad</li> </ul>

ITEM	ACCIÓN DE MEJORA	RESPONSABLE
	los líderes de los procesos, con el fin de enseñar el manejo gráfico de los indicadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Líderes de los Procesos</li> </ul>
6	Generar planes estratégicos para impulsar a los vinculados a tomar los servicios de Fisioterapia dado que se cuenta con la infraestructura adecuada y personal calificado, pero el número de pacientes es mínimo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerente</li> <li>• Coordinador Comercial</li> <li>• Fisioterapeuta</li> </ul>
7	Normalizar la preparación del hipoclorito de sodio para las actividades exclusivas del laboratorio y el formato de control de temperatura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinador de Calidad</li> </ul>

Fuente: Autor del Proyecto

	<b>FORMATO DE ACCIONES CORRECTIVAS O PREVENTIVAS</b>	<b>CODIGO: FR-MC-05</b> <b>VERSION: 01</b>	<b>Página 1 de 1</b>												
FECHA: _____ ACCION CORRECTIVA <input type="checkbox"/> ACCION PREVENTIVA <input type="checkbox"/>															
DESCRIPCION DE LA NO CONFORMIDAD: _____															
NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____															
FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PROCESO: _____															
ANALISIS DE CAUSAS <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div>															
IMPACTO: _____															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">ACCIONES CORRECTIVAS O PREVENTIVAS:</th> <th style="width: 25%;">RESPONSABLE</th> <th style="width: 25%;">PERIODO PARA IMPLEMENTACION</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				ACCIONES CORRECTIVAS O PREVENTIVAS:	RESPONSABLE	PERIODO PARA IMPLEMENTACION									
ACCIONES CORRECTIVAS O PREVENTIVAS:	RESPONSABLE	PERIODO PARA IMPLEMENTACION													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES</th> <th style="width: 50%;">RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO												
SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES	RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO														
EFICACIA DE LAS ACCIONES _____ _____															
FRIMA DEL AUDITOR INTERNO: _____		FECHA: _____													

Fuente: Autor del Proyecto



NOMBRE DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

PROCESO RELACIONADO CON LA MEJORA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL PROCESO: \_\_\_\_\_

DESCRIPCION DE LA MEJORA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IMPLEMENTACION DE LA MEJORA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SEGUIMIENTO A LA ACCION DE MEJORA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL AUDITOR INTERNO

\_\_\_\_\_  
FECHA:

Fuente: Autor del Proyecto

### **7.11 SEGUIMIENTO, CIERRE Y EFECTIVIDAD.**

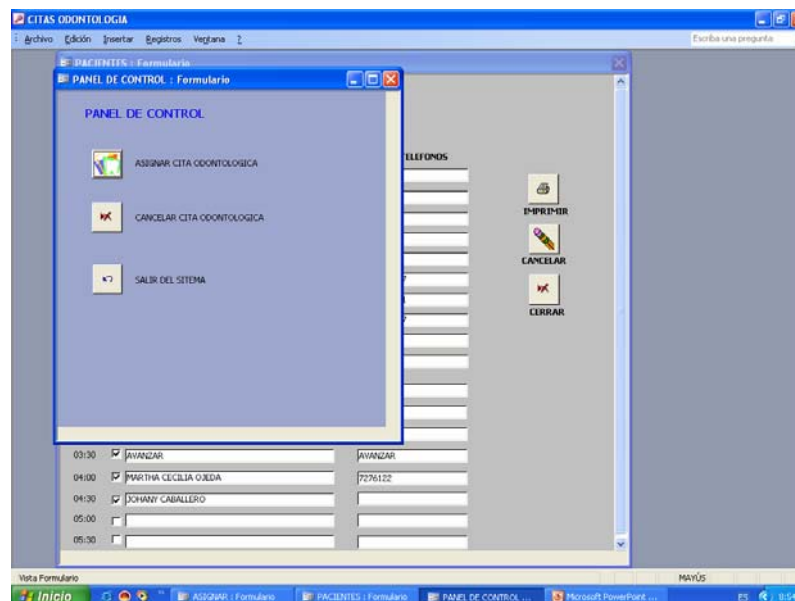
El Coordinador de Calidad realizó las actividades de seguimiento de la auditoría con el objeto de verificar el correcto levantamiento de acciones preventivas o correctivas; éstas quedaron registradas en el formato de acciones preventivas o correctivas FR-MC-05.

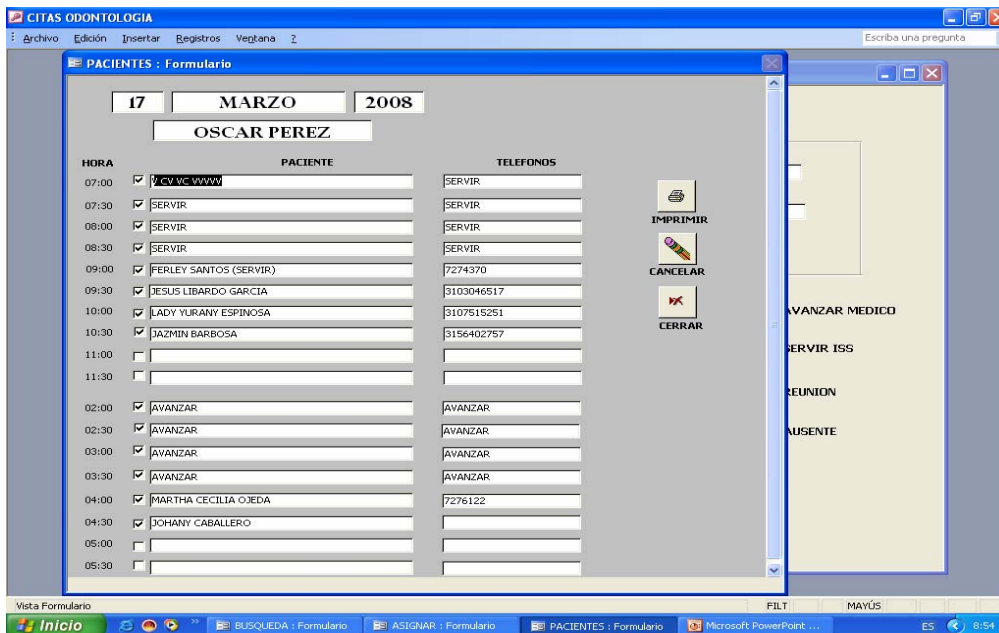
Una vez finalizada la auditoría interna, se obtienen resultados positivos ya que el personal respondió muy bien, con los diferentes planes de acción propuestos en las acciones correctivas de cada proceso. Dando vía libre para que la Gerencia definiera el día de realización de auditoría que sería efectuada por el ente certificador ICONTEC.

## 8. APORTES COMO INGENIEROS INDUSTRIALES AL PROYECTO Y A CLINISALUD

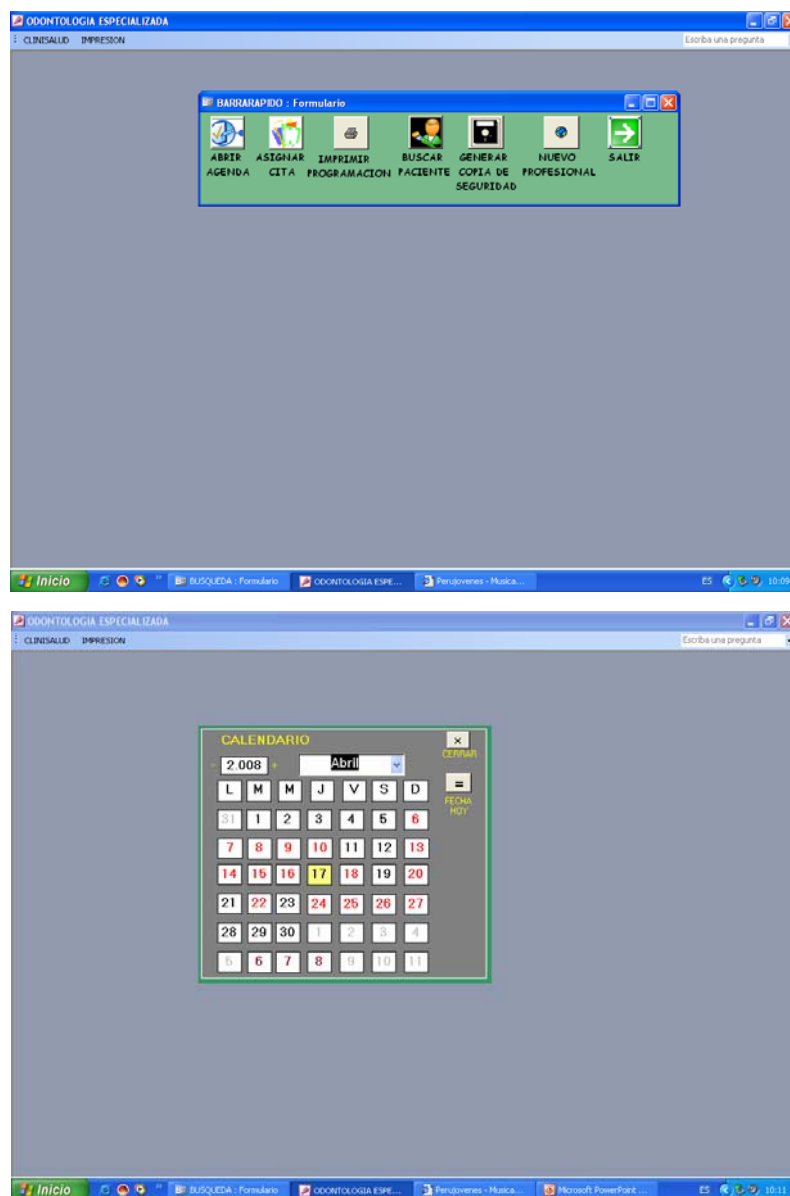
### 8.1. MEJORAS REALIZADAS.

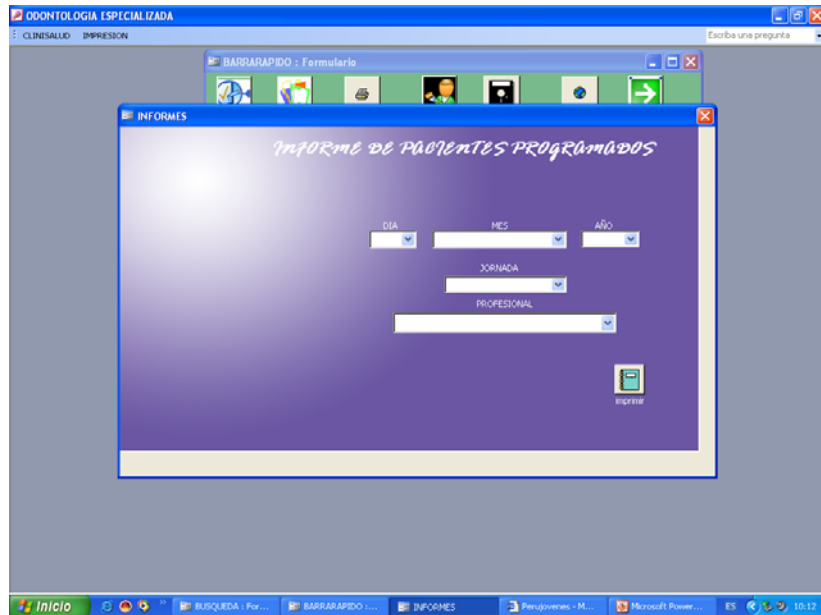
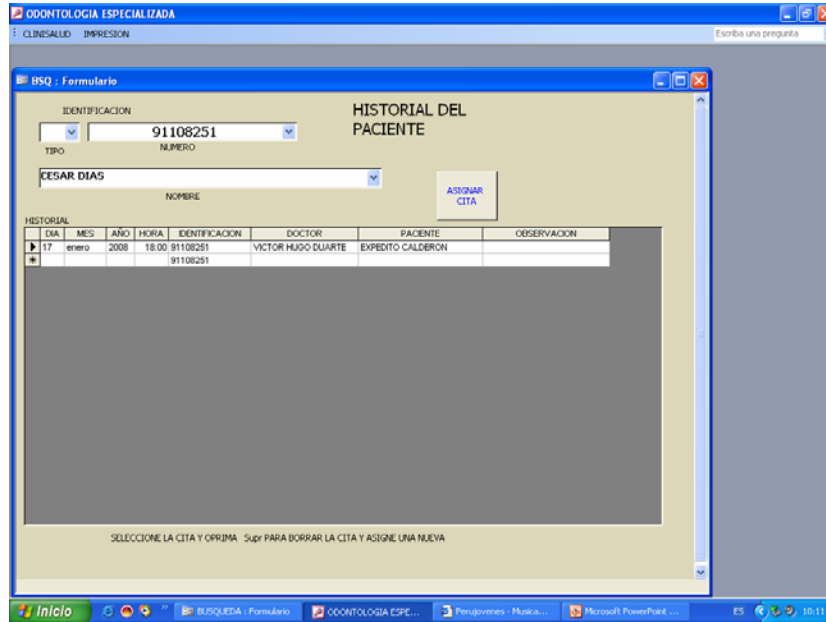
- Con base en nuestros conocimientos adquiridos en programación de computadores, realizamos el diseño, programación en lenguaje Basic y montaje de un programa en Microsoft Access, para la asignación de citas de odontología general, el cual permite realizar una mejor programación de la agenda de pacientes para cada odontólogo. Gracias a este programa se logra optimizar la prestación del servicio de odontología general pues antes de finalizar el día laboral se les imprime a las auxiliares, la programación de pacientes del día siguiente, con el fin extraigan de archivo las historias clínicas de los pacientes que se atenderán al siguiente día y las dejen listas en cada consultorio, según el doctor. A continuación se presenta un ejemplo gráfico del Programa:

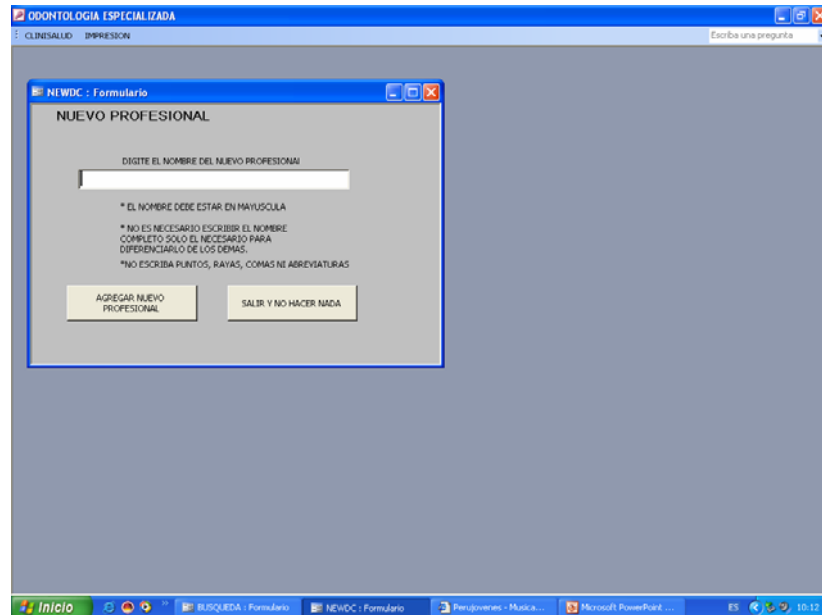




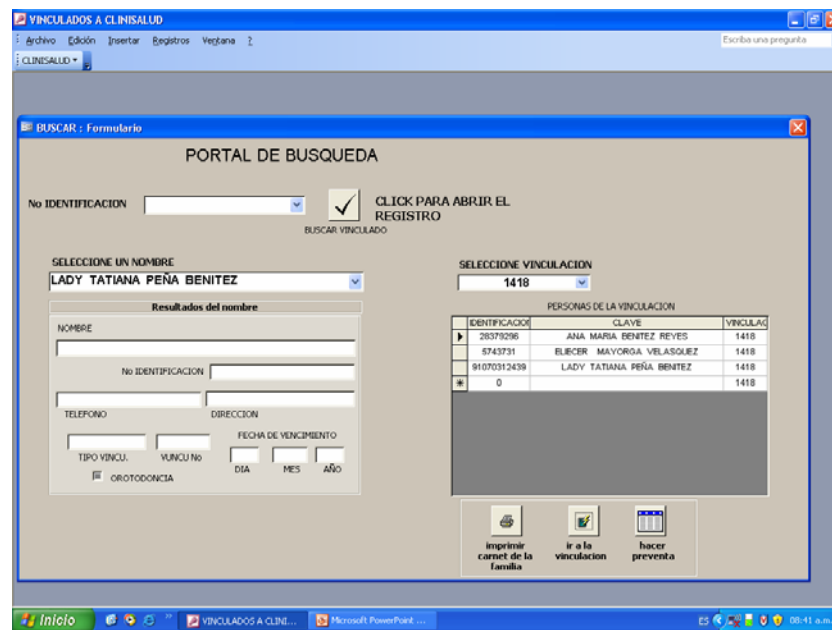
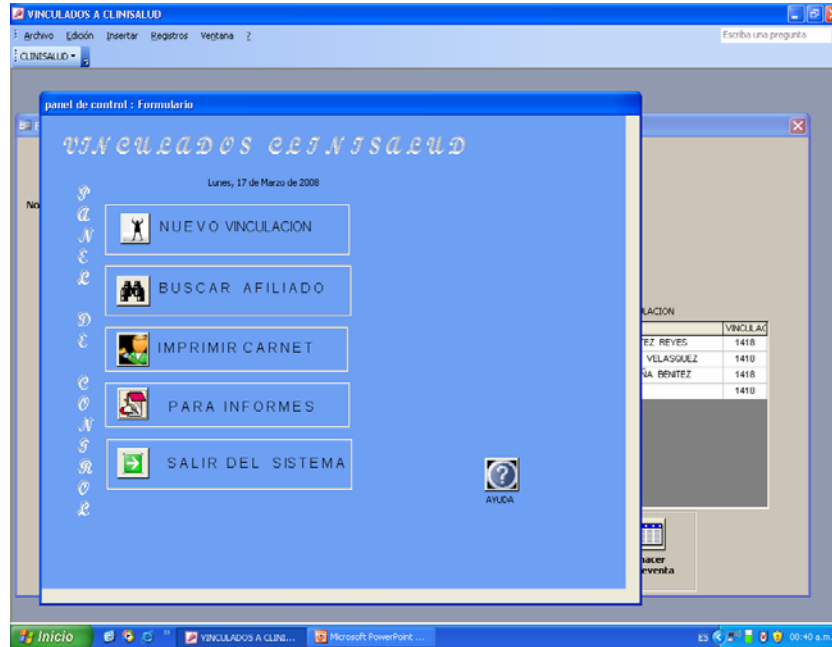
- Basándonos en la anterior metodología, realizamos otro programa en Microsoft Access para la asignación de citas de odontología especializada pues este proceso presentaba grandes falencias y desordenes en la programación de las agendas de pacientes de los especialistas, sobre todo en el subproceso de Ortodoncia, pues este maneja un gran volumen de pacientes por día. A continuación se expone un ejemplo grafico del programa:







- Debido a los inconvenientes detectados en la fase del diagnostico para el proceso de Gestión comercial en lo concerniente al archivo físico de vinculados de Clinisalud y acceso en tiempo real a la información, diseñamos y elaboramos una base de datos en Microsoft Access, que permite acceder a la información de un paciente en el menor tiempo posible, facilitando la obtención de informes de todos los vinculados que tengan próxima a vencer su vinculación para que las asesoras los inviten a renovar. Igualmente este programa permite registrar a partir de la información de los bonos reportados por los procesos de laboratorio clínico, odontología general, odontología especializada y fisioterapia, los vinculados que han tomado beneficios y así, extraer un informe mensual para cada proceso que permita controlar que los vinculados no tomen los beneficios gratis, más de una vez. El programa también permite la generación de carnets para cada vinculado. A continuación presentamos el ejemplo grafico de la base de datos de vinculados de Clinisalud:



VINCULADOS A CLINISALUD

Registro de Vinculación

ESTADO DE LA VINCULACION: **ACTIVO**

FECHA DE VINCULACION: 9 JUL 07

FECHA DE VENCIMIENTO: 9 JUL 08

NUMERO DE VINCULACION: 1418

AGREGAR

RENOVAR

CARGAR VINCULACION

CARNETS DE LA FIA

VOLVER AL PANEL DE CONTROL

NOMBRE: ANA MARIA BENITEZ REYES

IDENTIFICACION: CC 28379296

TELEFONO Y CELULAR: 7296109 3172355370

DIRECCION: CLLOPNA 15-30

MOOP

VALOR TOTAL VINCULACION: \$ 90.000

VALOR PENDIENTE DE: \$ 000

PAGO DE CONTADO: \$ 90.000

RECIBO CONTADO: 9515

ABONOS A CREDITO	
VALOR	RECIBO
1 \$ 000	
2 \$ 000	
3 \$ 000	
4 \$ 000	
5 \$ 000	
<b>TOTAL A CREDITO</b>	<b>\$ 000</b>

COMPROMISO DE PAGO

VENCIMIENTO CREDITO

MOOP	NOMBRE	IDENTIFICACION	AGREGAR
1	LADY TATIANA PEÑA BENITEZ	TI 91070312439	X
2	FLIDOR MAYORGA VELASQUEZ	CC 6743731	X
3			X
4			X
5			X
6			X
7			X

ASISDRA: YOLANDA GARCIA

ATUDA

VINCULADOS A CLINISALUD

paracarnet : Formulario

ASISTENTE PARA CARNET

NOMBRES: NOMBRE, APELLIDOS

IDENTIFICACION: CC 5764249

FECHA VENCE: 10 MAR 09

TIPO VINCL: TITULAR

VER ESQUEMA

LIMPIAR PANTALLA

IR AL PANEL

Registros: 14 de 3

ATUDA

hacer evento

VINCULADOS A CLINISALUD

Archivo Edición Insertar Registros Ventana ?

CLINISALUD

INFORME VINCUMES : Formulario

### RESUMEN VINCULACIONES MES A ME:

MAR 08

BUSCAR EXCEL CERRAR

VINCULACIONES DEL MES

CALCULAR

DIA	MES	AÑO	NUMERO	NOMBRE	DOC	NoIDENT	TEL	ASESORA:	ESTADO:	VALOR V
6	MAR	08	1856	MARCOS YESID PRADA ORTIZ	TI	92080860686		YOLANDA GARCIA	ACTIVO	4
10	MAR	08	2149	JAIME CUEVAS	CC	5764249	7273331	YOLANDA GARCIA	ACTIVO	9
1	MAR	08	2126	ANDREA JULIANA AYALA CALA	TI	93112311155	7296783	HASLEIDY CALA	ACTIVO	4
3	MAR	08	2121	ELVIA SUSANA RUEDA ROMERO	RC	10237746		HASLEIDY CALA	ACTIVO	9
3	MAR	08	2108	DIANA LORENA BERMUDEZ CALDERON	TI	92112854977		YOLANDA GARCIA	ACTIVO	4
*	MAR	08				0				

Registro: 1 de 2

VINCULADOS A CLINISALUD

Archivo Edición Insertar Registros Ventana ?

CLINISALUD

ASISORA MES : Formulario

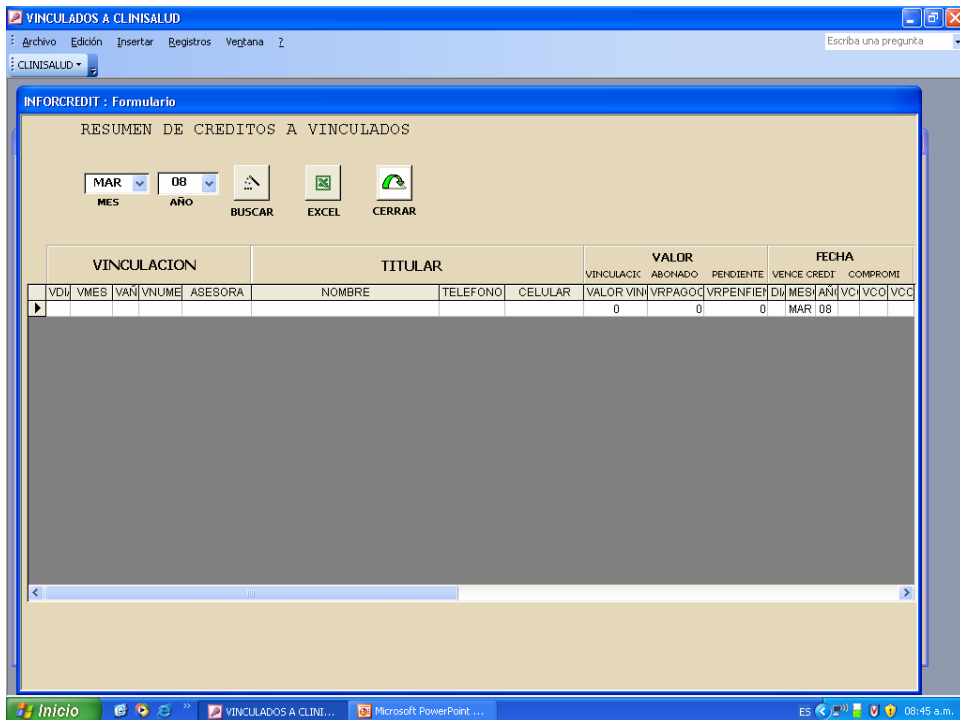
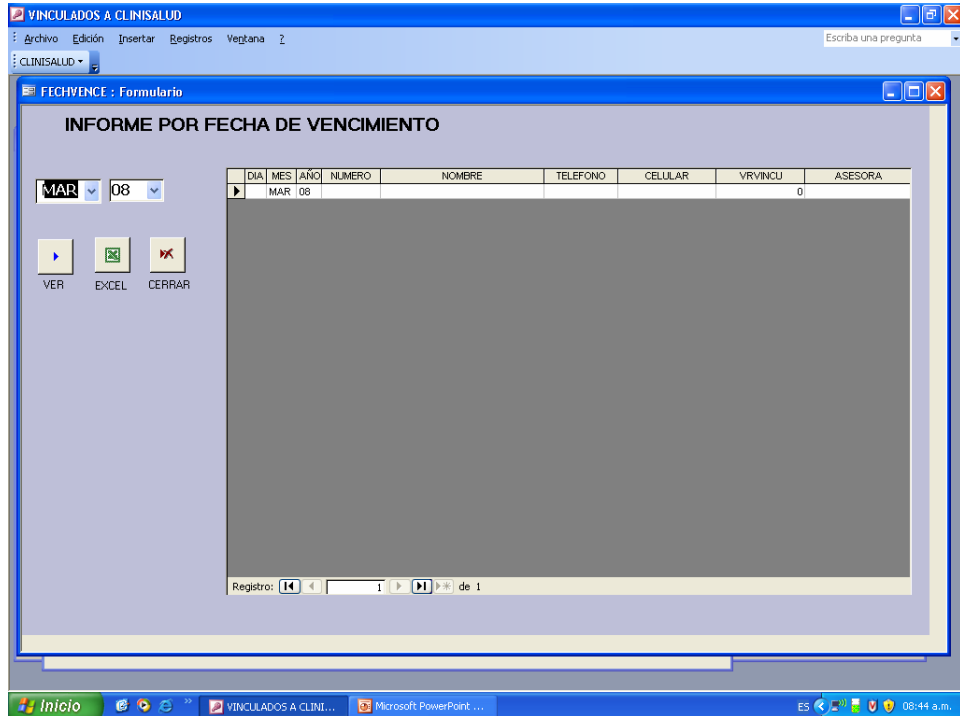
### INFORME MENSUAL DE VINCULACIONES POR ASESORA

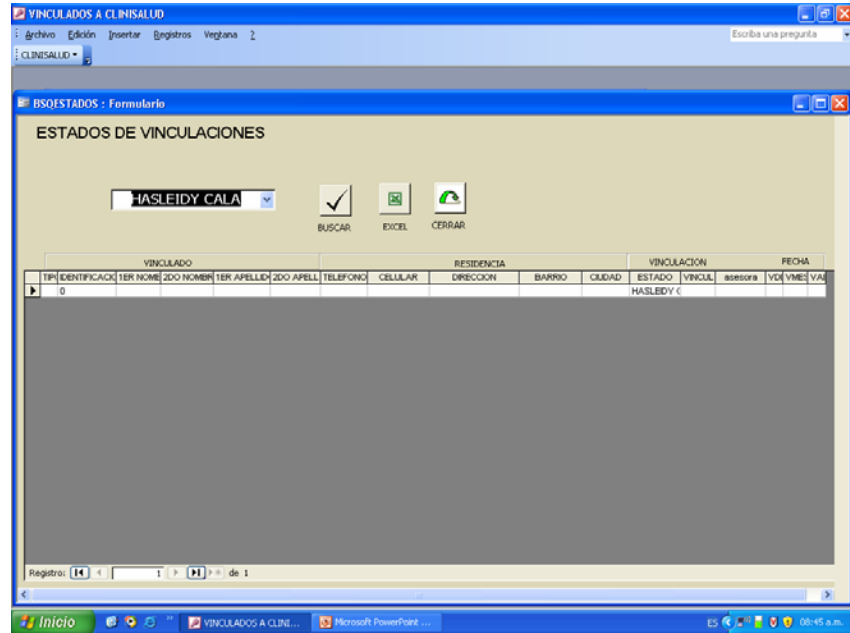
MAR 08 HASLEIDY CALA

VER EXCEL CERRAR

DIA	MES	AÑO	NUMERO	ASESORA:	VALOR VINCULACION
1	MAR	08	2126	HASLEIDY CALA	40000
3	MAR	08	2121	HASLEIDY CALA	90000
*	MAR	08		HASLEIDY CALA	0

Registro: 1 de 2





## **9. TRÁMITES PARA LA INSCRIPCIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN ANTE ICONTEC**

### **9.1 ICONTEC INTERNACIONAL<sup>†††</sup>**

ICONTEC es un organismo multinacional creado en 1963, para responder a las necesidades de los diferentes sectores económicos con servicios que contribuyen al desarrollo y competitividad de las organizaciones mediante la confianza que se genera en sus productos y servicios.

ICONTEC dispone de un amplio y permanente respaldo técnico para la prestación de los servicios a la naturaleza de cada empresa, en forma oportuna y adecuada, a través de profesionales altamente calificados especializados en los diferentes sectores tecnológicos, que aportan su amplia experiencia y conocimiento

### **9.2 PROCESO DE INSCRIPCIÓN DE CLINISALUD IPS A ICONTEC INTERNACIONAL**

Una vez realizado el levantamiento de las acciones necesarias para solucionar las No Conformidades encontradas en la auditoría interna, realizada por la empresa asesora Q.E.C. LTDA, se procedió a solicitar a ICONTEC INTERNACIONAL una Propuesta para el Otorgamiento del Certificado ICONTEC de Certificado de Gestión de Calidad ISO 9001:2000.

Adicionalmente se realizaron los trámites para la afiliación de CLINISALUD IPS a ICONTEC INTERNACIONAL.

**VER ANEXO N**

---

<sup>†††</sup>[www.icontec.org.co](http://www.icontec.org.co)

### 9.3 CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO DE AUDITORÍA PARA EL OTORGAMIENTO DEL CERTIFICADO DE ICONTEC DE SISTEMA DE GESTIÓN

Se firma el Contrato de Prestación de Servicio de Auditoría en señal de aceptación de la propuesta presentada por ICONTEC y de las condiciones y términos de referencia del servicio.

**VER ANEXO O**

## 10. CONCLUSIONES

- El aporte del proyecto a la organización fue de gran importancia, ya que permitió crear una conciencia de documentación y evidencia de las actividades además de generar una cultura organizacional en aras del mejoramiento continuo de la empresa.
- La familia de normas ISO 9001:2000, no puede verse únicamente como una Certificación a nivel internacional, es bien sabido que esta es una llave valiosa que abre muchas puertas de oportunidades. Es necesario denotar que la verdadera esencia de la norma radica en encaminar toda la organización hacia el mejoramiento continuo. Los directivos de CLINISALUD IPS, son concientes de esta realidad y ven en la norma ISO 9001:2000 una ventaja competitiva no solo por la Certificación, sino por las posibilidades de organizarse y garantizar a sus clientes que los procesos internos de la clínica son lo suficientemente eficaces como para asegurar la calidad del servicio.
- La realización del diagnóstico permitió identificar la situación real y así establecer las actividades de implementación para ajustarlas a los requisitos que exige la norma NTC ISO 9001:2000.
- Los resultados del diagnóstico permitieron evidenciar la falta de documentación e implementación en cuanto a los requisitos de la NTC ISO 9001:2000, debido a esto las etapas de documentación e implementación se inician desde cero.
- Se evidenció el compromiso por parte de Gerencia y el Cuerpo Administrativo en cada una de las etapas del Sistema de Gestión de Calidad, logrando de esta manera una mejor implementación en todas las áreas de la organización.

- La elaboración de los documentos (procedimientos e instructivos) de CLINISALUD además de la documentación y elaboración de los formatos y registros de calidad, dan la solidez necesaria para mejorar y mantener el Sistema de Gestión de Calidad, siempre y cuando esté acompañado de un grupo de trabajo (Gerente, Administrativos, Coordinadores y Funcionarios) comprometidos con la mejora continua.
  
- La realización de la primera auditoría interna permitió identificar las fortalezas y oportunidades, así como las debilidades y de esta manera determinar los planes de acción de mejora y preparar la empresa para la auditoría de Certificación.
  
- El enfoque basado en los procesos permite a las organizaciones tener un mejor control de su operación, ya que se identifica la interrelación y la gestión de los diferentes procesos. Así mismo generar la cultura del ciclo PHVA contribuye a que los procesos se gestionen de una manera más organizada y controlada permitiendo detectar con facilidad mayores oportunidades de mejora.

## 11. RECOMENDACIONES

- Ampliar el alcance del Sistema de Gestión de Calidad, considerando la inclusión de los procesos de Fonoaudiología y Cirugía Oral. Ya que estos servicios se prestan de manera constante, además de encontrarse habilitados en la clínica por la Secretaría de Salud de Santander.
- Es de vital importancia que se siga manteniendo el Sistema de Gestión de Calidad con el objeto de mejorar el trabajo continuamente y así superar las expectativas del cliente.
- La actualización del personal debe mantenerse continuamente ya que contribuye al logro de resultados satisfactorios en los procesos, así como ayuda al incremento de la ventaja competitiva de la clínica frente a la competencia.
- Es importante generar una cultura de Verificación e Implementación de las acciones correctivas, preventivas y de mejora, ya que permiten fortalecer los procesos y las relaciones entre departamentos, así como el aseguramiento del Sistema en cuanto a mejora continua.
- Mantener los documentos del Sistema de Gestión de Calidad actualizados, de tal manera que correspondan a cualquier cambio en la estructura organizacional o manera de operación de CLINISALUD, que los nuevos documentos del SGC de la clínica se hagan según el procedimiento para elaboración y control de documentos.

- Llevar a cabo las auditorías internas necesarias según el procedimiento establecido para ello, que asegure el buen funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad, incluyendo la participación de asesores externos con sólidos conocimientos en Calidad, de tal manera que aumente el compromiso y participación del personal para corregir o prevenir cualquier No Conformidad que se identifique en la auditoría.

## 12. BIBLIOGRAFÍA

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. Sistema de Gestión de Calidad. Fundamentos y Vocabulario NTC ISO 9000:2000.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. Manual para las pequeñas empresas. Guía sobre la norma ISO 9001:2000.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. 19011:2002 Directrices para la auditoría de los Sistemas de Gestión de la Calidad y/o Ambiental.

MEMORIAS DIPLOMADO EN GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2000 Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga.

Internet:

<http://www.icontec.org.co/ntciso9000/ntciso9000.htm>

<http://www.gestiopolis.com>

[http://www.emprendedor.com/iso9000/00\\_contenido.htm](http://www.emprendedor.com/iso9000/00_contenido.htm)

<http://www.monografias.com>

[http://www.buscarportal.com/articulos/iso\\_9001](http://www.buscarportal.com/articulos/iso_9001)

## **ANEXOS**

Anexo A. Mapa de Procesos



## Anexo B. Planificación del Sistema

 <p>CLINISALUD E ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</p>	<b>PLANIFICACION DEL SISTEMA</b>	<b>CODIGO: OD-PE-02</b>
		<b>VERSION: 02</b>

<b>POLITICA DE CALIDAD:</b>	<i>Ofrecer soluciones oportunas y confiables en salud que cumplan con las expectativas de nuestros clientes, mediante un desarrollo asistencial comprometido, con sentido humano y efectivo, basados en el mejoramiento continuo de los procesos, el apoyo del personal altamente calificado y estrategias eficaces para el manejo de los recursos.</i>
-----------------------------	---

DIRECTRIZ	OBJETIVO DE CALIDAD	PROCESO	OBJETIVO DEL PROCESO	NOMBRE DEL INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	FORMULA	UNIDAD	META	FRECUENCIA DEL INDICADOR	RESPONSABLE	TOMA DE DATOS
Mejorar continuamente los procesos.	Garantizar el mejoramiento continuo de la organización.	PLANEACION ESTRATEGICA A	Planear, organizar, dirigir y controlar el manejo de los recursos y la prestación del servicio para satisfacer las necesidades del cliente.	Cumplimiento de indicadores de gestión	Determinar el grado de cumplimiento de los indicadores asociados al sistema de gestión de calidad.	(No de indicadores que cumplen / No total de indicadores) *100	%	Ind >= 80%	Mensual	Gerente	Indicadores de gestión de los procesos
Contar con estrategias eficaces en el manejo de los recursos.	Optimizar el uso de los recursos tangibles e intangibles.										
Cumplir con las expectativas de nuestros clientes.	Identificar las necesidades de los clientes para brindar soluciones que permitan cumplir con las expectativas.	GESTION COMERCIAL	Identificar los clientes potenciales del mercado y evaluar sus necesidades, con el fin de obtener alternativas para brindar soluciones oportunas que permitan garantizar su satisfacción y una buena rentabilidad para la empresa.	Vinculaciones	Determinar el porcentaje de las vinculaciones realizadas con respecto al mes anterior.	(# Vinculaciones mes final - # vinculaciones mes anterior) / # vinculaciones mes anterior	%	10%	Mensual	Coordinador comercial	Formatos de vinculaciones
				Revinculaciones	Determinar el porcentaje de las revinculaciones realizadas con respecto al año anterior.	(# revinculaciones del mes del año presente - # revinculaciones del mes del año anterior + vinculaciones del mes año anterior) /	%	-10%	Mensual	Coordinador comercial	Formatos de revinculaciones

						revinculacion es del mes del año anterior + revinculacion es del mes del año anterior.					
Brindar soluciones oportunas y confiables en salud.	Realizar los procesos asistenciales con estándares de calidad.	ODONTOLOGIA GENERAL	Desarrollar los procesos asistenciales con sentido humano implementando estándares de calidad.	Tiempo de prestación del servicio	Determinar el grado de cumplimiento o del tiempo asignado para prestar el servicio.	$\sum$ (Hora de salida – hora de entrada) / Total pacientes atendidos	Minutos / paciente	15min < IND < 30min	Mensual	Odontologo general	Registro de atención apacientes de odontología general y especializada FR-OD-01
Cumplir con las expectativas de nuestros clientes.	Identificar las necesidades de los clientes para brindar soluciones que permitan cumplir con las expectativas.			Tiempo en sala de espera.	Determinar el cumplimiento o de la hora de la programación de las citas asignadas.	$\sum$ (Hora programada – hora de entrada) / Total pacientes atendidos	Minutos / paciente	5min < IND < 10min	Mensual	Odontologo general	Registro de atención apacientes de odontología general y especializada FR-OD-02
Desarrollar los procesos asistenciales con sentido Humano. Mejorar continuamente los procesos.	Efectuar los procedimientos asistenciales con sentido humano.			Efectividad en la prestación del servicio	Determinar la efectividad de la prestación del servicio.	(Pacientes que reinciden / Total de pacientes atendidos) * 100	%	Ind<=5 %	Mensual	Odontologo general	Registro de atención apacientes de odontología general y especializada FR-OD-01
Brindar soluciones oportunas y confiables en salud.	Realizar los procesos asistenciales con estándares de calidad.	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA (ORTODONCIA, PERIODONCIA, ENDODONCIA, ORTOPEDIA MAXILAR Y REHABILITACION ORAL)	Desarrollar los procesos asistenciales con sentido humano implementando estándares de calidad.	Tiempo de prestación del servicio	Determinar el grado de cumplimiento o del tiempo asignado para prestar el servicio.	$\sum$ (Hora de salida – hora de entrada) / Total pacientes atendidos	Minutos / paciente	10 minutos	Mensual	Odontologo Especialista	registro de atención apacientes de odontología general y especializada FR-OD-01
Cumplir con las expectativas de nuestros clientes.	Identificar las necesidades de los clientes para brindar soluciones que permitan cumplir con las expectativas.			Tiempo en sala de espera.	Determinar el cumplimiento o de la hora de la programación de las citas asignadas.	$\sum$ (Hora entrada – hora de programada) / Total pacientes atendidos	Minutos / paciente	10 minutos	Mensual	Odontologo Especialista	registro de atención apacientes de odontología general y especializada FR-OD-01
Desarrollar los procesos asistenciales con	Efectuar los procedimientos asistenciales con			Efectividad en la prestación del servicio	Determinar la efectividad de la	(Pacientes que reinciden /	%	Ind<=10%	Mensual	Odontologo Especialista	registro de atención apacientes de

asistenciales con

sentido Humano.												odontologia general y especializada FR-OD-01
Mejorar continuamente los procesos.	sentido humano.				prestación del servicio.	Total de pacientes atendidos) * 100						
Brindar soluciones oportunas y confiables en salud.	Realizar los procesos asistenciales con estándares de calidad.	LABORATORIO CLINICO	Brindar atención oportuna, efectiva y con calidad a todas las solicitudes presentadas por los clientes internos y externos de la institución.	Tiempo promedio de obtención de resultados	Medir el tiempo promedio en la obtención de los resultados.	$\sum$ (Hora de salida resultado – hora de entrada de la muestra)/Total exámenes solicitados	Horas	7:30 horas	Mensual	Bacteriologo	Registro de atención a pacientes de Laboratorio Clínico FR-LC-01	
Cumplir con las expectativas de nuestros clientes.	Identificar las necesidades de los clientes para brindar soluciones que permitan cumplir con las expectativas.			Retoma de muestras sanguíneas	Determinar el porcentaje de retoma de muestras sanguíneas.	# Muestras sanguíneas retomadas / total de muestras sanguíneas tomadas	%	5%	Mensual	Bacteriologo	Registro de muestras de sangre no aptas para el análisis FR-LC-02	
Desarrollar los procesos asistenciales con sentido Humano.												
Mejorar continuamente los procesos.	Efectuar los procedimientos asistenciales con sentido humano.			Margen de entrega de resultados	Determinar el porcentaje de pacientes reclaman sus exámenes.	(#pacientes que reclaman el resultado / #pacientes atendidos) * 100	%	80%	Mensual	Bacteriologo	Formato de entrega de resultados FR-LC-03	
Brindar soluciones oportunas y confiables en salud.	Realizar los procesos asistenciales con estándares de calidad.	FISIOTERAPIA	Desarrollar los procesos asistenciales con sentido humano implementando estándares de calidad.	Cumplimiento en la prestación del servicio	Determinar el cumplimiento de la hora de la programación de las citas asignadas.	$\sum$ (Hora Programada – Hora de atención) / Total de pacientes atendidos	Minutos / paciente	5 minutos	Mensual	Fisioterapeuta	Registro de atención a pacientes de fisioterapia FR-FI-01	
Cumplir con las expectativas de nuestros clientes.	Identificar las necesidades de los clientes para brindar soluciones que permitan cumplir con las expectativas.											
Desarrollar los procesos asistenciales con sentido Humano.	Efectuar los procedimientos asistenciales con sentido humano.											


Mejorar continuamente los procesos.											
Contar con estrategias eficaces en el manejo de los recursos.	Optimizar el uso de los recursos tangibles e intangibles.	COMPRAS	Identificar y evaluar proveedores con el fin de lograr nuevas y mejores relaciones de negociación en cuanto a precio y obtención de volúmenes de insumos.	Cumplimiento de los plazos de entrega	Determinar el cumplimiento para plazos de entrega de todos los proveedores	(Numero de entregas cumplidas / total de entregas)*100	%	Ind > 80%	Mensual	Director Administrativo	Registros en el formato de recepción de materiales del proveedor FR-CP-05 y en el formato de orden de compra FR-CP-04
				Calidad de la entrega	Calificar los proveedores de acuerdo a la efectividad de sus entregas.	(# inconsistencias en las entregas / total de entregas)*100	%	Ind < 10%	Mensual	Director Administrativo	Registros en el formato de recepción de materiales del proveedor FR-CP-05 y en el formato de orden de compra FR-CP-05
				Evaluación al proveedor	Calificar a cada proveedor de acuerdo a 6 criterios definidos.	(promedio de la calificación de cada proveedor)*100	%	Ind < 75%	Semestral	Director Administrativo	Registros en el formato de recepción de materiales del proveedor FR-CP-05 y en el formato de orden de compra FR-CP-06
Mejorar continuamente los procesos.	Garantizar el mejoramiento continuo de la organización.	MEJORA CONTINUA	Realizar actividades de seguimiento y control encaminadas a mantener una cultura de mejora continua de los procesos.	Ejecución de Acciones correctivas	Determinar el grado de ejecución de las acciones correctivas presentadas.	Numero de acciones correctivas ejecutadas / Total de solicitudes de acciones correctivas	%	95%	Mensual	Coordinador de Calidad	Registros en el formato de acciones correctivas o preventivas FR-MC-05
				Ejecución de Acciones preventivas	Determinar el grado de ejecución de las acciones preventivas presentadas.	Numero de acciones preventivas ejecutadas / Total de solicitud de acciones preventivas	%	95%	Mensual	Coordinador de Calidad	Registros en el formato de acciones correctivas o preventivas FR-MC-06
				Ejecución de Acciones de	Determinar el grado de	# acciones de Mejora	%	95%	Mensual	Coordinador de Calidad	Registros en el formato de

Mejora ejecución de acciones de Mejora / Total de

acciones de mejora FR-MC-13

					de Mejora	acciones de mejora						
					Tramite de Quejas	Determinar el porcentaje de tramitación de las quejas presentadas por los clientes	(Numero de quejas tramitadas /total de quejas presentadas) *100	%	90%	Mensual	Coordinador de Calidad	Registros en el formato de Sugenrencias, quejas y reclamos FR-MC-02 y tramite a las quejas FR-MC-03
Contar con estrategias eficaces en el manejo de los recursos.	Optimizar el uso de los recursos tangibles e intangibles.	TALENTO HUMANO	Establecer un proceso de selección óptimo de personal que permita garantizar la calidad de la prestación del servicio y mejorar el desempeño del talento humano en la organización	Cumplimiento del plan de capacitación y formación	Determinar el cumplimiento o del plan de capacitación y de formación	(No. De Capacitaciones ejecutadas /numero de capacitaciones programadas)	%	80%	Semestral	Director de Talento Humano	Plan de capacitación OD-TH-03	
				Porcentaje de quejas del personal	Determinar el porcentaje de quejas presentadas al personal por los usuarios	Numero de quejas presentadas a los empleados en el mes / numero de empleados	%	<= 10%	Mensual	Director de Talento Humano	Registros en el formato de Sugerencias, quejas y reclamos FR-MC-02 y tramite a las quejas FR-MC-03	
				Nivel de competencia de los empleados dentro de la empresa	Determinar el nivel de competencia del personal y evaluar el rendimiento laboral	No de empleados con puntaje superior a 80%/total de empleados evaluados	%	15%	Semestral	Director de Talento Humano	Registros en el formato de evaluación de desempeño FR-TH-02	
Contar con estrategias eficaces en el manejo de los recursos.	Optimizar el uso de los recursos de infraestructura y equipos	CONTROL DE INFRAESTRUCTURA	Realizar Inspecciones de control de las instalaciones de la empresa.	Eficacia del mantenimiento	Determinar el grado de cumplimiento o de los mantenimientos preventivos o calibraciones en los equipos para la prestación del servicio	(Mantenimientos ejecutados /Mantenimientos programados) *100	%	80%	Trimestral	Director Administrativo	Cronograma de mantenimiento OD-CI-03	


## ANEXO C. CARACTERIZACIONES

<b>PLANEACION ESTRATEGICA</b>		
<b>CARACTERIZACION</b>		 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small>
CODIGO: OD-PE-01	VERSION: 01	Página 158 de 248

OBJETIVO	RESPONSABLE
Planear, organizar, dirigir y controlar el manejo de los recursos y la prestación del servicio para satisfacer las necesidades del cliente.	Gerente


FASE	PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES	REGISTROS	SALIDAS	CLIENTES
<b>PLANEAR</b>	Mejora continua	<ul style="list-style-type: none"> <li>Necesidad de revisión del Sistema de Gestión de Calidad.</li> </ul>	Establecer con la coordinación de calidad, el cronograma de las auditorias para la revisión del Sistema de Gestión de la Calidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cronograma de auditorias OD-MC-03</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programación de auditorias</li> </ul>	Todos los procesos
	Todos los procesos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programas y proyectos estratégicos para ampliar la cobertura del mercado.</li> </ul>	Determinar y presupuestar los recursos necesarios para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y proyectos para ampliar la cobertura del mercado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Matriz DOFA.</li> <li>Presupuestos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proyectos y Programas aprobados</li> <li>Presupuesto</li> <li>Plan de calidad</li> <li>Análisis DOFA</li> <li>Cronograma de ejecución de proyectos.</li> </ul>	Todos los procesos
<b>HACER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los procesos</li> <li>Cliente externo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis del ambiente interno y externo</li> </ul>	Realizar análisis DOFA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Matriz DOFA</li> </ul>	Estrategias	Todos los procesos
	Todos los procesos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnostico preliminar del sistema</li> </ul>	Establecer la planeación estratégica de Clinisalud	<ul style="list-style-type: none"> <li>Misión</li> <li>Visión</li> <li>Política de calidad</li> <li>Objetivos de calidad</li> <li>Manual de calidad MA-MC-01</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Misión</li> <li>Visión</li> <li>Política de calidad</li> <li>Objetivos de calidad</li> <li>Manual de calidad MA-MC-01</li> </ul>	Todos los procesos
	Todos los procesos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programas y proyectos estratégicos para ampliar la cobertura del mercado.</li> </ul>	Aprobar los proyectos, planes de mercadeo y planes de calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Carta con visto bueno de la dirección</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprobación por parte de la dirección.</li> </ul>	Todos los procesos

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
Ivonne Murcia - Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 05-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 10-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 20-Ago-2007	Contr.	No Contr.
			<b>X</b>	

<b>PLANEACION ESTRATEGICA</b>		 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small>
<b>CARACTERIZACION</b>		
CODIGO: OD-PE-01	VERSION: 01	Página 159 de 248

FASE	PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES	REGISTROS	SALIDAS	CLIENTES
	Todos los procesos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resultados de auditorias</li> <li>Retroalimentación del cliente</li> <li>Desempeño de los procesos</li> <li>Estado de acciones correctivas o preventivas</li> <li>Revisiones previas.</li> <li>Estado de las acciones de mejora</li> </ul>	Revisar el Sistema de Gestión de Calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acta de revisión por la dirección</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resultados de la revisión</li> <li>Acciones correctivas o preventivas</li> <li>Acciones de mejora</li> </ul>	Todos los procesos
VERIFICAR	Todos los procesos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Propuestas comerciales</li> <li>Proyectos</li> <li>Planes de Calidad</li> </ul>	Verificar la ejecución de los proyectos, planes de calidad, las propuestas comerciales aprobadas por la dirección.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acta de revisión por la dirección</li> <li>Actas del comité de calidad</li> <li>Formato de acciones correctivas o preventivas FR-MC-05.</li> <li>Acciones de mejora FR-MC-13</li> <li>Tramite de quejas FR-MC-03</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resultados de la verificación</li> <li>Acciones correctivas o preventivas</li> <li>Acciones de mejora</li> </ul>	Todos los procesos
	Todos los procesos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resultados de auditoria</li> <li>Acciones correctivas y preventivas</li> <li>Indicadores de gestión.</li> </ul>	Realizar el seguimiento a la implementación del sistema de gestión de calidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acta de revisión por la dirección</li> <li>Actas del comité de calidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resultados de la verificación</li> <li>Acciones correctivas o preventivas</li> <li>Acciones de mejora</li> </ul>	Todos los procesos

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
Ivonne Murcia - Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 05-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 10-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 20-Ago-2007	Contr.	No Contr.
			<b>X</b>	

<b>PLANEACION ESTRATEGICA</b>			 ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA
<b>CARACTERIZACION</b>			
CODIGO: OD-PE-01	VERSION: 01	Página 160 de 248	

FASE	PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES	REGISTROS	SALIDAS	CLIENTES
<b>ACTUAR</b>	Todos los procesos	Solicitud de acciones preventivas, correctivas o de mejora	Ajustes, acciones de mejora, acciones correctivas y preventivas y tramite de quejas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato de acciones correctivas o preventivas FR-MC-05.</li> <li>• Acciones de mejora FR-MC-13</li> <li>• Tramite de quejas FR-MC-03</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acciones correctivas y preventivas</li> <li>• Acciones de mejora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los procesos</li> </ul>

INDICADORES RELACIONADOS	OBJETIVO	VR. META	METODO DE CALCULO	FRECUENCIA	CODIGO
Cumplimiento de indicadores de gestión	Determinar el grado de cumplimiento de los indicadores asociados a la planeacion del sistema de gestión de calidad.	Ind>=80%	(No indicadores que cumplen / No total de indicadores) * 100	Mensual	IG-PE-01

RECURSOS	REQUISITOS DE LA NTC 9001:2000
<p><b>Recursos Físicos:</b> Equipos de cómputo, documentación SGC documentación de procesos, recursos financieros, papelería.</p> <p><b>Recursos Humanos:</b> Empleados del proceso de Planeación Estratégica.</p>	4.1, 4.2, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 6.1

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
Ivonne Murcia - Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 05-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 10-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 20-Ago-2007	Contr.	No Contr.
			<b>X</b>	

## Anexo D. Cumplimiento de Indicadores




<b>CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES</b>	CODIGO: OD-PE-04	PAGINA 1 DE 1
	VERSIÓN:01	

No.	PROCESO	COD INDICADOR	SEP	OCT	NOV	DIC
1	FISIOTERAPIA	IG-FI-01	SI	SI	SI	SI
2	LABORATORIO CLINICO	IG-LC-01	SI	SI	SI	SI
3		IG-LC-02	SI	SI	SI	SI
4		IG-LC-03	SI	SI	SI	SI
5	ORTODONCIA	IG-OE-01	SI	SI	NO	SI
6		IG-OE-02	SI	SI	SI	NO
7		IG-OE-03	SI	SI	SI	SI
8	ENDODONCIA	IG-0E-01	N/A	SI	N/A	SI
9		IG-0E-02	N/A	SI	N/A	SI
10		IG-0E-03	N/A	SI	N/A	SI
11	PERIODONCIA	IG-OE-01	N/A	SI	N/A	SI
12		IG-OE-02	SI	SI	SI	SI
13		IG-OE-03	SI	SI	SI	SI
14	REHABILITACIÓN ORAL	IG-OE-01	SI	SI	SI	SI
15		IG-OE-02	SI	SI	SI	SI
16		IG-OE-03	SI	SI	SI	SI
17	GESTION COMERCIAL	IG-GC-01	SI	SI	SI	NO
18		IG-GC-02	SI	SI	SI	SI
19	ODONTOLOGIA	IG-OD-01	SI	SI	SI	SI
20		IG-OD-02	SI	SI	SI	SI
21		IG-OD-03	SI	SI	SI	SI
22	HIGIENE ORAL	IG-0D-01	SI	SI	SI	SI
23		IG-0D-02	SI	SI	SI	SI
24		IG-0D-03	SI	SI	SI	SI
25	COMPRAS	IG-CP-01	N/A	SI	SI	SI
26		IG-CP-02	N/A	SI	SI	SI
27	CONTROL DE INFRAESTRUCTURA	IG-CI-01	N/A	N/A	SI	N/A
28	MEJORA CONTINUA	IG-MC-01	SI	SI	SI	SI
29		IG-MC-02	SI	SI	SI	SI
30		IG-MC-03	SI	SI	SI	SI
31		IG-MC-04	SI	SI	SI	SI
32	TALENTO HUMANO	IG-TH-01	N/A	N/A	N/A	N/A
33		IG-TH-02	SI	SI	SI	SI
34		IG-TH-03	N/A	N/A	N/A	N/A

<b>TOTAL SI</b>	<b>25</b>	<b>31</b>	<b>27</b>	<b>29</b>
<b>TOTAL NO</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>TOTAL DE INDICADORES</b>	<b>25</b>	<b>31</b>	<b>28</b>	<b>31</b>

<b>% CUMPLIMIENTO</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>96%</b>	<b>94%</b>
-----------------------	-------------	-------------	------------	------------

## Anexo E. Instructivo para Elaborar Documentos

<b>MEJORA CONTINUA</b>		
INSTRUCTIVO PARA ELABORAR DOCUMENTOS		<small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small>
CODIGO: IN-MC-01	VERSION: 01	Página 162 de 248

1. **OBJETIVO:** Estandarizar la metodología que permita la normalización de los documentos nuevos o modificar los existentes del Sistema de Gestión de Calidad de Clinisalud.
2. **ALCANCE:** Este instructivo aplica a todos los documentos nuevos o por crear de cada uno de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad establecido en Clinisalud.

### 3. DEFINICIONES

- 3.1. **LOGOTIPO:** Representación grafica que identifica a la organización.
- 3.2. **VERSIÓN:** Actualización de un documento, procedimiento, instructivo o software.
- 3.3. **SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD:** Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad, incluye el establecimiento de la política, los objetivos, la planificación, el control, el aseguramiento y la mejora de la calidad.
- 3.4. **DOCUMENTO:** Información y su medio de soporte.
- 3.5. **PROCEDIMIENTO:** Documento técnico de un determinado [sistema](#) que brinda asistencia a sus [usuarios](#) sobre las actividades que deben seguirse para el logro o cumplimiento de un determinado objetivo.
- 3.6. **MANUAL:** Consolidado de procedimientos o documento que especifica el Sistema de Gestión de la Calidad de una organización.
- 3.7. **FORMATO:** Documento que sirve para el registro y medición de determinadas características de un procedimiento.
- 3.8. **INSTRUCTIVO:** Documento que describe como realizar una o varias actividades de un procedimiento.
- 3.9. **INDICADOR DE GESTION:** Instrumento de [medición](#) de las [variables](#) asociadas a las metas conformado por una expresión cuantitativa que muestra el [comportamiento](#) o el [desempeño](#) de toda una organización o una de sus partes y cuya magnitud al ser comparada con algún nivel de referencia, puede estar señalando una desviación sobre la cual se tomarán acciones correctivas o preventivas según el caso.
- 3.10. **OTROS DOCUMENTOS:** comprende los documentos que no encajan en ninguna de las definiciones mostradas en este instructivo.


### 4. DESARROLLO

La normalización de los distintos documentos del sistema de Gestión de Calidad de Clinisalud incluirá la estructura descrita a continuación según el tipo de documento.

#### TIPOS DE DOCUMENTOS

- **PR:** Procedimiento
- **MA:** Manual
- **FR:** Formato
- **IN:** Instructivo
- **IG:** Indicador de Gestión
- **OD:** Otros Documentos

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	copia	
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 10-May-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 03-Sep-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 18-Sep-2007	Contr.	No Contr.
			X	

<b>MEJORA CONTINUA</b>			 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small>
INSTRUCTIVO PARA ELABORAR DOCUMENTOS			
CODIGO: IN-MC-01	VERSION: 01	Página 163 de 248	

**CONTENIDO DE LOS DOCUMENTOS SEGÚN EL TIPO.**

ITEM	CONTENIDO	PR	MA	FR	IN	IG	OD
1	<b>OBJETIVO</b>	✓	✓	×	✓	×	±
2	<b>ALCANCE</b>	✓	✓	×	✓	×	±
3	<b>DEFINICIONES</b>	✓	✓	×	✓	×	±
4	<b>DESARROLLO</b>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Ítem	✓	×	×	±	×	±
	Diagrama de flujo	✓	×	×	±	×	±
	Actividad	✓	×	×	±	×	±
	Responsable	✓	×	×	±	×	±
5	<b>DOCUMENTOS DE GUIA O COMPLEMENTO</b>	✓	✓	×	✓	×	±
6	<b>CONTROL DE CAMBIOS</b>	✓	✓	×	✓	×	±
7	<b>CONTROL DE REGISTROS</b>	✓	×	×	✓	×	±
8	<b>PIE DE PAGINA</b>	✓	✓	×	✓	×	±

Las partes de la estructura del documento se deben aplicar cuando aparece ✓ en la casilla, no se debe aplicar cuando aparece × en la casilla y se aplica solo si se requiere cuando aparece ± en la casilla, las partes son:

- **OBJETIVO:** Justificación, define el Por qué o para qué se realiza el documento.
- **ALCANCE:** Establece a que procesos o áreas aplica el documento del SGC.
- **DEFINICIONES:** Corresponde a la explicación de las palabras de tipo técnico y no comunes que aparecen en el documento.
- **DESARROLLO:** Descripción de la forma como se cumple el objetivo de dicho documento. En los procedimientos consta de 4 partes, ítem (consecutivo de actividades), diagrama de flujo (explicación grafica de las actividades), actividad (descripción textual de la acciones a seguir y/o desarrollar) y responsable (cargo responsable de la ejecución de la actividad establecida).


ITEM	DIAGRAMA DE FLUJO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
------	-------------------	-----------	-------------

- **DOCUMENTOS DE GUIA O COMPLEMENTO:** Instructivos, manuales, procedimientos u otros documentos de origen interno o externo que deben consultarse y tomar como base para complementar la información.

**EJEMPLO:**

NOMBRE	CODIGO
Procedimiento para el control de documentos	PR-MC-01
Sistema de gestión de la calidad. Requisitos.	NTC-ISO 9001: 2000.
Sistema de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario	NTC-ISO 9000: 2000.

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	copia	
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 10-May-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 03-Sep-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 18-Sep-2007	Contr.	No Contr.
			X	

<b>MEJORA CONTINUA</b>			 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small>
INSTRUCTIVO PARA ELABORAR DOCUMENTOS			
CODIGO: IN-MC-01	VERSION: 01	Página 3 de 248	

- **CONTROL DE CAMBIOS:** Establece la versión del documento y los cambios que se ha realizado en las anteriores versiones.

**EJEMPLO:**

VERS No	DESCRIPCION DEL CAMBIO	FECHA	ELABORÓ		REVISO	
			NOMBRE	CARGO	NOMBRE	CARGO
01	Emisión inicial	10-May-2007	Ivonne Murcia	Coordinador de Calidad	Lina Africano	Asesor de calidad
02	Inclusión en el control de registros el formato FR-TH-03	15-Jun-2007	Erisaldo sierra	Asistente de calidad	Ivonne Murcia	Coordinador de calidad

- **CONTROL DE REGISTROS:** Establece los registros que están asociados con el procedimiento o instructivo respectivo.

**EJEMPLO:**

CODIGO	REGISTRO	UBICACIÓN ARCHIVO ACTIVO	TIEMPO EN ARCHIVO ACTIVO	UBICACIÓN ARCHIVO INACTIVO	TIEMPO EN ARCHIVO INACTIVO
FR-MC-04	Solicitud y/o modificación de documentos	Archivo SGC	1 año	Archivo SGC	1 año

**4.3. ESTRUCTURA GENERAL DE UN DOCUMENTO**

**4.3.1. ENCABEZADO**

El encabezado se aplica a todos los tipos de documentos excepto los formatos, y consta del logotipo, el nombre de la organización y el nombre del documento, el código, su versión y control de páginas.

<b>NOMBRE DEL PROCESO</b>			LOGO
NOMBRE DEL DOCUMENTO			
CODIGO: IN-XX-NN	VERSION: NN	Página Y de Z	

Para el caso de los “formatos” se utiliza el siguiente encabezado:

LOGO	<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO</b>	CÓDIGO: FR-XX-NN	Pagina Y de Z
		VERSIÓN: NN	

El código de los documentos se establece de la siguiente manera:


- Las dos primeras letras identifican el tipo de documento

**PR:** Procedimiento

**MA:** Manual

**FR:** Formato, registro.

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	copia	
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 10-May-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 03-Sep-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 18-Sep-2007	Contr.	No Contr.
			X	

<b>MEJORA CONTINUA</b>			 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small>
INSTRUCTIVO PARA ELABORAR DOCUMENTOS			
CODIGO: IN-MC-01	VERSION: 01	Página 4 de 248	

**IN:** Instructivo  
**IG:** Indicador de Gestión  
**OD:** Otros documentos

- La tercera y cuarta letra identifican el tipo de proceso al que pertenece:

No	PROCESO	IDENTIFICACIÓN
1	Planeación Estratégica	PE
2	Gestión Comercial	GC
3	Odontología general	OD
4	Odontología especializada	OE
5	Laboratorio clínico	LC
6	Fisioterapia	FI
7	Compras	CP
8	Mejora continua.	MC
9	Talento Humano.	TH
10	Control de infraestructura.	CI

#### EJEMPLO:

PR-MC-01: Procedimiento número 01 del proceso de mejora continua. La versión del documento inicia en 1 el cual es la emisión inicial del documento y cambia incrementándose en uno cada vez que se realiza un cambio.

#### 4.3.2. PIE DE PÁGINA:

El pie de página aplica para los documentos tipo procedimiento, manual, plan de calidad, instructivo y algunos documentos de tipo otros documentos y consta de cuatro partes, la parte de "ELABORADO POR" con el nombre y cargo de quien elaboró el documento y fecha de elaboración, "REVISADO POR" con el nombre y cargo de quien revisó el documento y fecha de revisión, "APROBADO POR" con el nombre y cargo de quien aprobó el documento y fecha de aprobación, "COPIA" donde se indica si es copia controlada o copia no controlada las cuales indican si el documento esta controlado por la organización o no.

#### EJEMPLO:


Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	copia	
			Contr.	No Contr.
Ivonne Murcia Cargo: Coordinador de calidad Fecha: DD-MM-AAAA	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: DD-MM-AAAA	Victor Hugo Duarte Gerente Fecha: DD-MM-AAAA	Contr.	No Contr.

#### 5. DOCUMENTOS DE GUIA O COMPLEMENTO:

NOMBRE	CODIGO
Procedimiento para el control de documentos	PR-MC-01
Sistema de gestión de la calidad. Requisitos.	NTC-ISO 9001: 2000.
Sistema de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario	NTC-ISO 9000: 2000.

#### 6. CONTROL DE CAMBIOS

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	copia	
			Contr.	No Contr.
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 10-May-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 03-Sep-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 18-Sep-2007	Contr.	No Contr.
			X	

<b>MEJORA CONTINUA</b>			 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small>
INSTRUCTIVO PARA ELABORAR DOCUMENTOS			
CODIGO: IN-MC-01	VERSION: 01	Página 5 de 248	


VERS No	DESCRIPCION DEL CAMBIO	FECHA	ELABORÓ		REVISÓ	
			NOMBRE	CARGO	NOMBRE	CARGO
01	Emisión inicial	18-Sep-2007	Ivonne Murcia	Coordinador de Calidad	Lina Africano	Asesor de calidad

## 7. CONTROL DE REGISTROS

CODIGO	REGISTRO	UBICACIÓN ARCHIVO ACTIVO	TIEMPO EN ARCHIVO ACTIVO	UBICACIÓN ARCHIVO INACTIVO	TIEMPO EN ARCHIVO INACTIVO
-	-	-	-	-	-

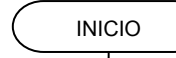
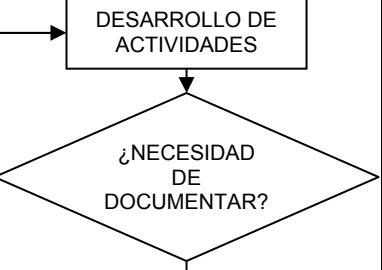
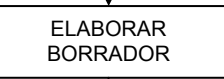
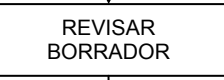
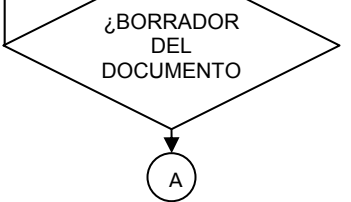
Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	copia	
			Contr.	No Contr.
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 10-May-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 03-Sep-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 18-Sep-2007	X	

## Anexo F. Procedimiento para el Control de Documentos

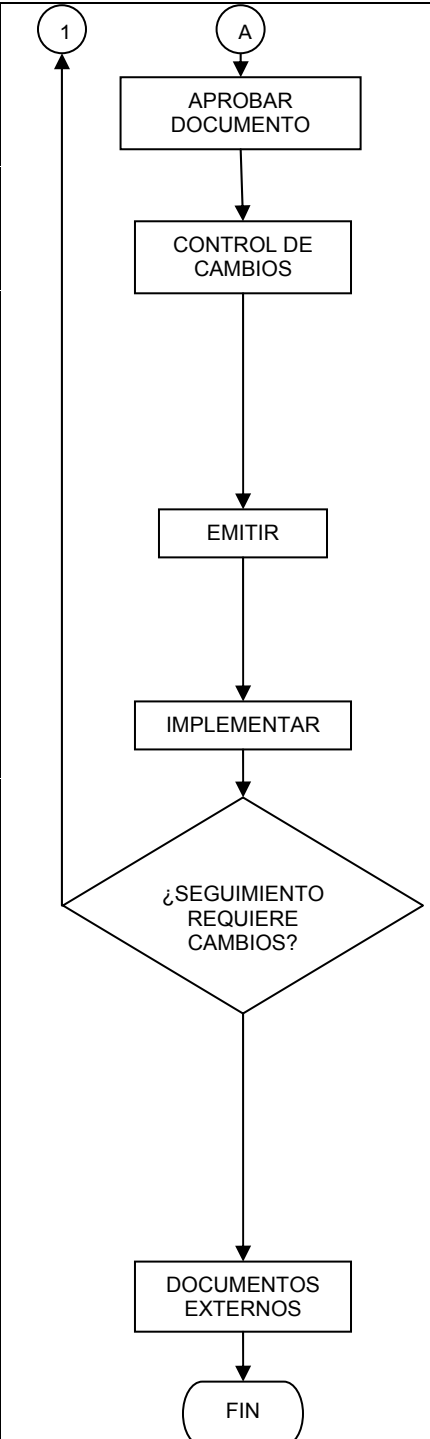
<b>MEJORA CONTINUA</b>			 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small>
<b>PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS</b>			
CODIGO: PR-MC-01	VERSION: 01	Página 167 de 248	

1. **OBJETIVO:** Determinar la metodología para establecer, implementar y mantener la documentación necesaria que proporciona evidencia de la conformidad con los requisitos, del SGC.
2. **ALCANCE:** Este procedimiento rige a partir de la fecha de su publicación y aplica para todos los documentos implementados en el Sistema de Gestión de Calidad.
3. **DEFINICIONES:**
  - 3.1. **INFORMACION:** Datos que poseen significado.
  - 3.2. **DOCUMENTO:** Información y su medio de soporte. (el medio de soporte puede ser papel, Magnético, óptico, electrónico, muestra patrón o combinación de estos).
  - 3.3. **REGISTRO:** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
  - 3.4. **ESPECIFICACION:** Documento que establece requisitos. (Puede estar relacionada con actividades, productos, servicios).
  - 3.5. **SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD:** Sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.


#### 4. DESARROLLO

ITEM	DIAGRAMA DE FLUJO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1.		Ejecución y desarrollo normal de las actividades de la organización.	Todo el personal
2.		¿Es necesario evidenciar y controlar las actividades desarrolladas, se requiere documentar?	Coordinador de calidad
3.		Elaborar el borrador del documento. Diligenciar el Formato solicitud de elaboración y/o modificación de documentos código FR-MC-04. Remítase al instructivo para elaborar documentos del SGC código IN-MC-01.	Personal que identifica la necesidad y/o coordinador de calidad
4.		Revisar que el documento es adecuado en forma, tamaño, cumplimiento de requisitos del SGC entre otros.	Coordinador de calidad
5.		Establecer si el documento es adecuado en forma, tamaño y cumplimiento de requisitos del SGC etc. Revisar el documento para dar el visto bueno.	Gerente y/o Director de área y/o Coordinador de Calidad.

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	copia	
Ivonne Murcia –Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 10-May-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 05-Sep-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 06-Sep-2007	Contr.	No Contr.
			X	

6.		Aprobar el documento Codificar y/o actualizar versión, incluir en el listado maestro de documentos código OD-MC-01.	Gerente y/o Líder del proceso y/o Coordinador de Calidad.
7.		Los cambios de los documentos aprobados y con versión nueva se controlan haciendo referencia en el listado maestro de documentos y/o en la tabla de control de cambios del documento respectivo.	Líder del proceso y/o Coordinador de Calidad
8.		Emitir el documento. Entregar copia controlada a los puntos de uso diligenciar el registro control de distribución código FR-MC-06, recoger la versión anterior, si se requiere guardar se identifica con el sello de Documento Obsoleto, cuando es copia magnética se elimina y si se requiere guardar se almacena en una carpeta de documentos obsoletos del SGC. Las copias obsoletas se utilizan como papel de reciclaje en caso de no contener información confidencial.	Responsables de proceso.
9.		Los documentos deben ser legibles y fácilmente identificables, se deben mantener en folders, carpetas, archivadores, protegidos contra la humedad y polvo y se identifican con el nombre y el código.	Responsables de procesos.
10.		Los documentos dentro del desarrollo normal de las actividades presentan ajustes y requieren actualizaciones por ello si el documento requiere cambios de nuevo se elabora el borrador del mismo e inicia nuevamente las actividades desde el Numeral 3, Diligenciar el formato solicitud y/o modificación de documentos código FR-MC-04.	Personal que identifica la necesidad y/o coordinador de calidad
11.		Todo documento de origen externo que llegue a la organización, como jurisprudencias, leyes, decretos reglamentarios, acuerdos, resoluciones, actualizaciones, normas, etc., es recopilado, identificado y registrado por la recepcionista en el formato control de documentos externos FR-MC-07 y así mismo se encargará de distribuirlo a su respectivo usuario. Si el cliente requiere el documento luego de ser utilizado por la organización este se entrega y se realiza la observación en el formato de control de documentos externos código FR-MC-07. Cuando se trate de un documento de manejo interno de la organización se codificara y se organizara en el archivo correspondiente, cuando se trate de normas se tendrá en cuenta su actualización permanente por Internet u otros medios.	Recepcionista

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	copia	
Ivonne Murcia –Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 10-May-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 05-Sep-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 06-Sep-2007	Contr.	No Contr.
			X	

<b>MEJORA CONTINUA</b>		 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small>
<b>PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS</b>		
CODIGO: PR-MC-01	VERSION: 01	Página 3 de 248

#### 5. DOCUMENTOS DE GUIA O COMPLEMENTO

NOMBRE	CODIGO
Instructivo para elaborar documentos	IN-MC-01
Sistema de gestión de la calidad. Requisitos.	NTC-ISO 9001: 2000.
Sistema de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario	NTC-ISO 9000: 2000.

#### 6. CONTROL DE CAMBIOS


VERS No	DESCRIPCION DEL CAMBIO	FECHA	ELABORÓ		REVISÓ	
			NOMBRE	CARGO	NOMBRE	CARGO
01	Emisión inicial	06-Sep-2007	Ivonne Murcia	Coordinador de Calidad	Lina Africano	Asesor de calidad

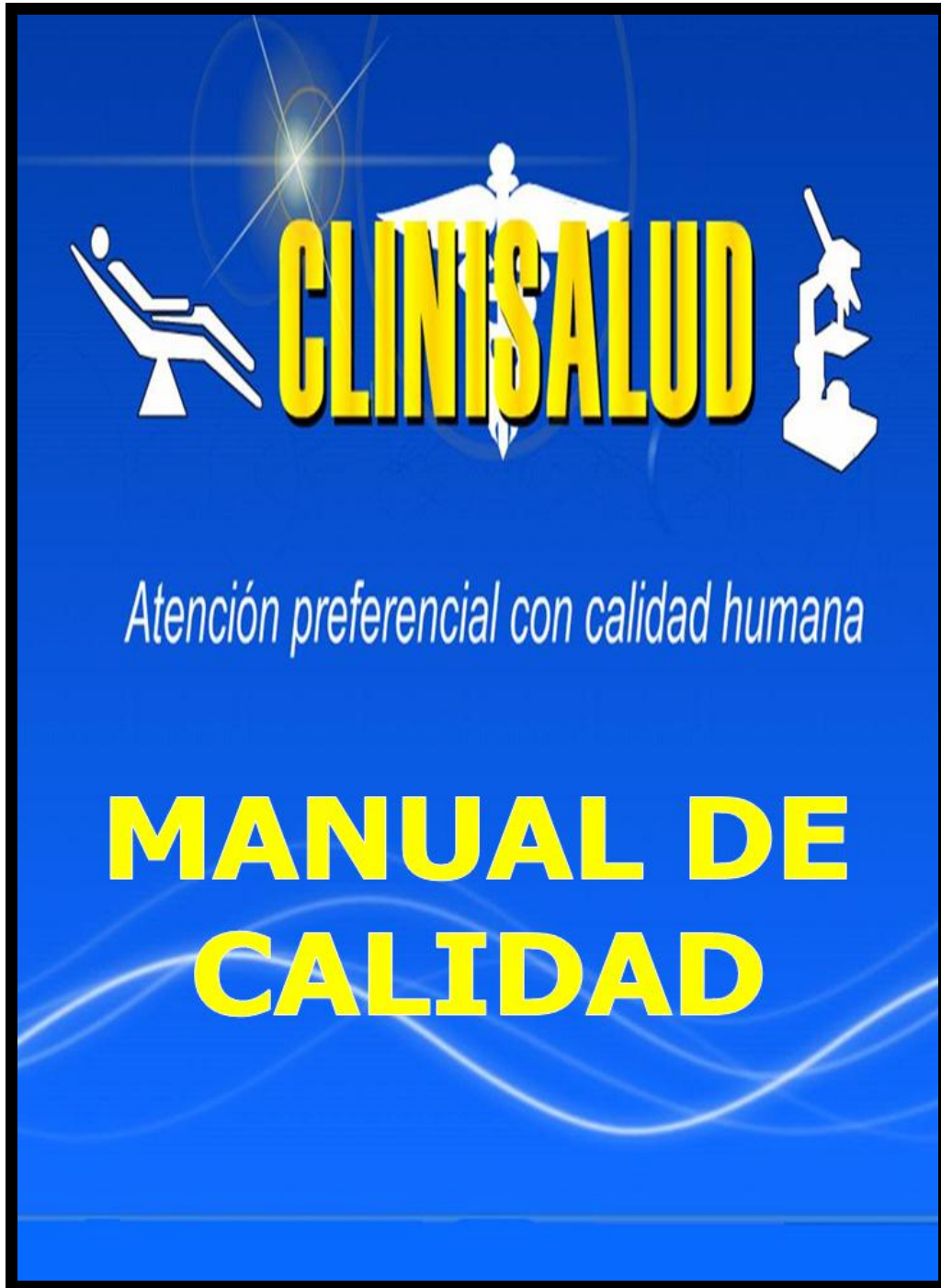
#### 7. CONTROL DE REGISTROS

CODIGO	REGISTRO	UBICACIÓN ARCHIVO ACTIVO	TIEMPO EN ARCHIVO ACTIVO	UBICACIÓN ARCHIVO INACTIVO	TIEMPO EN ARCHIVO INACTIVO
FR-MC-04	Formato de solicitud de elaboración y/o modificación de documentos	Archivo SGC	1 año	Archivo SGC	1 año
OD-MC-01	Listado maestro de documentos	Archivo SGC	1 año	Archivo SGC	1 año
FR-MC-07	Control de documentos externos	Archivo SGC	1 año	Archivo SGC	1 año
FR-MC-06	Control de distribución	Archivo SGC	1 año	Archivo SGC	1 año

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	copia	
Ivonne Murcia –Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 10-May-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 05-Sep-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 06-Sep-2007	Contr.	No Contr.
			X	

Anexo G. Manual de Calidad

MEJORA CONTINUA		
MANUAL DE CALIDAD		 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small>
CODIGO: MA-MC-01	VERSION: 01	Página 170 de 248




Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
			Contr.	No Contr.
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	X	

<b>MEJORA CONTINUA</b>			 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small>
<b>MANUAL DE CALIDAD</b>			
CODIGO: MA-MC-01	VERSION: 01	Página 2 de 248	

1.	OBJETIVO	173
2.	ALCANCE	173
3.	DEFINICIONES	173
3.1.	MANUAL DE CALIDAD	173
3.2.	REQUISITO	173
3.3.	CALIDAD	173
3.4.	SISTEMA	173
3.5.	SISTEMA DE GESTION	173
3.6.	SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	173
3.7.	POLITICA DE CALIDAD	173
3.8.	OBJETIVO DE CALIDAD	173
3.9.	PLANIFICACION DE LA CALIDAD	173
3.10.	MEJORA CONTINUA	173
3.11.	TRAZABILIDAD	173
3.12.	CONFORMIDAD	173
3.13.	NO CONFORMIDAD	173
3.14.	ACCION CORRECTIVA	173
3.15.	AUDITORIA	173
4.	DESARROLLO	175
4.1.	GENERALIDADES	175
4.1.1.	ORIGEN	175
4.1.2.	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	176
4.1.3.	ORGANIGRAMA	178
4.2.	COBERTURA DEL SISTEMA	179
4.2.1.	ALCANCE	179
4.2.2.	EXCLUSIONES	179
4.2.3.	POLITICA DE CALIDAD	179
4.2.4.	OBJETIVOS DE CALIDAD	179
4.2.5.	MAPA DE PROCESOS:	180
4.3.	CONFORMACION, ESTRUCTURA Y FUNCIONES DEL COMITÉ DE CALIDAD	180
4.4.	SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	181
4.4.1.	REQUISITOS GENERALES	181
4.4.2.	REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN	182
a.	GENERALIDADES	182
b.	MANUAL DE CALIDAD	183
c.	CONTROL DE DOCUMENTOS	183
d.	CONTROL DE REGISTROS	184
4.5.	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION	185
4.5.1.	COMPROMISO DE LA DIRECCION	185
4.5.2.	ENFOQUE AL CLIENTE	186
4.5.3.	POLÍTICA DE LA CALIDAD	186
4.5.4.	PLANIFICACION	186
a.	OBJETIVOS DE CALIDAD	186
b.	PLANIFICACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	187
4.5.5.	RESPONSABILIDAD AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN	187
a.	RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD	187
b.	REPRESENTANTE DE LA DIRECCION	187
c.	COMUNICACIÓN INTERNA	190

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	Contr.	No Contr.
			X	


4.5.6.	REVISION POR LA DIRECCION	190
a.	GENERALIDADES	190
b.	INFORMACION PARA LA REVISION	190
c.	RESULTADOS DE LA REVISION	191
4.6.	GESTION DE LOS RECURSOS	191
4.6.1.	PROVISION DE LOS RECURSOS	191
4.6.2.	RECURSOS HUMANOS	191
a.	GENERALIDADES	191
b.	COMPETENCIA, TOMA DE CONCIENCIA Y FORMACION	192
4.6.3.	INFRAESTRUCTURA	192
4.6.4.	AMBIENTE DE TRABAJO	193
4.7.	REALIZACION DEL PRODUCTO O SERVICIO	194
4.7.1.	PLANIFICACION DE LA REALIZACION DEL PRODUCTO O SERVICIO	194
4.7.2.	PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE	194
a.	DETERMINACION DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO	194
b.	REVISION DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO	195
c.	COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE	195
4.7.3.	COMPRAS	¡Error!
	<b>Marcador no definido.</b>	
a.	PROCESOS DE COMPRAS	¡Error!
	<b>Marcador no definido.</b>	
b.	INFORMACION DE LAS COMPRAS	¡Error!
	<b>Marcador no definido.</b>	
c.	VERIFICACION DE LOS PRODUCTOS COMPRADOS	¡Error!
	<b>Marcador no definido.</b>	
4.7.4.	PRODUCCION Y PRESTACION DEL SERVICIO	196
a.	CONTROL DE PRODUCCION Y PRESTACION DEL SERVICIO	197
b.	VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	197
c.	IDENTIFICACION Y TRAZABILIDAD	197
d.	PROPIEDAD DEL CLIENTE	197
e.	PRESERVACION DEL PRODUCTO	199
4.7.5.	CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICION	199
4.8.	MEDICION ANALISIS Y MEJORA	200
4.8.1.	GENERALIDADES	200
4.8.2.	SEGUIMIENTO Y MEDICION	200
a.	SATISFACCION DEL CLIENTE	200
b.	AUDITORIA INTERNA	200
c.	SEGUIMIENTO Y MEDICION DE LOS PROCESOS	201
d.	SEGUIMIENTO Y MEDICION DEL SERVICIO	201
4.8.3.	CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME	201
4.8.4.	ANALISIS DE DATOS	202
4.8.5.	MEJORA	202
a.	MEJORA CONTINUA	202
b.	ACCION CORRECTIVA	202
c.	ACCION PREVENTIVA	202

<b>MEJORA CONTINUA</b>			 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small>
MANUAL DE CALIDAD			
CODIGO: MA-MC-01	VERSION: 01	Página 4 de 248	

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	Contr.	No Contr.
			X	

1. **OBJETIVO:** Describir en forma general el funcionamiento de Clinisalud y la metodología para el cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2000.
  
2. **ALCANCE:** Este documento aplica para todos los procesos de Clinisalud que se encuentren dentro del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).
  
3. **DEFINICIONES:**
  - 3.1. **MANUAL DE CALIDAD:** Documento que especifica el Sistema de Gestión de la Calidad de una organización.
  - 3.2. **REQUISITO:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.
  - 3.3. **CALIDAD:** Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.
  - 3.4. **SISTEMA:** Conjunto de elementos mutuamente relacionados y que interactúan.
  - 3.5. **SISTEMA DE GESTION:** Sistema para establecer la política y los objetivos y para lograr dichos objetivos.
  - 3.6. **SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD:** Sistema de Gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.
  - 3.7. **POLITICA DE CALIDAD:** Intenciones globales y orientación de una organización, relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección.
  - 3.8. **OBJETIVO DE CALIDAD:** Algo ambicionado, o pretendido con la calidad.
  - 3.9. **PLANIFICACION DE LA CALIDAD:** Parte de la gestión de la calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad y la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados para cumplir los objetivos de la calidad.
  - 3.10. **MEJORA CONTINUA:** Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.
  - 3.11. **TRAZABILIDAD:** Capacidad para seguir la historia, la aplicación o la localización de todo aquello que está bajo consideración.
  - 3.12. **CONFORMIDAD:** Cumplimiento de un requisito.
  - 3.13. **NO CONFORMIDAD:** Incumplimiento de un requisito.
  - 3.14. **ACCION CORRECTIVA:** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada u otra situación indeseable.
  - 3.15. **AUDITORIA:** Procedimiento 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.

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	V́ctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	Contr.	No Contr.
			X	

<b>MEJORA CONTINUA</b>			 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small>
<b>MANUAL DE CALIDAD</b>			
CODIGO: MA-MC-01	VERSION: 01	Página 5 de 248	

#### 4. DESARROLLO

##### 4.1. GENERALIDADES

##### 4.1.1. ORIGEN

Clinisalud esta ubicada en la ciudad de El Socorro en la calle 13 No 14-32, su representante legal es el Doctor Víctor Hugo Duarte Galvis de Profesión Odontólogo-Ortodoncista, NIT 91195240-4; ésta entidad nace a finales del Año 2003 para brindar soluciones oportunas y confiables a la comunidad en odontología general y ortodoncia, apoyada por un grupo de profesionales competentes y habilitados ante la secretaria de salud de Santander.

Manteniendo siempre la visión de ampliar en el corto plazo, el portafolio de servicios y la cobertura en la provincia comunera, desde el segundo semestre de 2004 la clínica refuerza la capacidad de su infraestructura, para prestar servicios de Odontología especializada (Ortodoncia, ortopedia maxilar, rehabilitación oral, endodoncia y periodoncia), rayos x en odontología, medicina general, psicología y laboratorio clínico y a partir de este momento el Gerente decide tramitar ante la Secretaria de Salud de Santander, la habilitación de Clinisalud IPS.

A partir del año 2005 Clinisalud se encuentra habilitada por la secretaria de Santander para funcionar como IPS según los lineamientos del decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud .

Durante el año 2005 contrata por outsourcing servicios especializados de medicina (cardiología, ginecología, pediatría, oftalmología, optometría y otorrinolaringología) y gracias a ello se realiza un convenio con el batallón Galán para prestarle dichos servicios de medicina especializada y también de laboratorio clínico.

A principios del año 2006 se inaugura la segunda edificación de Clinisalud donde se establece la parte administrativa, el departamento comercial con la modalidad de vinculados y el servicio de fisioterapia; además, Clinisalud logra un convenio con Avanzar Medico UT en el que se establece que Clinisalud le arrienda el segundo piso a Avanzar y atiende a los vinculados de Avanzar, en odontología general, laboratorio Clínico y Fisioterapia.

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
			Contr.	No Contr.
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	X	

#### 4.1.2. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES


CLINISALUD está en capacidad de brindar los siguientes servicios:

- DIRECTOS:
  - Odontología general
  - Odontología especializada: ortodoncia, cirugía oral, endodoncia, periodoncia y rehabilitación oral
  - Radiología oral
  - Bacteriología
  - Fisioterapia
  - Fonoaudiología
  - Psicología
  - Medicina general
  - Nutrición
  - Diabetología
  - Dermatología
  - Urología
  - Medicina bioenergética
  
- POR OUTSOURCING:
  - Pediatría
  - Optometría
  - Oftalmología
  - Ortopedia
  - Cardiología
  - Otorrinolaringología
  - Ginecología

Actualmente la empresa cuenta con 33 empleados distribuidos en las diferentes áreas de la estructura organizacional (Ver anexo 6):

- Gerencia: 1
- Contador: 1 por outsourcing
- Director(a) Administrativo(a): 1
- Director(a) de Recursos Humanos: 1

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
			Contr.	No Contr.
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	X	

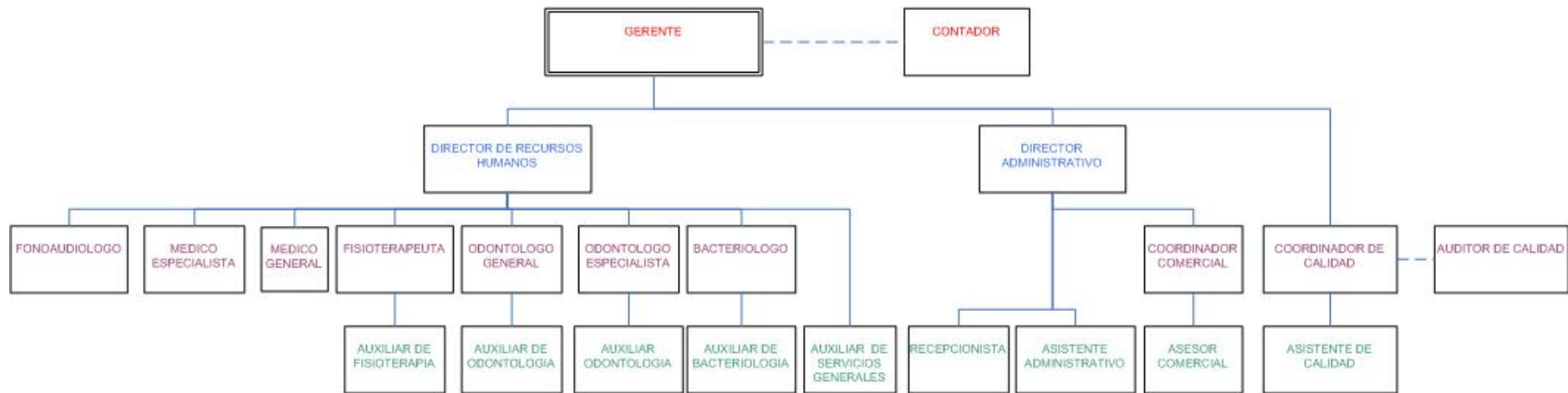
<b>MEJORA CONTINUA</b>		
<b>MANUAL DE CALIDAD</b>		
CODIGO: MA-MC-01	VERSION: 01	 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small> Página 7 de 248

- Asesor(a) de calidad: 1 por outsourcing
- Odontología general: 3
- Odontología especializada: 6
- Bacteriólogo: 1
- Auxiliar de Laboratorio Clínico: 1
- Fisioterapeuta: 1
- Auxiliar de Fisioterapia: 1
- Nutricionista: 1
- Psicólogo: 1
- Asistente administrativo: 1
- Coordinador(a) comercial: 1
- Asesor comercial: 1
- Recepcionista: 2
- Coordinador de calidad: 2
- Asistente de calidad: 1
- Auxiliar de Servicios generales: 2
- Auxiliar de odontología: 3


CLINISALUD tiene convenio contractual con AVANZAR MEDICO UT, SERVIR S.A, y el BATAILLON GALAN para atender a los beneficiarios de estas entidades, en la ciudad del Socorro.

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	Contr.	No Contr.
			X	

**4.1.3. ORGANIGRAMA**



Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	Contr.	No Contr.
			X	

<b>MEJORA CONTINUA</b>			 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small>
MANUAL DE CALIDAD			
CODIGO: MA-MC-01	VERSION: 01	Página 9 de 248	

## 4.2. COBERTURA DEL SISTEMA

### 4.2.1. ALCANCE

El alcance de este Sistema abarca el diseño, documentación e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo con los requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2000 en los servicios de odontología general y odontología Especializada (rehabilitación oral, ortopedia, ortodoncia, periodoncia y endodoncia), laboratorio clínico (Exámenes de Colesterol, Parcial de orina y coprológico) y fisioterapia (Terapia física, Terapia respiratoria y valoración postural de columna), en la empresa CLINISALUD IPS.

### 4.2.2. EXCLUSIONES

CLINISALUD excluye de su sistema de gestión de calidad el numeral 7.3 “Diseño y desarrollo” de la norma ISO 9001:2000, debido a que no diseña los servicios que presta a sus clientes. Por lo tanto se considera este numeral de la norma, una de las exclusiones para la organización.

### 4.2.3. POLITICA DE CALIDAD

Ofrecer soluciones oportunas y confiables en salud, que cumplan con las expectativas de nuestros clientes mediante un desarrollo asistencial comprometido, con sentido humano y efectivo, basados en el mejoramiento continuo de los procesos, el apoyo del personal altamente calificado y con estrategias eficaces en el manejo de los recursos.

### 4.2.4. OBJETIVOS DE CALIDAD

- Optimizar el uso de los recursos tangibles e intangibles.
- Garantizar el mejoramiento continuo de la organización.
- Identificar las necesidades de los clientes para brindar soluciones que permitan cumplir con las expectativas.
- Realizar los procesos asistenciales con estándares de calidad.
- Efectuar los procedimientos asistenciales con sentido humano.
- Garantizar el mejoramiento continuo de la organización.

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
			Contr.	No Contr.
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	X	

#### 4.2.5. MAPA DE PROCESOS:



#### 4.3. CONFORMACION, ESTRUCTURA Y FUNCIONES DEL COMITÉ DE CALIDAD

El comité de calidad consta de las siguientes personas:

- VICTOR HUGO DUARTE GALVIS**  
 Procesos que lidera: Planeación Estratégica y Odontología especializada  
 Cargo: Gerente y Odontólogo Ortodoncista
- LUZ ALBA DUARTE GALVIS:**  
 Procesos que lidera: Laboratorio Clínico y Talento Humano  
 Cargo: Directora de Talento Humano y Bacterióloga
- GRACIELA SILVA CELIS:**  
 Procesos que lidera: Control de Infraestructura y Compras  
 Cargo: Directora Administrativa
- OSCAR MAURICIO PEREZ:**  
 Procesos que lidera: Odontología General  
 Cargo: Odontólogo General

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
			Contr.	No Contr.
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	X	

- **IVONNE MURCIA SILVA:**  
 Procesos que lidera: Mejora Continua  
 Cargo: Coordinadora de Calidad
- **YOLANDA GARCÍA ROJAS:**  
 Procesos que lidera: Gestión Comercial  
 Cargo: Coordinadora comercial
- **SOLIS GALVIS RUEDA:**  
 Procesos que lidera: Fisioterapia  
 Cargo: Fisioterapeuta

Las responsabilidades del comité de calidad son las siguientes:

- Liderar en el interior de cada área la implementación del sistema de gestión de calidad comunicando a los demás miembros de la organización la política y los objetivos del sistema.
- Proponer estrategias para realizar una eficiente implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Presentar los avances de los compromisos adquiridos en anteriores comités.
- Presentar los resultados de sus respectivos indicadores.

#### 4.4. SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD


##### 4.4.1. REQUISITOS GENERALES

Clinisalud establece, documenta, implementa y mantiene un sistema de gestión de la calidad además de mejorar continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9001:2000.

CLINISALUD cumple de la siguiente manera con los requisitos exigidos por la norma ISO 9001:2000:

- Identifica los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización tal como se enuncia en las caracterizaciones de los procesos.
- Determina la secuencia e interacción de estos procesos en el mapa de procesos que figura en este manual en el numeral 4.2.5.

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
			Contr.	No Contr.
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	X	

<b>MEJORA CONTINUA</b>			 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small>
<b>MANUAL DE CALIDAD</b>			
CODIGO: MA-MC-01	VERSION: 01	Página 12 de 248	

- Determina en el numeral 4.7. de este manual los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces.
- Asegura según se establece en el numeral 4.6. del presente manual de calidad, la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos.
- Realiza el seguimiento, la medición y el análisis de los procesos tal y como lo explica en el numeral 4.8.2.-a. Seguimiento y medición de los procesos.
- Implementa las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos como se manifiesta también en el numeral 4.8.2. del presente manual.

#### 4.4.2. REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN

##### a. GENERALIDADES

La documentación del sistema de gestión de la calidad de Clinisalud incluye:

- Declaraciones documentadas de una política documentada y los objetivos de la calidad como se enuncia en los numerales 4.2.3. y 4.2.4. del presente manual.
- Este manual de calidad, estructurado en el mismo orden en que se presentan los capítulos 4 al 8 de la norma ISO 9001:2000.
- Los procedimientos documentados exigidos por la norma ISO 9001 que se presentan en los manuales de procedimientos en los cuales se incluyen: control de documentos, control de registros, auditorias internas, control del producto o servicio no conforme, acciones correctivas y acciones preventivas. Al respecto se sugiere ver los siguientes numerales de este manual de calidad: 4.4.2.-c., 4.4.2.-d, 4.8.2.-b., 4.8.3., 4.8.5.-a. y 4.8.5-b respectivamente.
- Los documentos requeridos por la organización para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de los procesos los cuales se encuentran definidos en el Listado maestro de documentos OD-MC-02.
- Los registros requeridos que también se encuentran identificados en el Listado maestro de documentos OD-MC-02 y cuya gestión se realiza de acuerdo con lo establecido en el numeral 4.4.2.d.

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
			Contr.	No Contr.
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	X	

<b>MEJORA CONTINUA</b>			 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small>
<b>MANUAL DE CALIDAD</b>			
CODIGO: MA-MC-01	VERSION: 01	Página 13 de 248	

#### **b. MANUAL DE CALIDAD**

CLINISALUD, ha establecido y realiza una apropiada gestión del manual de calidad en el cual se ha incluido:


- El alcance del sistema de gestión de la calidad, sus características particulares y la justificación de las exclusiones realizadas. Dicho alcance es presentado en el numeral 4.2.1. del presente manual.
- Los procedimientos documentados establecidos para el sistema de gestión de la calidad. Estos documentos se encuentran descritos en cada uno de los manuales de procedimientos de Clinisalud de cada proceso.
- La interacción entre los procesos del sistema de gestión de la calidad la cual se ha presentado en el mapa de procesos en el numeral 4.2.5. del presente manual de calidad.

#### **c. CONTROL DE DOCUMENTOS**

CLINISALUD implementa y controla los documentos exigidos por el sistema de gestión de la calidad. El control de documentos con código PR-MC-01 es el procedimiento documentado en el cual se establecen los controles necesarios para:

- Aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión.
- Revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente.
- Asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de revisión actual de los documentos.
- Asegurarse de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso.
- Asegurarse de que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables.
- Asegurarse de que se identifican los documentos de origen externo y se controla su distribución.
- Prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón.

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
			Contr.	No Contr.
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	X	

<b>MEJORA CONTINUA</b>			 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small>
<b>MANUAL DE CALIDAD</b>			
CODIGO: MA-MC-01	VERSION: 01	Página 14 de 248	

**d. CONTROL DE REGISTROS**

CLINISALUD ha establecido y realiza una adecuada gestión de los registros realizando con eficacia esta labor, con el fin de proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del sistema de gestión de la calidad. El procedimiento Control de los registros con código PR-MC-04, establece los requisitos mediante los cuales se garantiza que los registros permanecen legibles, fácilmente identificables y recuperables. El mismo procedimiento define los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros.

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
			Contr.	No Contr.
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	X	

<b>MEJORA CONTINUA</b>			 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small>
<b>MANUAL DE CALIDAD</b>			
CODIGO: MA-MC-01	VERSION: 01	Página 15 de 248	

#### 4.5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION

##### 4.5.1. COMPROMISO DE LA DIRECCION

La Gerencia contempla sus responsabilidades y asume el compromiso con la calidad y con la satisfacción del cliente. Define la Política de Calidad y los Objetivos de Calidad, lo cual es parte de la planificación estratégica que se ha definido o mantiene la empresa. Establece el marco administrativo y niveles de autoridad que requiere la empresa. También es responsable por el monitoreo del SGC.

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
			Contr.	No Contr.
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	X	

#### 4.5.2. ENFOQUE AL CLIENTE

La alta dirección de Clinisalud se asegura que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar su satisfacción así como de realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente, como se precisa en los numerales 4.7.2.-a. (Determinación de los requisitos relacionados con el servicio) y 4.8.2.-a. (Satisfacción del cliente).

#### 4.5.3. POLÍTICA DE LA CALIDAD

La alta dirección de CLINISALUD asegura que la política de calidad tal como se establece en el numeral 4.2.3., es:

- Adecuada al propósito de la organización.
- Incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de calidad.
- Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad.
- Es comunicada y entendida dentro de la organización.
- Posibilita los distintos escenarios permitiendo la participación de los empleados en el esfuerzo de crear calidad.
- Conformidad con los requisitos reglamentarios, ambientales y de seguridad


Dicha política de calidad es comunicada y entendida dentro de la organización por el sistema de comunicación interna descrita en el numeral 4.2.3, es revisada para su continua adecuación en las reuniones del comité de calidad teniendo en cuenta los aportes del personal de CLINISALUD que puedan hacer para su continua adecuación y mejora.

#### 4.5.4. PLANIFICACION

##### a. OBJETIVOS DE CALIDAD

La alta dirección de Clinisalud, asegura que los objetivos de la calidad, incluyendo aquellos necesarios para cumplir con los requisitos del servicio, se establecen en las funciones y niveles pertinentes de CLINISALUD por medio de la caracterización de los procesos; estos objetivos son medibles por medio de indicadores de gestión y son coherentes con la política de calidad.

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
			Contr.	No Contr.
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	X	

<b>MEJORA CONTINUA</b>			 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small>
MANUAL DE CALIDAD			
CODIGO: MA-MC-01	VERSION: 01	Página 17 de 248	

## **b. PLANIFICACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD**

La alta dirección de Clinisalud, asegura que la planificación del sistema de gestión de calidad se realiza con el fin de cumplir los requisitos citados en el numeral 4.1 de la norma ISO 9001:2000, así como los objetivos de la calidad y se mantiene la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planifican e implementan cambios en este. La planificación del SGC de CLINISALUD, se realiza anualmente por decisión de la Dirección.

### **4.5.5. RESPONSABILIDAD AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN**

#### **a. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD**

La alta dirección de Clinisalud, asegura de que las responsabilidades y autoridades se encuentran definidas según el organigrama presentado. La alta dirección también asegura que estas responsabilidades y autoridades son comunicadas dentro de CLINISALUD a través de comunicación interna; además existe el manual de funciones MA-TH-01, el cual permite visualizar de forma global la estructura de la empresa, los perfiles de cada cargo y la participación del personal en el SGC.

#### **b. REPRESENTANTE DE LA DIRECCION**

EL Dr. VICTOR HUGO DUARTE GALVIS, Gerente y propietario de CLINISALUD, Asiste como representante de la dirección, tiene la responsabilidad y autoridad en todo lo referente al desarrollo del sistema de gestión de calidad, desempeñando las misiones de coordinación de las actividades, así como del control sobre las mismas, profundizando en el conocimiento de las necesidades explícitas o implícitas de los clientes con relación a los servicios que prestamos. El representante de la Dirección, con ayuda del personal de CLINISALUD, convertirá dichas necesidades en especificaciones reales del servicio, con el ánimo de conseguir la satisfacción de nuestros clientes.

Este nombramiento se evidencia como anexo en el acta No 001-07 del comité de calidad realizado el día 04 de abril de 2007.

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
			Contr.	No Contr.
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	X	



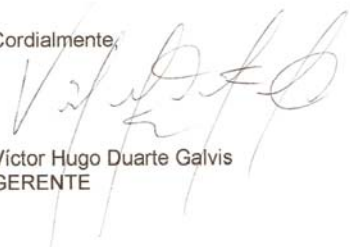
#### ACTA DE DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE DE LA DIRECCION

Socorro, 04 de abril de 2007.

Yo, **Victor Hugo Duarte Galvis**, actuando en calidad de Gerente de CLINISALUD. Asumo mi responsabilidad como Representante de la Dirección, para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad basado en la NTC ISO 9001:2000. Por lo cual tendré la responsabilidad y autoridad para:

- Asegurar que se establezcan, implementan y mantienen en Clinisalud, los procesos necesarios para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Revisar el desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad y de cualquier necesidad de mejora.
- Asegurar que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la organización.

Cordialmente,

  
Victor Hugo Duarte Galvis  
GERENTE

**SOCORRO:** Calle 13 No. 14-32  
Tels. 7273595 - 7275685 - 7272619

**BOGOTÁ:**  
Mazuren Autorte Cra. 46 No. 152-46 Local 281-282 Tel. 6150545 - 6150563  
Centro Cial. Suba Cl. 139 No. 103F-33 Local 15 Tel. 6837536

CODIGO: MA-MC-01		VERSION: 01		Página 18 de 248			
Elaborado / Modificado por:		Revisado por:		Aprobado por:		Copia	
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007		Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007		Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007		Contr.	No Contr.
						X	

### c. COMUNICACIÓN INTERNA

La alta dirección de Clinisalud asegura los mecanismos necesarios para la comunicación eficaz entre los distintos niveles de la organización implicados en el desarrollo, implementación y mantenimiento del sistema de gestión de calidad; además de dar a conocer aspectos importantes de la eficacia del sistema, resultados de indicadores de gestión, auditorías y revisiones realizadas al SGC. Los medios de comunicación utilizados son:

- Reuniones informativas.
- Comités
- Reuniones grupales.
- Correspondencia vía Internet
- Correspondencia interna.
- Publicaciones internas (cartelera, comunicados, plegables informativos, etc).

#### 4.5.6. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

##### a. GENERALIDADES

La alta dirección revisa a intervalos planificados el sistema de gestión de calidad, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continua. La revisión incluye las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios al sistema de gestión de calidad, incluyendo la política de la calidad y los objetivos de calidad. Se mantienen los registros adecuados mediante las actas emitidas en cada una de las reuniones efectuadas. La metodología de esta revisión se encuentra definida en el procedimiento de Revisión por parte de la dirección PR-PE-01.

##### b. INFORMACION PARA LA REVISIÓN

La información de entrada para la Revisión por la Dirección incluye:

- Resultados de auditorías.
- Retroalimentaciones del cliente.
- Desempeño de los procesos y conformidad del servicio.
- Estado de las acciones correctivas y preventivas.

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
			Contr.	No Contr.
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	X	

- Acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas.
- Cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad.
- Recomendaciones para la mejora.
- Política de Calidad y objetivos de Calidad.

### c. RESULTADOS DE LA REVISION

Los resultados de la Revisión por la Dirección se encuentran registrados en las actas emitidas en cada reunión, incluyen todas aquellas decisiones y acciones relacionadas con la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos; la mejora del servicio en relación con los requisitos del cliente y las necesidades de recursos.

## 4.6. GESTION DE LOS RECURSOS

### 4.6.1. PROVISION DE LOS RECURSOS


CLINISALUD determina los recursos mediante la gestión del representante de la dirección quien a través de las reuniones de revisión por la dirección o mediante las reuniones del comité de calidad, determina y provee los recursos para la implementación, mantenimiento y mejora continua de la eficacia de los procesos que conforman el sistema de gestión en calidad y para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.

### 4.6.2. RECURSOS HUMANOS

#### a. GENERALIDADES

El personal vinculado a nuestra organización y que participa en los procesos involucrados dentro del sistema de gestión de la calidad, es competente con base a la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas según el perfil de cargos descrito en manual de funciones MA-TH-01, en el cual se encuentra para cada cargo los requisitos con los que debe cumplir el personal para poder ejercer labores en Clinisalud. Prueba de lo mencionado, son las certificaciones de capacitación, experiencia y entrenamiento, actas de grado y evaluaciones de desempeño que aparecen anexas en las hojas de vida correspondientes a cada trabajador.

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
			Contr.	No Contr.
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	X	

<b>MEJORA CONTINUA</b>			 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small>
MANUAL DE CALIDAD			
CODIGO: MA-MC-01	VERSION: 01	Página 21 de 248	

b. COMPETENCIA, TOMA DE CONCIENCIA Y FORMACION

- CLINISALUD determina la competencia de su personal por medio de la entrevista y de las pruebas necesarias, de las cuales queda la evidencia en el registro FR-TH-03.
- Proporciona formación al personal para satisfacer sus necesidades, mediante las acciones tomadas después de confrontar el perfil según el registro PR-TH-01, Selección, Contratación y Evaluación del Personal y los reportes de asistencia a las capacitaciones realizadas.
- Asegura que el personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad por medio de capacitaciones y de evaluaciones de su trabajo.
- Mantiene los registros apropiados de educación, formación, habilidades y experiencia. Evidencia de esto, se mantienen las hojas de vida por cada uno de las personas que ejercen labores en CLINISALUD, en donde se encuentran los registros necesarios.
- Define indicadores de desempeño para el personal involucrado en el sistema de gestión de la calidad y los utiliza como uno de los criterios a tener en cuenta en las evaluaciones de desempeño realizadas semestralmente. Los resultados obtenidos definen los planes de capacitación del personal en la organización.

**4.6.3. INFRAESTRUCTURA**

CLINISALUD determina, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del servicio. Las instalaciones, áreas de trabajo, equipos para los procesos y servicios asociados, son mantenidas adecuadamente. Además de realizar con puntualidad los mantenimientos preventivos evitando incurrir en el mantenimiento correctivo que además de representar altos costos a la empresa, genera parálisis en el buen funcionamiento de la organización.

CLINISALUD cuenta con los equipos necesarios para la prestación del servicio y para garantizar el cuidado y la protección de estos se ha establecido el cronograma para las calibraciones y/o mantenimientos preventivos de los equipos OD-CI-03, el procedimiento de Mantenimiento preventivo y calibración PR-CI-01 y el procedimiento de Mantenimiento correctivo PR-CI-02. Adicional a estas implementaciones se cuenta con el inventario de equipos OD-CI-02 que permite medir la viabilidad y costos de la infraestructura con la que se

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
			Contr.	No Contr.
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	X	

<b>MEJORA CONTINUA</b>		
<b>MANUAL DE CALIDAD</b>		
CODIGO: MA-MC-01	VERSION: 01	Página 22 de 248



cuenta, determinando así los parámetros para controlar y mantener en perfecto estado de funcionamiento todos los equipos de la organización, instalaciones y servicios de apoyo. La evidencia de la ejecución del cronograma y de la aplicación de los procedimientos de mantenimiento se encuentra en la Ficha técnica y el formato de mantenimiento y calibración FR-CI-02 de las carpetas de cada equipo las cuales están custodiadas por la Dirección Administrativa.

#### 4.6.4. AMBIENTE DE TRABAJO

CLINISALUD ha dotado su infraestructura con medios que propicien buenas condiciones ambientales y seguras de tal forma que el personal pueda realizar su trabajo confortable y satisfactoriamente. Así mismo existen medios que permiten reportar a la Dirección Administrativa de Clinisalud, particularidades o fallas que se puedan presentar en las instalaciones, equipos o infraestructura, con el fin de evitar eventos adversos como accidentes o enfermedades al personal.

En Clinisalud realiza capacitaciones con todo el personal acerca de las normas de bioseguridad y riesgos a los que se están expuestos y que medidas tomar en caso de un accidente ocupacional; dichas normas, riesgos, conductas e instrucciones de trabajo para la limpieza y desinfección, están contemplados en el manual de Bioseguridad MA-MC-02 de Clinisalud. Con todo lo mencionado anteriormente, se asegura del entendimiento y responsabilidad del personal acerca de sus conductas al realizar su trabajo, igualmente de los métodos de uso de los equipos y materiales disponibles en la clínica.

De igual manera, Clinisalud cuenta con Procedimientos documentados para limpieza de las instalaciones y mantenimientos de los equipos, también existe Documentación acerca de la normatividad que contempla los estándares de habilitación en referencia a las condiciones ambientales y recolección de residuos hospitalarios, con el fin de mitigar los riesgos exposición ocupacional del personal de la clínica.

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
			Contr.	No Contr.
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	X	

#### 4.7. REALIZACION DEL PRODUCTO O SERVICIO

##### 4.7.1. PLANIFICACION DE LA REALIZACION DEL PRODUCTO O SERVICIO

CLINISALUD planifica y desarrolla los procesos necesarios para la prestación del servicio a través de los planes de calidad (Odontología, Laboratorio Clínico y Fisioterapia); los cuales se hacen teniendo en cuenta la secuencia de la operaciones del proceso, características del servicio a controlar, parámetros del proceso a controlar y equipos requeridos para a realización de la operación; siendo coherentes con los requisitos de los otros procesos del sistema de gestión de la calidad.

Durante la planificación de la prestación del servicio, CLINISALUD determina lo siguiente:

- Establece y revisa la participación del personal interno en aras de consolidar la ejecución de todos los procesos de una manera eficaz, sincera y comprometida.
- Determina la necesidad de establecer procesos, documentos y de proporcionar recursos específicos para la prestación del servicio.
- Las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayo/prueba específicas para el servicio a prestar, así como los criterios para la aceptación del mismo.
- Dentro de los registros necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de realización y el servicio resultante cumplen con los requisitos, encontramos procedimientos, formatos, planes de calidad e indicadores de gestión.
- Valida el cumplimiento de los objetivos trazados para lograr la eficiencia del servicio.

Cada uno de ellos está enfocado a cubrir las necesidades detectadas y definen la manera de realizar las actividades y recolectar la evidencia de las mismas.

##### 4.7.2. PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE

###### a. DETERMINACION DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO

CLINISALUD determina a través de los procedimientos en cada de las áreas de trabajo tales como: Odontología General, odontología especializada, Laboratorio Clínico (Exámenes de

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	Contr.	No Contr.
			X	

<b>MEJORA CONTINUA</b>		
<b>MANUAL DE CALIDAD</b>		
CODIGO: MA-MC-01	VERSION: 01	Página 24 de 248



colesterol, parcial de orina y coprológico), y Fisioterapia (terapia física, terapia respiratoria y valoración postural de columna):

- Los requisitos legales y reglamentarios relacionados con la prestación del servicio.
- Los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega o prestación del servicio asistencia y las posteriores a la misma.
- Los requisitos no establecidos por el cliente pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto, cuando sea conocido.
- Cualquier requisito adicional determinado por la organización incluyendo la documentación correspondiente.

**b. REVISION DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO**

CLINISALUD revisa los requisitos relacionados con la prestación del servicio. Esta revisión se efectúa antes de que la organización se comprometa a proporcionar el servicio al cliente (por ejemplo: capacidad de prestar el servicio, contar con la infraestructura adecuada y necesaria, el recurso humano competente para la prestación del servicio).

La Planificación Estratégica, los planes de calidad y los procedimientos de prestación del servicio para Odontología General, Laboratorio Clínico y Fisioterapia.; se detallan las actividades a tener en cuenta para la revisión de los requisitos relacionados con la prestación del servicio.

**c. COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE**

CLINISALUD determina e implementa disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, antes, durante y después de la prestación del servicio; allí se informa al cliente acerca de las condiciones del servicio, cumplimiento de sus requisitos y las actividades relativas al seguimiento y verificación del servicio.

Esto se encuentra en los procedimientos de prestación del servicio y los planes de calidad. La retroalimentación del cliente se hace a través de las preventas y/o postventas que realiza la organización, las encuestas de satisfacción, el buzón de sugerencias, quejas y

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	Contr.	No Contr.
			X	

<b>MEJORA CONTINUA</b>		
<b>MANUAL DE CALIDAD</b>		
CODIGO: MA-MC-01	VERSION: 01	 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small> Página 25 de 248

colesterol, parcial de orina y coprológico), y Fisioterapia (terapia física, terapia respiratoria y valoración postural de columna):

- Los requisitos legales y reglamentarios relacionados con la prestación del servicio.
- Los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega o prestación del servicio asistencia y las posteriores a la misma.
- Los requisitos no establecidos por el cliente pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto, cuando sea conocido.
- Cualquier requisito adicional determinado por la organización incluyendo la documentación correspondiente.

**d. REVISION DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO**

CLINISALUD revisa los requisitos relacionados con la prestación del servicio. Esta revisión se efectúa antes de que la organización se comprometa a proporcionar el servicio al cliente (por ejemplo: capacidad de prestar el servicio, contar con la infraestructura adecuada y necesaria, el recurso humano competente para la prestación del servicio).


La Planificación Estratégica, los planes de calidad y los procedimientos de prestación del servicio para Odontología General, Laboratorio Clínico y Fisioterapia.; se detallan las actividades a tener en cuenta para la revisión de los requisitos relacionados con la prestación del servicio.

**e. COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE**

CLINISALUD determina e implementa disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, antes, durante y después de la prestación del servicio; allí se informa al cliente acerca de las condiciones del servicio, cumplimiento de sus requisitos y las actividades relativas al seguimiento y verificación del servicio.

**4.7.3.** Esto se encuentra en los procedimientos de prestación del servicio y los planes de calidad. La retroalimentación del cliente se hace a través de las preventas y/o postventas que realiza la organización, las encuestas de satisfacción, el buzón de sugerencias, quejas y

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	Contr.	No Contr.
			X	

<b>MEJORA CONTINUA</b>			 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small>
MANUAL DE CALIDAD			
CODIGO: MA-MC-01	VERSION: 01	Página 26 de 248	

#### 4.7.4. PRODUCCION Y PRESTACION DEL SERVICIO

##### a. CONTROL DE PRODUCCION Y PRESTACION DEL SERVICIO

CLINISALUD planifica y lleva a cabo el proceso de prestación del servicio bajo condiciones controladas. Dentro de estas condiciones controladas se incluye:

- Descripción del servicio a prestar, uso de equipo y herramientas apropiadas, parámetros a controlar durante la prestación del servicio; esta información se encuentra contenida en los procedimientos de los Procesos misionales (Odontología, Laboratorio Clínico, Fisioterapia y Gestión Comercial) disponibles en las áreas en donde se desarrolla la actividad.
- Planes de calidad.
- Seguimiento a través de los indicadores de gestión que maneja la organización e implementando acciones correctivas/ preventivas o de mejora según sea el caso.
- Cronograma mantenimiento y calibración así como reportes de mantenimiento realizados en los equipos.
- Metodología del producto o servicio no conforme.

##### b. VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

CLINISALUD valida los procesos de prestación del servicio mediante las variables de control establecidas en los procedimientos, la competencia del personal, estableciendo los requisitos del cliente y el manejo de los indicadores de gestión.

##### c. IDENTIFICACION Y TRAZABILIDAD


CLINISALUD realiza la identificación y trazabilidad en los servicios de Odontología, Laboratorio Clínico, Fisioterapia. Con la prestación del servicio en donde se hace referencia al proceso, la forma de identificarlo, la trazabilidad y el registro que lo evidencia.

##### d. PROPIEDAD DEL CLIENTE

CLINISALUD cuida los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo el control de la organización o estén siendo utilizados por la misma.

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad	Víctor Hugo Duarte Gerente	Contr.	No Contr.

			X	
--	--	--	---	--

<b>MEJORA CONTINUA</b>			 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small>
<b>MANUAL DE CALIDAD</b>			
CODIGO: MA-MC-01	VERSION: 01	Página 27 de 248	

**e. PRESERVACION DEL PRODUCTO**


CLINISALUD preserva la conformidad del servicio prestado, esta preservación se detallada en cada uno de los procedimientos de los servicios de Odontología, Laboratorio Clínico, Fisioterapia, puesto que incluyen la identificación del paciente, condiciones de higiene y seguridad de las instalaciones, almacenamiento y controles necesarios para los productos comprados y protección de paciente.

**4.7.5. CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICION**

CLINISALUD determina el seguimiento y la medición a realizar, y los dispositivos de medición y seguimiento necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del servicio con los requisitos determinados.

Este seguimiento se realiza a través del cumplimiento de las actividades establecidas en el procedimiento de mantenimiento preventivo y calibración de equipos y procedimiento de mantenimiento, en donde se identifican los equipos que son necesarios calibrar, la frecuencia con que esto se realiza, el rango de calibración y la verificación que se debe realizar con el fin de cumplir los requisitos establecidos, al igual que la compra de patrones certificados para realizar la verificación.

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
			Contr.	No Contr.
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	X	

<b>MEJORA CONTINUA</b>			 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small>
MANUAL DE CALIDAD			
CODIGO: MA-MC-01	VERSION: 01	Página 28 de 248	

#### 4.8. MEDICION ANALISIS Y MEJORA

##### 4.8.1. GENERALIDADES

CLINISALUD planifica e implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora entre los que se incluye los planes de calidad, indicadores de gestión, cumplimiento de objetivos de calidad, revisiones por la dirección realizadas al sistema de gestión de calidad, acciones correctivas, preventiva y de mejora, controlando el producto o servicio no conforme. Por medio de estos documentos demostramos la conformidad del servicio, aseguramos la conformidad del sistema de gestión de la calidad y la mejora continua de la eficacia del mismo.

##### 4.8.2. SEGUIMIENTO Y MEDICION

###### a. SATISFACCION DEL CLIENTE

Como una de las medidas del desempeño del sistema de gestión de la calidad, CLINISALUD realiza el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización. La metodología para la obtención y utilización de dicha información se realiza por medio de la encuesta satisfacción del cliente, buzón de sugerencias.


###### b. AUDITORIA INTERNA

CLINISALUD lleva a cabo a intervalos planificados auditorias internas para determinar si el sistema de gestión de la calidad:

Es conforme con las disposiciones planificadas con los requisitos de la Norma Internacional ISO-9001:2000 y con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos por CLINISALUD; y se ha implementado y se mantiene de manera eficaz.

Este programa se planifico teniendo en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas a auditar, así como los resultados de auditorias previas, los criterios de auditoria, el alcance de la misma, su frecuencia y metodología. La selección de los auditores y la realización de las auditorias aseguran la objetividad e imparcialidad del

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
			Contr.	No Contr.
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	X	

<b>MEJORA CONTINUA</b>			 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small>
MANUAL DE CALIDAD			
CODIGO: MA-MC-01	VERSION: 01	Página 29 de 248	

proceso de auditoria; para ello se cuenta con un procedimiento de auditorias internas PR-MC-06 en donde se describen todos estos lineamientos.

El responsable del área que esté siendo auditada se debe asegurar de que se toman acciones sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas. Las actividades de seguimiento deben incluir la verificación de las acciones tomadas según PR-MC-03 (acciones preventivas/correctivas).

**c. SEGUIMIENTO Y MEDICION DE LOS PROCESOS**

CLINISALUD realiza el seguimiento y medición de los procesos por medio del análisis de los indicadores de gestión y el empleo de herramientas estadísticas, por medio de las cuales se determina el cumplimiento del indicador y a su vez se indica el tratamiento a seguir para aquellos que no cumplan.

Si se llegase a comprobar que un proceso no cumple a lo estipulado, se debe revisar inmediatamente describiendo las acciones a tomar para asegurarse de la conformidad del servicio.


**d. SEGUIMIENTO Y MEDICION DEL SERVICIO**

CLINISALUD hace el seguimiento y mide el cumplimiento de los requisitos asociados al servicio mediante los indicadores de gestión y la verificación de seguimiento para cada uno de los servicios que presta CLINISALUD, por medio de los cuales se mide la eficiencia y eficacia. Esto se realiza en las etapas apropiadas al proceso de prestación de servicio de acuerdo con las disposiciones planificadas.

**4.8.3. CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME**

CLINISALUD asegura que el servicio no conforme con los requisitos, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencional. Los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del servicio no conforme se presenta en el procedimiento documentado control del producto no conforme PR-MC-05, allí se define las acciones que se toman para eliminar la no conformidad detectada, acciones para eliminar su

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
			Contr.	No Contr.
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	X	

<b>MEJORA CONTINUA</b>			 ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA
MANUAL DE CALIDAD			
CODIGO: MA-MC-01	VERSION: 01	Página 30 de 248	

uso o aplicación y acciones para el producto o servicio no conforme después que se ha entregado al cliente.

#### 4.8.4. ANALISIS DE DATOS

CLINISALUD por medio de procedimientos de compras, los indicadores de gestión, la encuesta satisfacción del cliente, buzón de sugerencias, requisitos establecidos en el numeral 7.2.1, las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas, seguimiento realizado a los procesos y la información referente a los proveedores; determina, recopila y analiza los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

#### 4.8.5. MEJORA

##### a. MEJORA CONTINUA

CLINISALUD mejora continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante el uso y seguimiento realizado a la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorias, el análisis de datos, el despliegue a los indicadores de gestión, las acciones correctivas y preventivas, la revisión por la dirección.

##### b. ACCION CORRECTIVA


CLINISALUD establece mediante el procedimiento PR-MC-03 las acciones necesarias para eliminar la causa de no conformidades con objeto de prevenir que vuelva a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades halladas.

En este procedimiento se establece la revisión de las no conformidades, la determinación de las causas, la implementación de las acciones necesarias y la revisión de las acciones correctivas tomadas.

##### c. ACCION PREVENTIVA

Determina mediante el procedimiento de PR-MC-03 las acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas


Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
			Contr.	No Contr.
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	X	

<b>MEJORA CONTINUA</b>			 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small>
MANUAL DE CALIDAD			
CODIGO: MA-MC-01	VERSION: 01	Página 31 de 248	

deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales. Allí se establece la determinación de las no conformidades potenciales y sus causas, la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades, la implementación de acciones necesarias y la revisión de las mismas.

Elaborado / Modificado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Copia	
			Contr.	No Contr.
Ivonne Murcia – Jim Moreno Cargo: Coordinador de calidad Fecha: 20-Ago-2007	Lina Africano Díaz Cargo: Asesor de calidad Fecha: 21-Ago-2007	Víctor Hugo Duarte Gerente Fecha: 28-Ago-2007	X	

## Anexo H. Listado Maestro de Documentos

 <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</p>	<b>LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS</b>	CODIGO: OD-MC-02	
			VERSION: 01

Tipo	Proceso	SUBPROCESO	Versión	DIA MES AÑO			Responsable	ARCHIVO	TIEMPO ARCHIVO ACT	TIEMPO ARCHIVO INACT
FORMATO	COMPRAS		01	18	SEP	2007	ALMACENISTA	ARCHIVO ALMACEN	1 AÑO	3 AÑOS
FORMATO	COMPRAS		01	18	SEP	2007	ALMACENISTA	ARCHIVO GERENCIA	1 AÑO	3 AÑOS
FORMATO	COMPRAS		01	18	SEP	2007	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	ARCHIVO GERENCIA	1 AÑO	3 AÑOS
FORMATO	COMPRAS		01	18	SEP	2007	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	ARCHIVO GERENCIA	1 AÑO	3 AÑOS
FORMATO	COMPRAS		01	18	SEP	2007	ASISTENTE ADIMINSTRATIVO	ARCHIVO GERENCIA	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	CONTROL INFRAESTRUCTURA		01	8	OCT	2007	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	ARCHIVO GERENCIA	SIEMPRE	SIEMPRE
FORMATO	CONTROL INFRAESTRUCTURA		01	8	OCT	2007	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	ARCHIVO GERENCIA	SIEMPRE	SIEMPRE
FORMATO	CONTROL INFRAESTRUCTURA		01	8	OCT	2007	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	ARCHIVO GERENCIA	SIEMPRE	SIEMPRE
FORMATO	FISIOTERAPIA		02	4	OCT	2007	FISIOTERAPEUTA	SGC	1 AÑO	1AÑO
FORMATO	FISIOTERAPIA		01	8	FEB	2008	FISIOTERAPEUTA	HISTORIAS CLINICAS	5 AÑOS	15 AÑOS
FORMATO	FISIOTERAPIA		01	8	FEB	2008	FISIOTERAPEUTA	HISTORIAS CLINICAS	5 AÑOS	15 AÑOS
FORMATO	FISIOTERAPIA		01	8	FEB	2008	FISIOTERAPEUTA	HISTORIAS CLINICAS	5 AÑOS	15 AÑOS
FORMATO	GESTION COMERCIAL		02	28	AGO	2007	COORDINADOR COMERCIAL	SGC	1 AÑO	1AÑO
FORMATO	GESTION COMERCIAL			7	MAY	2007	COORDINADOR COMERCIAL	SGC	1 AÑO	1AÑO
FORMATO	GESTION COMERCIAL		02	22	MAY	2007	COORDINADOR COMERCIAL	SGC	1 AÑO	1AÑO

FORMATO	GESTION COMERCIAL		01	28	AGO	2007	COORDINADOR COMERCIAL	SGC	1 AÑO	1AÑO
FORMATO	GESTION COMERCIAL		01	22	MAY	2007	COORDINADOR COMERCIAL	ARCHIVO GESTION COMERCIAL	1 AÑO	1AÑO
FORMATO	GESTION COMERCIAL			5	MAR	2008	COORDINADOR COMERCIAL	ARCHIVO GESTION COMERCIAL	1 AÑO	1AÑO
FORMATO	GESTION COMERCIAL		01	6	MAR	2008	COORDINADOR COMERCIAL	ARCHIVO GESTION COMERCIAL	1 AÑO	1AÑO
FORMATO	LABORATORIO CLINICO		02	27	SEP	2007	AUXILIAR DE BACTERIOLOGIA	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	LABORATORIO CLINICO		01	20	AGO	2007	AUXILIAR DE BACTERIOLOGIA	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	LABORATORIO CLINICO		01	30	SEP	2007	AUXILIAR DE BACTERIOLOGIA	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	MEJORA CONTINUA		01	22	ABR	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	MEJORA CONTINUA		01	12	MAR	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	MEJORA CONTINUA		01	12	MAR	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	MEJORA CONTINUA		01	18	JUL	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	MEJORA CONTINUA		01	17	SEP	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	MEJORA CONTINUA		02	15	MAY	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	MEJORA CONTINUA		01	24	ABR	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	MEJORA CONTINUA		01	2	OCT	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	MEJORA CONTINUA		01	13	OCT	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	MEJORA CONTINUA		01	13	OCT	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	MEJORA CONTINUA		01	13	OCT	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	MEJORA CONTINUA		01	13	OCT	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	MEJORA CONTINUA		01	22	FEB	2008	COORDINADOR DE CALIDAD	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA		01	5	ABR	2008	ODONTOLOGO ESPECIALISTA	HISTORIAS CLINICAS	5 AÑOS	15 AÑOS
FORMATO	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	PERIODONCIA	01	5	ABR	2008	PERIODONCISTA	HISTORIAS CLINICAS	5 AÑOS	15 AÑOS

FORMATO	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA		01	1	FEB	2008	ORTODONCISTA	HISTORIAS CLINICAS	5 AÑOS	15 AÑOS
FORMATO	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA		01	1	FEB	2008	ODONTOLOGO ESPECIALISTA	HISTORIAS CLINICAS	5 AÑOS	15 AÑOS
FORMATO	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA		01	1	FEB	2008	ORTODONCISTA	HISTORIAS CLINICAS	5 AÑOS	15 AÑOS
FORMATO	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA		01	1	FEB	2008	ORTODONCISTA	HISTORIAS CLINICAS	5 AÑOS	15 AÑOS
FORMATO	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA		01	1	FEB	2008	ORTODONCISTA	HISTORIAS CLINICAS	5 AÑOS	15 AÑOS
FORMATO	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	ENDODONCIA	01	5	ABR	2008	ENDODONCISTA	HISTORIAS CLINICAS	5 AÑOS	15 AÑOS
FORMATO	ODONTOLOGIA GENERAL		04	28	SEP	2007	ODONTOLOGO GENERAL Y ESPECIALISTA	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	22	MAY	2007	ODONTOLOGO GENERAL Y ESPECIALISTA	ARCHIVO GERENCIA	1 AÑO	3 AÑOS
FORMATO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	30	NOV	2007	ODONTOLOGO GENERAL	ARCHIVO HISTORIAS CLINICAS	5 AÑOS	15 AÑOS
FORMATO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	30	NOV	2007	ODONTOLOGO GENERAL	ARCHIVO HISTORIAS CLINICAS	5 AÑOS	15 AÑOS
FORMATO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	30	NOV	2007	ODONTOLOGO GENERAL	ARCHIVO HISTORIAS CLINICAS	5 AÑOS	15 AÑOS
FORMATO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	30	NOV	2007	ODONTOLOGO GENERAL	ARCHIVO HISTORIAS CLINICAS	5 AÑOS	15 AÑOS
FORMATO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	30	NOV	2007	ODONTOLOGO GENERAL	ARCHIVO HISTORIAS CLINICAS	5 AÑOS	15 AÑOS
FORMATO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	30	NOV	2007	ODONTOLOGO GENERAL	ARCHIVO HISTORIAS CLINICAS	5 AÑOS	15 AÑOS
FORMATO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	14	ABR	2008	ODONTÓLOGO GENERAL	ARCHIVO HISTORIAS CLINICAS	5 AÑOS	15 AÑOS
FORMATO	PLANEACION ESTRATEGICA		01	5	ENE	2008	GERENTE	ARCHIVO GERENCIA	1 AÑO	2 AÑOS

FORMATO	TALENTO HUMANO		01	11	MAR	2007	DIRECTOR DE TALENTO HUMANO	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	TALENTO HUMANO		01	13	MAR	2007	DIRECTOR DE TALENTO HUMANO	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	TALENTO HUMANO		01	3	OCT	2007	DIRECTOR DE TALENTO HUMANO	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	TALENTO HUMANO		01	13	OCT	2007	DIRECTOR DE TALENTO HUMANO	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	TALENTO HUMANO		01	18	MAR	2007	DIRECTOR DE TALENTO HUMANO	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	TALENTO HUMANO		01	18	MAR	2007	DIRECTOR DE TALENTO HUMANO	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	TALENTO HUMANO		01	20	MAR	2007	DIRECTOR DE TALENTO HUMANO	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	TALENTO HUMANO		01	20	MAR	2007	DIRECTOR DE TALENTO HUMANO	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	TALENTO HUMANO		01	20	MAR	2007	DIRECTOR DE TALENTO HUMANO	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	TALENTO HUMANO		01	26	MAR	2007	DIRECTOR DE TALENTO HUMANO	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	TALENTO HUMANO		02	24	SEP	2007	DIRECTOR DE TALENTO HUMANO	SGC	1 AÑO	1 AÑO
FORMATO	TALENTO HUMANO		01	25	FEB	2008	DIRECTOR DE TALENTO HUMANO	ARCHIVO DE TALENTO HUMANO	1 AÑO	1 AÑO
INDICADOR	FISIOTERAPIA		01	20	AGO	2007	FISIOTERAPEUTA	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	GESTION COMERCIAL		01	20	AGO	2007	COORDINADOR COMERCIAL	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	GESTION COMERCIAL		02	31	MAR	2008	COORDINADOR COMERCIAL	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	GESTION COMERCIAL		02	31	MAR	2008	LIDER ODONTOLOGIA GENERAL	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	LABORATORIO CLINICO		01	20	AGO	2007	BACTERIOLOGO	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	LABORATORIO CLINICO		01	20	AGO	2007	BACTERIOLOGO	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	LABORATORIO CLINICO		01	20	AGO	2007	BACTERIOLOGO	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	MEJORA CONTINUA		01	20	AGO	2007	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	MEJORA CONTINUA		01	20	AGO	2007	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	MEJORA CONTINUA		01	20	AGO	2007	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	MEJORA CONTINUA		01	20	AGO	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	MEJORA CONTINUA		01	20	AGO	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	SGC	1 AÑO	3 AÑOS

INDICADOR	MEJORA CONTINUA		01	20	AGO	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	MEJORA CONTINUA		01	20	AGO	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	ORTODONCIA Y ORTOPEDIA	01	20	AGO	2007	LIDER DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	ORTODONCIA Y ORTOPEDIA	01	20	AGO	2007	LIDER DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	ORTODONCIA Y ORTOPEDIA	01	20	AGO	2007	LIDER DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	ENDODONCIA	01	20	AGO	2007	LIDER DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	ENDODONCIA	01	20	AGO	2007	LIDER DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	ENDODONCIA	01	20	AGO	2007	LIDER DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	PERIODONCIA	01	20	AGO	2007	LIDER DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	PERIODONCIA	01	20	AGO	2007	LIDER DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	PERIODONCIA	01	20	AGO	2007	LIDER DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	REHABILITACION ORAL	01	20	AGO	2007	LIDER DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	REHABILITACION ORAL	01	20	AGO	2007	LIDER DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	REHABILITACION ORAL	01	20	AGO	2007	LIDER DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	ODONTOLOGIA GENERAL		01	20	AGO	2007	LIDER ODONTOLOGIA GENERAL	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	ODONTOLOGIA GENERAL		02	31	MAR	2008	LIDER ODONTOLOGIA GENERAL	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	PLANEACION ESTRATEGICA		01	24	AGO	2007	GERENTE	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR	TALENTO HUMANO		01	20	AGO	2007	DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR			01	20	AGO	2007	DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS	SGC	1 AÑO	3 AÑOS
INDICADOR			01	20	AGO	2007	DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS	SGC	1 AÑO	3 AÑOS

INSTRUCTIVO	MEJORA CONTINUA		01	18	SEP	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	SGC	VERSION ACTIVA	1 AÑO
INSTRUCTIVO	MEJORA CONTINUA		01	04	ENE	2008	COORDINADOR DE CALIDAD	SGC	VERSION ACTIVA	2 AÑOS
MANUAL	MEJORA CONTINUA		01	28	AGO	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	SGC	VERSION ACTIVA	2 AÑOS
MANUAL	MEJORA CONTINUA		01	10	NOV	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	2 AÑOS
MANUAL	TALENTO HUMANO		01	18	SEP	2007	DIRECTOR DE TALENTO HUMANO	ARCHIVO GERENCIA	VERSION ACTIVA	2 AÑOS
OTROS DOCUMENTOS	COMPRAS		01	20	AGO	2007	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	SGC	VERSION ACTIVA	2 AÑOS
OTROS DOCUMENTOS	COMPRAS		01	7	SEP	2007	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
OTROS DOCUMENTOS	COMPRAS		01	5	OCT	2007	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
OTROS DOCUMENTOS	CONTROL INFRAESTRUCTURA		01	20	AGO	2007	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	SGC	VERSION ACTIVA	2 AÑOS
OTROS DOCUMENTOS	CONTROL INFRAESTRUCTURA		01	14	MAY	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	ARCHIVO GERENCIA	SIEMPRE	SIEMPRE
OTROS DOCUMENTOS	CONTROL INFRAESTRUCTURA		01	14	MAR	2008	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	1 AÑO
OTROS DOCUMENTOS	CONTROL INFRAESTRUCTURA		01	31	AGO	2007	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	ARCHIVO GERENCIA	SIEMPRE	SIEMPRE
OTROS DOCUMENTOS	FISIOTERAPIA		01	20	AGO	2007	FISIOTERAPEUTA	SGC	VERSION ACTIVA	2 AÑOS
OTROS DOCUMENTOS	FISIOTERAPIA		01	15	ENE	2008	FISIOTERAPEUTA	ARCHIVO FISIOTERAPIA	SIEMPRE	SIEMPRE
OTROS DOCUMENTOS	GESTION COMERCIAL		02	31	MAR	2008	COORDINADOR COMERCIAL	SGC	VERSION ACTIVA	2 AÑOS
OTROS DOCUMENTOS	GESTION COMERCIAL		01	20	AGO	2007	COORDINADOR COMERCIAL	ARCHIVO GESTION COMERCIAL	SIEMPRE	SIEMPRE
OTROS DOCUMENTOS	LABORATORIO CLINICO		01	20	AGO	2007	BACTERIOLOGO	LABORATORIO CLINICO	VERSION ACTIVA	2 AÑOS
OTROS DOCUMENTOS	LABORATORIO CLINICO		01	20	OCT	2007	BACTERIOLOGO	LABORATORIO CLINICO	SIEMPRE	SIEMPRE
OTROS DOCUMENTOS	MEJORA CONTINUA		01	20	AGO	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	N/A	N/A	N/A
OTROS DOCUMENTOS	MEJORA CONTINUA		01	7	MAY	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	N/A	N/A	N/A

OTROS DOCUMENTOS	MEJORA CONTINUA		01	10	ENE	2008	COORDINADOR DE CALIDAD	N/A	N/A	N/A
OTROS DOCUMENTOS	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA		01	20	AGO	2007	ODONTOLOGO ESPECIALISTA	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	2 AÑOS
OTROS DOCUMENTOS	ODONTOLOGIA GENERAL		01	20	AGO	2007	ODONTOLOGO GENERAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	2 AÑOS
OTROS DOCUMENTOS	PLANEACION ESTRATEGICA		01	20	AGO	2007	GERENTE	ARCHIVO GERENCIA	VERSION ACTIVA	2 AÑOS
OTROS DOCUMENTOS	PLANEACION ESTRATEGICA		02	27	MAR	2008	GERENTE	ARCHIVO GERENCIA	VERSION ACTIVA	2 AÑOS
OTROS DOCUMENTOS	PLANEACION ESTRATEGICA		01	28	FEB	2008	GERENTE	ARCHIVO GERENCIA	VERSION ACTIVA	2 AÑOS
OTROS DOCUMENTOS	PLANEACION ESTRATEGICA		01	14	ABR	2008	GERENTE	ARCHIVO GERENCIA	TERMINACION	2 AÑOS
OTROS DOCUMENTOS	PLANEACION ESTRATEGICA		01	20	AGO	2007	GERENTE	SGC	3 ANOS	3 AÑOS
OTROS DOCUMENTOS	TALENTO HUMANO		01	20	AGO	2007	DIRECTOR DE TALENTO HUMANO	ARCHIVO GERENCIA	VERSION ACTIVA	2 AÑOS
OTROS DOCUMENTOS	TALENTO HUMANO		01	10	MAY	2007	DIRECTOR DE TALENTO HUMANO	ARCHIVO TALENTO HUMANO	SIEMPRE	SIEMPRE
OTROS DOCUMENTOS	TALENTO HUMANO		01	15	AGO	2007	DIRECTOR DE TALENTO HUMANO	ARCHIVO TALENTO HUMANO	SIEMPRE	1 AÑO
OTROS DOCUMENTOS	TALENTO HUMANO		01	15	MAR	2007	DIRECTOR DE TALENTO HUMANO	ARCHIVO TALENTO HUMANO	SIEMPRE	1 AÑO
PROCEDIMIENTO	COMPRAS		01	18	Sep	2007	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	ARCHIVO GERENCIA	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	COMPRAS		01	18	Sep	2007	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	ARCHIVO GERENCIA	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	CONTROL INFRAESTRUCTURA		01	22	OCT	2007	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	ARCHIVO GERENCIA	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	CONTROL INFRAESTRUCTURA		01	22	OCT	2007	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	ARCHIVO GERENCIA	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	CONTROL INFRAESTRUCTURA		01	22	OCT	2007	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	ARCHIVO GERENCIA	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	FISIOTERAPIA		01	8	FEB	2008	FISIOTERAPEUTA	ARCHIVO FISIOTERAPIA	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	FISIOTERAPIA		01	8	FEB	2008	FISIOTERAPEUTA	ARCHIVO FISIOTERAPIA	VERSION ACTIVA	3 AÑOS

PROCEDIMIENTO	FISIOTERAPIA		01	8	FEB	2008	FISIOTERAPEUTA	ARCHIVO FISIOTERAPIA	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	FISIOTERAPIA		01	8	FEB	2008	FISIOTERAPEUTA	ARCHIVO FISIOTERAPIA	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	FISIOTERAPIA		01	8	FEB	2008	FISIOTERAPEUTA	ARCHIVO FISIOTERAPIA	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	FISIOTERAPIA		01	8	FEB	2008	FISIOTERAPEUTA	ARCHIVO FISIOTERAPIA	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	FISIOTERAPIA		01	8	FEB	2008	FISIOTERAPEUTA	ARCHIVO FISIOTERAPIA	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	FISIOTERAPIA		01	8	FEB	2008	FISIOTERAPEUTA	ARCHIVO FISIOTERAPIA	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	FISIOTERAPIA		01	8	FEB	2008	FISIOTERAPEUTA	ARCHIVO FISIOTERAPIA	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	FISIOTERAPIA		01	8	FEB	2008	FISIOTERAPEUTA	ARCHIVO FISIOTERAPIA	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	FISIOTERAPIA		01	8	FEB	2008	FISIOTERAPEUTA	ARCHIVO FISIOTERAPIA	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	FISIOTERAPIA		01	8	FEB	2008	FISIOTERAPEUTA	ARCHIVO FISIOTERAPIA	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	GESTION COMERCIAL		01	6	SEP	2007	COORDINADOR COMERCIAL	ARCHIVO GESTION COMERCIAL	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	GESTION COMERCIAL		01	6	SEP	2007	COORDINADOR COMERCIAL	ARCHIVO GESTION COMERCIAL	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	GESTION COMERCIAL		01	6	SEP	2007	COORDINADOR COMERCIAL	ARCHIVO GESTION COMERCIAL	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	LABORATORIO CLINICO		01	29	OCT	2007	BACTERIOLOGO	LABORATORIO CLINICO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	LABORATORIO CLINICO		01	29	OCT	2007	BACTERIOLOGO	LABORATORIO CLINICO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	LABORATORIO CLINICO		01	29	OCT	2007	BACTERIOLOGO	LABORATORIO CLINICO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	LABORATORIO CLINICO		01	29	OCT	2007	BACTERIOLOGO	LABORATORIO CLINICO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS

PROCEDIMIENTO	LABORATORIO CLINICO		01	29	OCT	2007	BACTERIOLOGO	LABORATORIO CLINICO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	LABORATORIO CLINICO		01	29	OCT	2007	BACTERIOLOGO	LABORATORIO CLINICO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	MEJORA CONTINUA		01	6	SEP	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	SGC	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	MEJORA CONTINUA		01	17	SEP	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	SGC	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	MEJORA CONTINUA		01	17	SEP	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	SGC	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	MEJORA CONTINUA		1	17	SEP	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	SGC	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	MEJORA CONTINUA		01	2	OCT	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	SGC	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	MEJORA CONTINUA		01	2	OCT	2007	COORDINADOR DE CALIDAD	SGC	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	ORTODONCIA	01	25	OCT	2007	ORTODONCISTA	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	ENDODONCIA	01	10	DIC	2007	ENDODONCISTA	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	ENDODONCIA	01	10	DIC	2007	ENDODONCISTA	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	ENDODONCIA	01	10	DIC	2007	ENDODONCISTA	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	ENDODONCIA	01	10	DIC	2007	ENDODONCISTA	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	ENDODONCIA	01	22	DIC	2007	PERIODONCISTA	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	REHABILITACION ORAL	01	11	ENE	2008	REHABILITADOR ORAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	REHABILITACION ORAL	01	11	ENE	2008	REHABILITADOR ORAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	REHABILITACION ORAL	01	11	ENE	2008	REHABILITADOR ORAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	ORTODONCIA	01	25	OCT	2007	ORTODONCISTA	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	ORTODONCIA	01	25	OCT	2007	ORTODONCISTA	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS

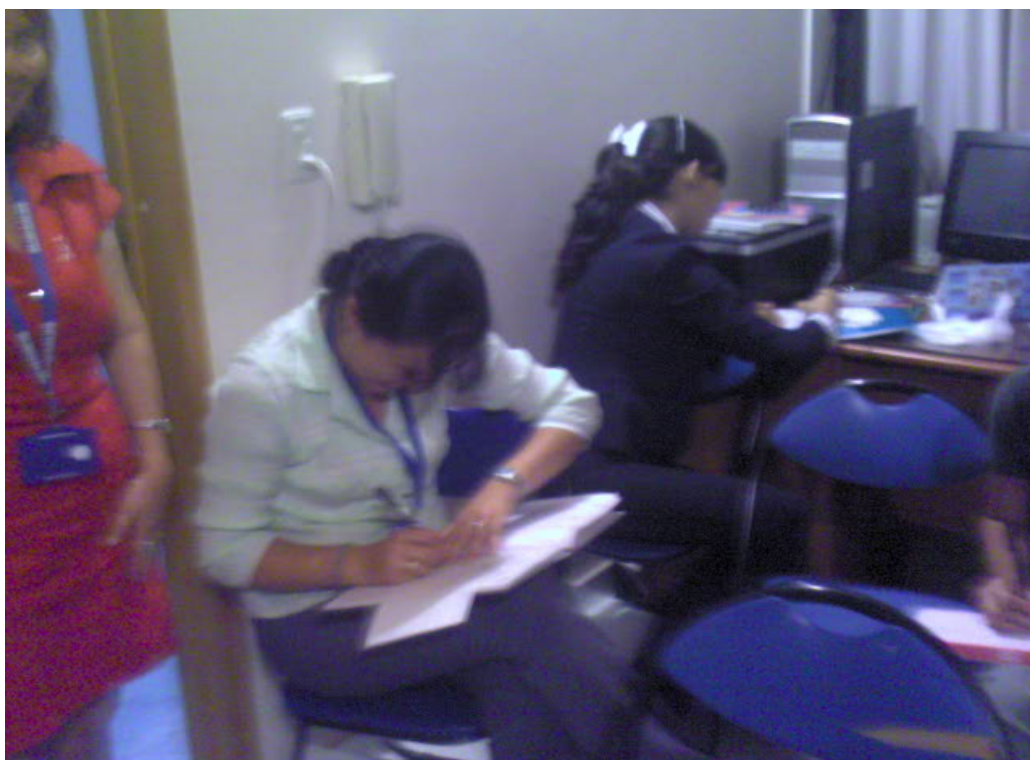
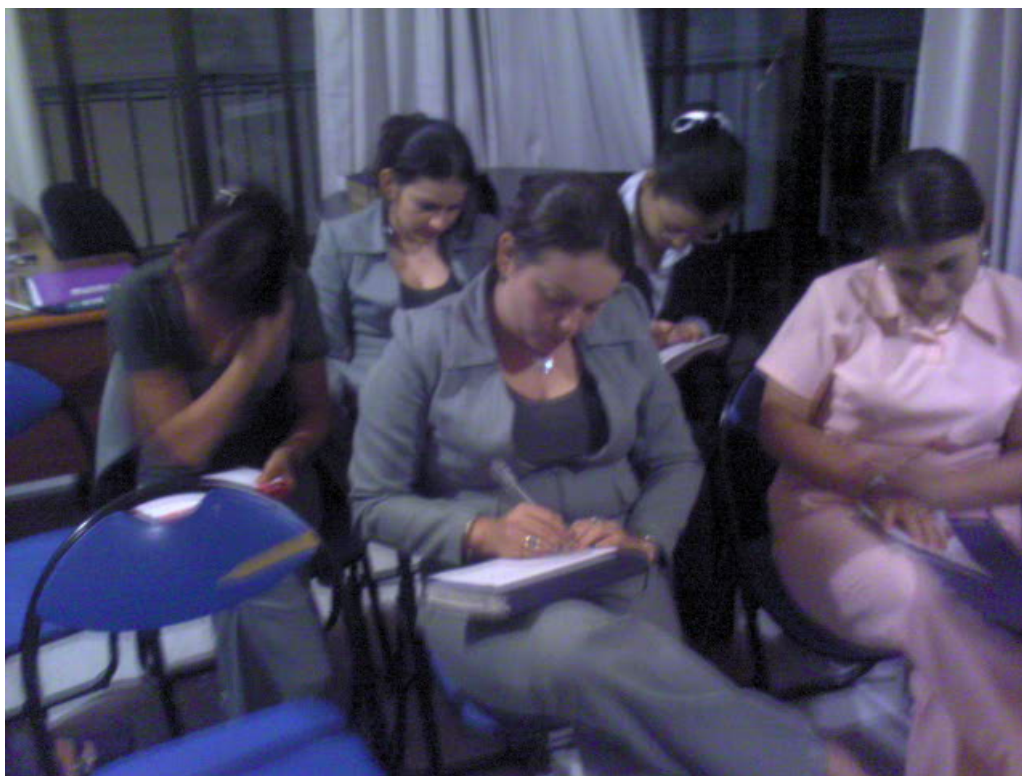




PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	PERIODONCIA	01	22	DIC	2007	PERIODONCISTA	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL	HIGIENE ORAL	01	2	OCT	2007	HIGIENISTA ORAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL	HIGIENE ORAL	01	2	OCT	2007	HIGIENISTA ORAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL	HIGIENE ORAL	01	2	OCT	2007	HIGIENISTA ORAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL	HIGIENE ORAL	01	2	OCT	2007	HIGIENISTA ORAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL	HIGIENE ORAL	01	2	OCT	2007	HIGIENISTA ORAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTÓLOGO GENERAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTOLOGO GENERAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTOLOGO GENERAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTOLOGO GENERAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTOLOGO GENERAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTOLOGO GENERAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTOLOGO GENERAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTOLOGO GENERAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTOLOGO GENERAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTOLOGO GENERAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTOLOGO GENERAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTOLOGO GENERAL Y REHABILITADOR ORAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS

PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTOLOGO GENERAL Y REHABILITADOR ORAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTOLOGO GENERAL Y REHABILITADOR ORAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTOLOGO GENERAL Y REHABILITADOR ORAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTOLOGO GENERAL Y REHABILITADOR ORAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTOLOGO GENERAL Y REHABILITADOR ORAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTOLOGO GENERAL Y REHABILITADOR ORAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTOLOGO GENERAL Y REHABILITADOR ORAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTOLOGO GENERAL Y REHABILITADOR ORAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTOLOGO GENERAL Y REHABILITADOR ORAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTOLOGO GENERAL Y REHABILITADOR ORAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTOLOGO GENERAL Y REHABILITADOR ORAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTOLOGO GENERAL Y REHABILITADOR ORAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTOLOGO GENERAL Y REHABILITADOR ORAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTOLOGO GENERAL Y REHABILITADOR ORAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTOLOGO GENERAL Y REHABILITADOR ORAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2007	ODONTÓLOGO GENERAL Y PERIODONCISTA	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	ODONTOLOGIA GENERAL		01	2	OCT	2008	ODONTÓLOGO GENERAL	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	PLANEACION ESTRATEGICA		01	19	FEB	2008	GERENTE	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS
PROCEDIMIENTO	TALENTO HUMANO		01	3	Oct	2007	DIRECTOR DE TALENTO HUMANO	PUNTO DE USO	VERSION ACTIVA	3 AÑOS

## Anexo I. Fotos Capacitación







### Anexo J. Cronograma de Auditorías

EMPRESA QUE AUDITA	I	E	AUDITOR (ES)	PROCESOS	AÑO 2008												OBSERVACIONES	
					ENE	FEB	<b>M A R</b>	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC		
QEC	X		Lina Maria Africano Díaz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planeación Estratégica</li> <li>• Mejora Continua</li> <li>• Odontología general</li> <li>• Odontología especializada</li> <li>• Laboratorio clínico</li> <li>• Fisioterapia</li> <li>• Gestión comercial</li> <li>• Control de infraestructura</li> <li>• Talento humano</li> <li>• Compras</li> </ul>		E		E										Preauditoria y auditoria interna respectivamente
ICONTEC		X	Audidores Icontec	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planeación Estratégica</li> <li>• Mejora Continua</li> <li>• Odontología general</li> <li>• Odontología especializada</li> <li>• Laboratorio clínico</li> <li>• Fisioterapia</li> <li>• Gestión comercial</li> <li>• Control de infraestructura</li> <li>• Talento humano</li> <li>• Compras</li> </ul>					P									Las fechas estar por concertar con Icontec

## Anexo K. Plan de Auditoría Interna

 ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA	<b>PLAN DE AUDITORIA</b>	CÓDIGO: FR-MC-12	Página 1 de 248
		VERSIÓN: 01	

**OBJETIVO DE LA AUDITORIA:** Evaluar el cumplimiento de los requisitos establecidos por la norma NTC ISO 9001:2000, los definidos por la organización y los legales reglamentarios así como su implementación y eficacia, con el fin de identificar oportunidades de mejora.

**TIPO DE AUDITORIA:**

Auditoria de verificación del cumplimiento de los requisitos establecidos por la norma NTC ISO 9001:2000 en todos los procesos identificados en el alcance del Sistema de Gestión de Calidad.

**ALCANCE:**

La auditoria se realizará a todos los procesos identificados dentro del Sistema de Gestión de Calidad.

**FECHA DE LA AUDITORIA:** Abril 10 y 11 de 2008.

**IDENTIFICACION DEL EQUIPO AUDITOR**

- **Auditor líder:** Ing Lina María Africano Díaz.
- **Audidores observadores:**
  - Proceso Planeación Estratégica: Graciela Silva, Ivonne Murcia
  - Proceso Mejora Continua: Yolanda García, Graciela Silva.
  - Proceso Gestión Comercial: Ivonne Murcia
  - Proceso Odontología General: Yolanda García, Ivonne Murcia.
  - Proceso Talento Humano: Ivonne Murcia
  - Proceso Control de infraestructura: Yolanda García, Ivonne Murcia
  - Proceso odontología Especializada: Ivonne Murcia.
  - Proceso laboratorio Clínico: Ivonne Murcia
  - Proceso Fisioterapia: Ivonne Murcia
  - Proceso Compras: Ivonne Murcia
  - Proceso mejora Continua: Dr Oscar Pérez

<b>CALENDARIO DE ACTIVIDADES</b>		
<b>FECHA</b>	<b>ACTIVIDADES A REALIZAR</b>	<b>AUDITOR/ AREARESPONSABLE</b>
<b>Abril 10</b> 7:00 a 7:30 a.m.	Reunión de apertura.	Ing Lina María Africano/ Todo el personal
<b>Abril 10</b> 7:30 a 8:30 a.m.	Auditoria proceso Planeación Estratégica	Ing Lina María Africano/ Dr Victor Hugo Duarte Gerencia
<b>Abril 10</b> 8:30 a 10:00 a.m.	Auditoria proceso Mejora Continua	Ing Lina María Africano/Coordinación de Calidad
<b>Abril 10</b> 10:00 a 12:00m.	Auditoria proceso odontología Especializada	Ing Lina María Africano/Coordinadora comercial
<b>Abril 10</b> 12:00 a 2:00 p.m.	Almuerzo	
<b>Abril 10</b> 2:00 a 4:00 p.m.	Auditoria proceso Odontología General	Ing Lina María Africano/Odontólogo General
<b>Abril 10</b> 4:00 a 5:00 p.m.	Auditoria proceso Talento Humano	Ing Lina María Africano/Director de recursos Humanos
<b>Abril 10</b> 5:00 a 6:00 p.m.	Auditoria proceso Control de infraestructura	Ing Lina María Africano/Directora Administrativa
<b>Abril 11</b> 7:00 a 9:00 a.m.	Auditoria proceso Gestión Comercial	Ing Lina María Africano/Odontólogo especialista

**CALENDARIO DE ACTIVIDADES**

<b>Abril 11</b> 9:00 a 10:30 a.m.	Auditoria proceso Compras	Ing Lina María Africano/Bacterióloga
<b>Abril 11</b> 10:30 a 12:00 m.	Auditoria proceso Fisioterapia	Ing Lina María Africano/fisioterapeuta
<b>Abril 11</b> 12:00 a 2:00 p.m.	Almuerzo	Ing Lina María Africano/Directora Administrativa
<b>Abril 11</b> 2:00 a 4:00 p.m.	Auditoria proceso laboratorio Clínico	Ing Lina María Africano/Coordinación de Calidad
<b>Abril 11</b> 4:00 a 5:00 p.m.	Auditoría proceso mejora Continua	Ing Lina María Africano/ Todo el personal
<b>Abril 11</b> 5:00 a 5:30 p.m.	Reunión de cierre	Lideres de los procesos y auditor lider

## Anexo L. Listas de Chequeo Auditorías

 <small>ATENCIÓN PREFERENCIAL CON CALIDAD HUMANA</small>	<b>LISTA DE CHEQUEO PARA LA AUDITORIA DE PROCESOS GERENCIALES</b>	CÓDIGO: FR-MC-09	Página 224 de 248
		VERSIÓN: 01	

### PROCESOS GERENCIALES (Planeación estratégica)

PREGUNTAS	C	NC	OBSERVACIONES
<b>PLANEAR</b>			
¿Cuál es el objetivo de su proceso / subproceso?			
¿Cómo se interrelaciona con los demás procesos de la organización?			
¿Cómo contribuye su proceso a la política y objetivos de calidad de la organización y el direccionamiento estratégico?			
¿Quiénes participan en la realización de su proceso?			
¿Qué recursos utiliza para realizar el proceso?			
¿Que entradas y de cual(es) proceso(s) ó proveedores los recibe para realizar sus actividades?			
¿Que salidas / servicio se generan de la realización de su proceso y con cual(es) proceso(s) se relaciona?			
¿Con cuáles requisitos de la norma se relaciona el proceso?			
¿Con qué documentación cuenta para apoyar la realización de su proceso?			
<b>HACER</b>			
¿Cómo realizó el proceso de Direccionamiento Estratégico en la empresa?			
<b>POLITICA DE CALIDAD</b>			
¿Cómo se definió la política de calidad?			
¿Cómo se difundió al interior de la Organización?			
¿Cada cuánto es revisada para su continua adecuación?			
¿Qué objetivos de calidad se definieron?			
¿Cómo se relacionan su proceso con la política de calidad?			

C: CUMPLE

NC: NO CUMPLE

<b>COMPROMISO DE LA DIRECCION</b>			
¿Cómo evidencia su compromiso con el desarrollo e implementación del SGC?			
¿Cómo comunica a la organización la importancia de satisfacer los requisitos del cliente, legales y reglamentarios?			
¿Cómo asegura la disponibilidad de recursos para los diferentes procesos y para el SGC?			
¿Cómo evidencia el compromiso con la mejora?			
<b>ENFOQUE AL CLIENTE</b>			
¿Cómo asegura que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el fin de aumentar la satisfacción del cliente?			
<b>PLANIFICACION</b>			
¿Cómo realizaron la planificación del SGC?			
¿Qué procesos se han identificado en el SGC?			
¿Cómo interaccionan estos procesos?			
¿Cómo controlan y hacen seguimiento a los procesos?			
¿Cómo analizan los resultados de seguimiento y control de los procesos?			
¿Cómo se mejoran los procesos y el SGC?			
¿Qué metodología tienen establecida para la Planificación de Cambios?			
<b>RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD</b>			
Cómo han definido la Responsabilidad y Autoridad en la empresa?			
Cómo está definida la Responsabilidad y Autoridad del personal que controla la calidad del servicio?			

C: CUMPLE

NC: NO CUMPLE

<b>REPRESENTANTE DE LA DIRECCION</b>		
¿Cómo mantiene informada a la Gerencia sobre el desempeño del SGC?		
<b>COMUNICACIÓN INTERNA</b>		
¿Qué canales de comunicación se han definido al interior de la Organización?		
¿Los mecanismos utilizados aseguran la eficacia del SGC?		
<b>REVISION GERENCIAL</b>		
Verificar frecuencias realización		
Verificar información de entrada		
¿Que acciones correctivas y preventivas han determinado en las reuniones de Revisión Gerencial?		
¿Los resultados incluyen decisiones y acciones de mejora para el SGC, procesos, servicio y necesidades de recursos?		
¿Que conoce acerca del control de documentos?		
¿Que conoce y gestiones se realizan para el control de registros?		
<b>VERIFICAR</b>		
¿Qué mecanismos de seguimiento y/o verificación tiene su proceso?		
¿Qué indicadores le permiten hacer seguimiento a su proceso?		
¿Qué auditorias se han realizado a su proceso?		
<b>ACTUAR</b>		
¿Qué acciones correctivas ha implementado en su proceso?		
¿Qué acciones preventivas ha implementado en su proceso?		
¿Que mejoras ha implementado en su proceso?		
<b>OBSERVACIONES</b>		

C: CUMPLE

NC: NO CUMPLE



## PROCESOS MISIONALES

- Gestión Comercial**   
  **Laboratorio Clínico**   
  **Fisioterapia**  
 **Odontología General**   
  **Odontología especializada**

PREGUNTAS	C	NC	OBSERVACIONES
<b>PLANEAR</b>			
¿Cuál es el objetivo de su proceso / subproceso?			
¿Cómo se interrelaciona con los demás procesos de la organización?			
¿Cómo contribuye su proceso a la política y objetivos de calidad de la organización y el direccionamiento estratégico?			
¿Quiénes participan en la realización de su proceso?			
¿Qué recursos utiliza para realizar el proceso?			
¿Que entradas y de cual(es) proceso(s) ó proveedores los recibe para realizar sus actividades?			
¿Que salidas / servicio se generan de la realización de su proceso y con cual(es) proceso(s) se relaciona?			
¿Con cuáles requisitos de la norma se relaciona el proceso?			
¿Con qué documentación cuenta para apoyar la realización de su proceso?			
<b>HACER</b>			
<b>REQUISITOS DEL SERVICIO</b>			
¿Como se determinan los requisitos relacionados con el servicio?			
¿Que requisitos se han identificado relacionados al servicio (incluyendo requisitos especificados por el cliente, legales y cualquier otro definido por la misma organización)?			
<b>REVISION DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO</b>			
¿Cómo se revisan los requisitos del cliente relacionados con el servicio antes de su aceptación?			

C: CUMPLE

NC: NO CUMPLE

PREGUNTAS	C	NC	OBSERVACIONES
<b>PLANEAR</b>			
¿Cómo se confirman los requisitos del cliente cuando este no los proporciona por escrito?			
¿Como se manejan al interior de la organización los cambios en los requisitos del servicio?			
<b>COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE</b>			
¿Qué canales de comunicación se han establecido con el cliente para dar información del servicio, contratos, atención a solicitudes, retroalimentación, quejas?			
<b>SATISFACCION DEL CLIENTE</b>			
¿Qué mecanismos de medición de la percepción del cliente se tienen establecidos?			
¿Cómo es el manejo a quejas y retroalimentación del cliente durante la prestación del servicio?			
¿Que conoce acerca del control de documentos?			
¿Que conoce y gestiones se realizan para el control de registros?			
<b>VERIFICAR</b>			
¿Qué mecanismos de seguimiento y/o verificación tiene su proceso?			
¿Qué indicadores le permiten hacer seguimiento a su proceso? Ver cumplimiento de objetivos			
¿Qué auditorias se han realizado a su proceso?			
<b>ACTUAR</b>			
¿Qué acciones correctivas ha implementado en su proceso?			
¿Qué acciones preventivas ha implementado en su proceso?			
¿Que mejoras ha implementado en su proceso?			

C: CUMPLE

NC: NO CUMPLE



**LISTA DE CHEQUEO PARA LA  
AUDITORIA DE PROCESOS  
MISIONALES**

CÓDIGO: FR-MC-  
10

VERSIÓN: 01

Página 3 de  
248

PREGUNTAS	C	NC	OBSERVACIONES
<b>PLANEAR</b>			
OBSERVACIONES			

C: CUMPLE

NC: NO CUMPLE

**PROCESOS DE SOPORTE**

- Talento Humano**     **Mejora Continua**  
 **Control de Infraestructura**     **compras**

PREGUNTAS	C	NC	OBSERVACIONES
<b>PLANEAR</b>			
¿Cuál es el objetivo de su proceso / subproceso?			
¿Cómo se interrelaciona con los demás procesos de la organización?			
¿Cómo contribuye su proceso a la política y objetivos de calidad de la organización y el direccionamiento estratégico?			
¿Quiénes participan en la realización de su proceso?			
¿Qué recursos utiliza para realizar el proceso?			
¿Que entradas y de cual(es) proceso(s) ó proveedores los recibe para realizar sus actividades?			
¿Que salidas / servicio se generan de la realización de su proceso y con cual(es) proceso(s) se relaciona?			
¿Con cuáles requisitos (legales, ISO 9001, etc) se relacionan con el proceso?			
¿Con qué documentación cuenta para apoyar la realización de su proceso?			
<b>HACER</b>			
<b>PLANIFICACION DEL SERVICIO</b>			
¿Cómo se planifica la prestación del servicio?			
¿Qué controles se ha previsto aplicar durante el proceso?			
¿Qué parámetros de proceso se controlan durante la prestación del servicio?			
¿Qué características del producto /servicio se controlan durante la prestación del mismo?			

C: CUMPLE

NC: NO CUMPLE



**LISTA DE CHEQUEO PARA LA AUDITORIA DE PROCESOS DE SOPORTE**

CÓDIGO: FR-MC-11

VERSIÓN: 01

Página 2 de 248

PREGUNTAS	C	NC	OBSERVACIONES
<b>PLANEAR</b>			
¿En dónde se ha definido la frecuencia y criterios de aceptación asociados a estos controles?			
¿Cómo se controla la calidad del servicio / servicio final?			
¿Qué registros se conservan como evidencia de la aplicación de estos controles?			
<b>CONTROL DEL PROCESO</b>			
¿En qué documentos se encuentra establecidos los controles a ejercer durante la prestación del servicio?			
¿Que tipos de controles se tienen establecidos?			
<b>RECORRIDO / VERIFICACION DEL PROCESO</b>			
Verificar el cumplimiento de los requisitos de control establecido en el plan de calidad			
Verificar el control de servicio no conforme			
Registrar instrumentos de medición utilizados y verificar su control Metrológico (si aplica)			
Anotar personas que realizan trabajos que afectan la calidad del servicio para revisar su competencia.			
Identificar compras críticas para verificar controles a las compras y proveedores			
Registrar equipos críticos para verificar su mantenimiento			
Verificar el acceso o la disponibilidad a copias controladas de los documentos que describen la forma de prestación del servicio y anotar su versión para cruzar la información con el Listado Maestro de documentos.			
Verificar que estos procedimientos se estén aplicando.			
Verificar como se controlan los parámetros del proceso o características de calidad del servicio / servicio durante las diferentes etapas del proceso			

C: CUMPLE

NC: NO CUMPLE



**LISTA DE CHEQUEO PARA LA  
AUDITORIA DE PROCESOS DE  
SOPORTE**

CÓDIGO: FR-MC-  
11

VERSIÓN: 01

Página 3 de  
248

PREGUNTAS	C	NC	OBSERVACIONES
<b>PLANEAR</b>			
Verificar que se estén diligenciando los registros que evidencien las actividades de control del proceso relacionadas en los procedimientos o planes de calidad.			
Verificar que se estén cumpliendo las reglamentaciones obligatorias definidas por el gobierno (ministerio, entidad reguladora, etc.)			
Verificar que se disponga de los recursos relacionados en los instructivos y demás documentos.			
Identificar bienes que sean propiedad del cliente, los controles establecidos y Verificar que se estén cumpliendo			
¿Que conoce acerca del control de documentos?			
¿Que conoce y gestiones se realizan para el control de registros?			
<b>VERIFICAR</b>			
¿Qué mecanismos de seguimiento y/o verificación tiene su proceso?			
¿Qué indicadores le permiten hacer seguimiento a su proceso? Ver cumplimiento de objetivos			
¿Qué auditorias se han realizado a su proceso?			
<b>ACTUAR</b>			
¿Qué acciones correctivas ha implementado en su proceso?			
¿Qué acciones preventivas ha implementado en su proceso?			
¿Que mejoras ha implementado en su proceso?			
OBSERVACIONES			

C: CUMPLE

NC: NO CUMPLE

## **Anexo M. Informe de Auditoría**

**1. EMPRESA:** CLINISALUD

**2. CIUDAD:** SOCORRO

**3. OBJETIVO DE LA AUDITORIA:** Evaluar el cumplimiento de los requisitos establecidos por la norma NTC ISO 9001:2000, los definidos por la organización y los legales reglamentarios así como su implementación y eficacia, con el fin de identificar oportunidades de mejora.

**4. TIPO DE AUDITORIA:**

Auditoria de verificación del cumplimiento de los requisitos establecidos por la norma NTC ISO 9001:2000 en todos los procesos identificados en el alcance del Sistema de Gestión de Calidad.

**5. ALCANCE:**

La auditoria se realizará a todos los procesos identificados dentro del Sistema de Gestión de Calidad.

**6. FECHA DE LA AUDITORIA:** Abril 10 y 11 de 2008.

**7. IDENTIFICACION DEL EQUIPO AUDITOR**

Auditor Líder: Ing Lina María Africano Díaz.

Audidores observadores:

Proceso Planeación Estratégica: Graciela Silva, Ivonne Murcia

Proceso Mejora Continua: Yolanda García, Graciela Silva.

Proceso Gestión Comercial: Ivonne Murcia

Proceso Odontología General: Yolanda García, Ivonne Murcia.

Proceso Talento Humano: Ivonne Murcia

Proceso Control de infraestructura: Yolanda García, Ivonne Murcia

Proceso odontología Especializada: Ivonne Murcia.

Proceso laboratorio Clínico: Ivonne Murcia

Proceso Fisioterapia: Ivonne Murcia

Proceso Compras: Ivonne Murcia

Proceso mejora Continua: Dr Oscar Pérez

**8. DESARROLLO DE LA AUDITORIA**

**PROCESO:** PROCESO PLANEACION ESTRATEGICA

**PERSONAL AUDITADO:** DR. VICTOR HUGO DUARTE- GERENTE GENERAL.

**FORTALEZAS:**

- Identifica adecuadamente el objetivo de su proceso y la interacción que tiene con los demás procesos de la organización.
- Reconoce su responsabilidad en la definición de la política de calidad de la institución.
- Se evidencia difusión de la política de calidad y la evaluación relacionada con todo el personal de Clinisalud.
- Se realiza retroalimentación por parte del proceso comercial y se deja evidencia de las decisiones tomadas para el direccionamiento de la organización.
- Identifica adecuadamente con qué documentación cuenta para apoyar el desarrollo de su proceso.
- Conoce la metodología que se tiene establecida para la planificación de cambios.
- Se tiene definida la responsabilidad y autoridad en la empresa la cual incluye todo el personal que controla la calidad del servicio.
- Identifica adecuadamente los canales de comunicación apropiados que aseguran la eficacia del SGC.
- En la carpeta de documentos del punto de uso se evidencia las funciones del personal relacionado con el proceso.
- Se ha hecho la adecuada actualización de los servicios habilitados incluidos en el alcance del sistema.

**DEBILIDADES**

- No se evidencia en el mapa de procesos retroalimentación de los procesos misionales ni del cliente.
- El periodo para la definición de la política de calidad no concuerda con la matriz de revisión OD-PE-03 lo cual se requiere modificación de dicho documento dado que cualquier modificación se realice al sistema debe ser coherente con la Política de Calidad.
- No evidencia acta de revisión por la dirección utilizando los datos arrojados por la pre-auditoria realizada por QEC LTDA.
- No se evidencia plan estratégico anual que permita determinar actividades para mejorar el sistema.

**ACCIONES POR GENERAR:**

**ACCION CORRECTIVA 1:** El documento OD-PE-03 que corresponde a la Matriz de la Dirección, no cuenta con la normalización adecuada establecida en el control de documentos PR-MC-01 y el instructivo para elaborar documentos IN-MC-01, contraviniendo 4.2.3 de la norma ISO 9001:2000..

**OBSERVACIONES:**

- Se recomienda retomar el análisis DOFA de la organización como herramienta de mejoramiento.
- Se debe analizar la tendencia que se maneja en el indicador IG-PE-01 quien a pesar de cumplir con la meta tiende a disminuir su cumplimiento.

**PROCESO:** MEJORA CONTINUA

**PERSONAL AUDITADO:** IVONNE MURCIA- COORDINADORA DE CALIDAD

**FORTALEZAS:**

- Identifica plenamente el objetivo del proceso y como contribuye este con el cumplimiento de la política de calidad de la institución.
- Se maneja adecuadamente la documentación generada y reconoce los requisitos legales y de la norma aplicables a la entidad.
- Se evidencia que la política de calidad es publicada e identificada fácilmente por el proceso correspondiente.
- Se evidencia seguimiento mensual en medio magnético de las quejas generadas mensualmente.
- Se hace verificación de la compra de la Norma NTC ISO 9001 a ICONTEC en el formato control de documentos externos lo cual se evidencia adecuadamente.
- Generación de todos los procedimientos, formatos y registros que soportan adecuadamente el control de los procesos y el seguimiento apropiado.
- Se entrevista a Jennifer Pedraza asistente de calidad quien identifica claramente el alcance del sistema, la política de calidad y el control de documentos.

**DEBILIDADES**

- Se encuentra que algunas actividades de la caracterización no cuenta con un registro de soporte adecuado.
- Se evidencia en el Listado Maestro de Documentos OD-MC-02 información incompleta relacionada con la aprobación de algunos documentos.
- En el procedimiento de auditoria interna se evidencia en documentos de guía incoherencia entre el código definido en el procedimiento y el documentado en el Listado Maestro de documentos.
- Personal que tiene relación directa con el manejo de documentos externos titubea en el manejo de dicha documentación.
- Algunos indicadores de gestión no cuentan con una meta acorde para un análisis adecuado.
- Se entrevista a JOHANA PULIDO Recepcionista quien no identifica claramente el manejo adecuado de las quejas en cuanto a su consignación y titubea en casos especiales para la asignación de citas se requiere reforzar manejo adecuado de este tipo de casos por parte de su jefe inmediato.
- 

**ACCIONES POR GENERAR:**

**ACCION CORRECTIVA 2:** Se evidencia que en el procedimiento PR-LC-03 Colesterol, del proceso de Laboratorio Clínico y en el OD-TH-02 Listado Maestro de Talento Humano, del proceso de Talento Humano, existe una falla en el control de documentos, lo cual contraviene con el numeral 4.2.3 de la NTC ISO 9001:2000, el cual menciona que los documentos requeridos por el Sistema de Gestión de la Calidad deben controlarse y deben estar disponibles en los puntos de uso.

**OBSERVACIONES:**

- Se recomienda hacer revisión de la caracterización del proceso OD-MC-01 definiendo adecuadamente las entradas, las actividades y los registros de soporte de dichas actividades adecuadamente.
- Se recomienda verificar la tendencia de los indicadores del proceso y la definición adecuada de las metas para que sean acordes con el análisis respectivo.
- Se recomienda imprimir el documento OD-MC-03 para poder recuperarlo fácilmente.
- En los renglones 73 y 74 Listado Maestro de Documentos OD-MC-02 se evidencia el mismo código.
- Se recomienda normalizar el control interno que se lleva de las quejas indicador IG-

MC-04 Trámite de quejas.

- Se recomienda servir de soporte para el análisis de las metas asociadas con los indicadores de los diferentes procesos así como para la definición adecuada de registros de soportes identificados en las diferentes caracterizaciones de procesos.
- Se recomienda generar el SIAU y mostrar evidencia de la creación de alianza de usuarios.

**PROCESO:** ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA

**PERSONAL AUDITADO:**

DR VICTOR HUGO DUARTE –ODONTOLOGO ESPECIALISTA ORTODONCISTA  
CLAUDIA GALLO- AUXILIAR DE ODONTOLOGIA

**FORTALEZAS:**

- Se verifica manejo de formato FR-OE-02 y se evidencia manejo adecuado.
- Se evidencia cumplimiento de procedimiento PR-OE-04 Control de ortodoncia se verifican firmas y se dan recomendaciones para higiene oral.
- Se verifica cumplimiento Manual de Bioseguridad por parte del proceso 4.6.2.a precauciones para el ambiente de los consultorios, se entrevista a Auxiliar sobre manejo de desechos lo cual sustenta adecuadamente.
- Existe garantía de 24 horas en caso de reincidencia para implementar el procedimiento.

**DEBILIDADES**

- En auditoria no se puede identificar si el resto de integrantes del proceso implementan adecuadamente los procedimientos y registros necesarios.

**ACCIONES POR GENERAR:**

**ACCION DE MEJORA:** Implementar el comité de vigilancia epidemiológica COVE, identificando eventos adversos con el fin de dar informe oportuno a la Secretaría de Salud según la legislación vigente.

**OBSERVACIONES:**

- Se recomienda hacer la revisión del indicador IG-OE-04 el cual evidencia gráficamente que no se encuentra en los límites establecidos aunque el hecho de estar por encima de la meta demuestra eficiencia en el servicio se requiere definir en Observaciones del indicador que sucede en los casos en los cuales los datos se encuentran fuera de los límites establecidos.
- se recomienda en la planificación del sistema incluir el total de los indicadores generados para el proceso.

**PROCESO:** ODONTOLOGIA GENERAL

**PERSONAL AUDITADO:** DR OSCAR PEREZ – ODONTOLOGO GENERAL  
CRISTINA BLANCO – AUXILIAR DE ODONTOLOGIA  
DRA MAYERLY NIÑO- ODONTOLOGO GENERAL

**FORTALEZAS:**

- Se pudo evidenciar el adecuado manejo del procedimiento de acuerdo al documento PR-OD-08 Resina de una superficie.
- El líder de proceso identifica adecuadamente el objetivo de su proceso y de su contribución con el Sistema de gestión de la institución
- Se maneja adecuado ambiente de trabajo
- Implemente adecuadamente el Manual de bioseguridad establecido.
- Se verificó con la Dra Mayerly Juliana Niño Díaz la aplicación del procedimiento RESINA DE UNA SUPERFICIE en la paciente IVONNE MURCIA evidenciando un manejo adecuado a lo enunciado en el procedimiento PR-OD-08. La auxiliar Sandra Rueda implementa adecuadamente el Manual de bioseguridad y el manejo de registros

**DEBILIDADES**

- Durante la atención a un paciente el Odontólogo general olvida dar instrucciones al paciente al finalizar el procedimiento.
- En el formato FR-OD-07 relacionado con el paciente Gerardo Rangel Velásquez se evidencia la no utilización de corrector en la fecha de evolución del tratamiento de acuerdo con el procedimiento control de registros.
- Se indaga con la auxiliar de odontología sobre el manejo en los tiempos de archivo activo y muerto pero no conoce con certeza los tiempos definidos para los registros que se manejan en el proceso.
- En el procedimiento de urgencias PR-OD-07 se incluye el formato FR-OC-08 el cual no concuerda con el listado Maestro de documentos quien enuncia con igual codificación el formato de Derechos y deberes de pacientes.
- Se encuentran enmendaduras en valoraciones evidencia Historia Clínica Héctor Gonzalo Caballero en el espacio de antecedente médico. Se requiere evaluar pausadamente cada aspecto.

**ACCIONES POR GENERAR:**

**ACCION DE MEJORA:** Solicitar al Proceso de Compras silla apropiadas en los consultorios para las auxiliares de odontología.

**OBSERVACIONES:**

- Durante la auditoria no se pudo identificar la atención de algún paciente de Clinisalud ni como afiliado ni como beneficiario.
- En el procedimiento PR-OD-11 Ionómero de vidrio aparece en la actividad 18 que inmediatamente se lleva el instrumental a esterilización pero la actividad real es que al finalizar la jornada de la mañana y la tarde se realiza la esterilización de los equipos.

**PROCESO:** TALENTO HUMANO

**PERSONAL AUDITADO:** Dra LUZ ALBA DUARTE- JEFE DE TALENTO HUMANO

**FORTALEZAS:**

- Se verifica que DIANA CAROLINA GONZALEZ personal de servicios generales se encuentra en el cronograma OD-TH-03 en cuanto al manejo del Manual de Bioseguridad de la institución.

- La líder del proceso identifica mecanismos de seguimiento y medición del proceso, junto con la política de calidad y como contribuye su proceso al cumplimiento.

- Se tiene fácilmente identificable y recuperables los registros de los empleados y sus respectivas Hojas de vida.

**DEBILIDADES:**

-Se verifica hoja de vida de Jennifer Pedraza asistente de calidad se compara con perfil requerido y se encuentra que no cuenta con soporte de experiencia y que no se ha realizado periodo de prueba trimestral. Personal que ingresa en enero de 2008.

- se verifica el procedimiento respectivo y se encuentra en la actividad 11 la referencia de Otros documentos los cuales no concuerdan con el listado maestro de documentos OD-MC-02.

- Se verifica en el OD-TH-02 el personal DIANA CAROLINA GONZALEZ, LILIANA GOMEZ y JOHANA PULIDO no aparecen en el listado.

- El Manual de funciones MA-TH-01 define en su objetivo solo las funciones del personal mas no la competencia necesaria para el cargo, además en el cargo de Recepcionista con el perfil de educación requerido cumpliría únicamente una de las recepcionistas dado que tras verificación de Hoja de vida de JOHANA PULIDO su formación técnica en diferente al requerido.

- No se conoce adecuadamente el procedimiento

**ACCIONES POR GENERAR:**

**ACCION CORRECTIVA 3:** Se evidencia que una vez realizada la evaluación de desempeño del personal de CLINISALUD, en Enero de 2008, no se han registrado en el formato FR-TH-04 Plan de Mejora, las acciones necesarias para el personal que obtuvo una calificación inferior al 80% lo cual incumple con el numeral 6.2.2.c de la norma ISO 9001:2000, donde se establece que se debe evaluar la eficacia de las acciones tomadas, para la competencia, toma de conciencia y formación del personal.

**ACCION DE MEJORA:** Mejorar el indicador de gestión IG-TH-03 debido a que se está calificando la competencia del personal y no la incompetencia.

**OBSERVACION**

- Actualizar el Listado Maestro de talento Humano y Cronograma de capacitaciones FR-TH-05.

- Actualizar la caracterización del proceso indicador de quejas identificar el signo menor e igual a 10%.

**PROCESO: CONTROL DE INFRAESTRUCTURA**

**PERSONAL AUDITADO:** GRACIELA SILVA- DIRECTORA ADMINISTRATIVA  
LILIANA GOMEZ – AUXILIAR ADMINISTRATIVA  
DIANA CAROLINA GONZALEZ- AUXILIAR SERVICIOS GRALES

**FORTALEZAS:**

- Se entrevista a DIANA CAROLINA GONZALEZ personal de servicios generales quien evidencia manejo adecuado de bolsas rojas y verdes.
- Se entrevista a LILIANA GOMEZ quien ratifica las acciones generadas en el proceso, además maneja adecuadamente el procedimiento de quejas y sugerencias de la entidad.
- La líder del proceso identifica claramente su contribución con el sistema y como su proceso contribuye con el cumplimiento de la política de calidad de la institución.
- Los controles generados en el proceso son minuciosos lo que permite hacer seguimiento adecuado al proceso.
- Se realiza verificación del cronograma de mantenimiento preventivo y de calibración OD-CI-04 se evalúa la ficha técnica del equipo 12000006 Unidad odontológica la cual presenta adecuadamente mantenimiento realizado por el señor Antonio Pinzón Pinzón.
- Se puede contar con un nuevo proveedor de servicios de mantenimiento en la ciudad se recomienda incluirlo en el listado de proveedor y realizar en el periodo establecidos su respectiva evaluación de proveedor

**DEBILIDADES**

- Se entrevista a DIANA CAROLINA GONZALEZ personal de servicios generales sobre el manejo de hipoclorito de sodio para lavar vasos con fluido biológicos y se encuentra dificultad en la identificación de la cantidad requerida se recomienda reforzar manejo de documento asociado OD-CI—03
- Tiempo prolongado para la búsqueda ante la solicitud de un documento por parte del líder del proceso.
- Se evidencia evaluación de proveedores de insumos más no de servicios se solicita realizar retroalimentación de los resultados y dejar evidencia.
- En el indicador IG-CI-01 Eficacia del mantenimiento no se evidencia periodo evaluada se identifica que su periodicidad es trimestral pero no se reconoce los meses involucrados dado que el resultado para el año 2007 fue 0.

**ACCIONES POR GENERAR:**

**ACCION CORRECTIVA 4:** Se evidencia que no se ha diligenciado el formato FR-CP-05 recepción de materiales del proveedor, para el Producto No Conforme generado por el proveedor JD, lo cual contraviene el numeral 8.3 de la norma ISO 9001:2000, el cual define que cuando se corrige un producto no conforme se debe someter a una nueva verificación para su conformidad con los requisitos.

**OBSERVACIONES**

- Se recomienda generar OD-CI-03 específicamente para los servicios que usan hipoclorito de sodio dado que la evidencia otorgada en el proceso de Laboratorio Clínico demuestra que no está normalizado de acuerdo a lo establecido previamente. Se recomienda imprimir el documento y anexarlo en la carpeta del proceso.

**PROCESO:** GESTION COMERCIAL

**PERSONAL AUDITADO:** YOLANDA GARCIA- COORDINADORA COMERCIAL  
YENNY CALA- ASESOR COMERCIAL

**FORTALEZAS:**

- Se reconoce adecuadamente la política de calidad, el objetivo del proceso y su contribución con el Sistema de Gestión de Calidad.
- Se mantiene evidencia de las decisiones tomadas junto con la gerencia para el direccionamiento en la parte comercial.
- Identifica adecuadamente el proceso para dar trámite a las quejas y reclamos en la institución.
- Se hace trazabilidad a la revinculación de Rosalbina Córdoba suscripción 22/03/07 su renovación es 2177 serial que concuerda con el formato de vinculado en trámite y se verifica la vinculación de Ana Victoria Bautista de Ardila con contrato 1010 del 18/01/07 quién realiza la renovación en el mes de enero número 1902.
- Se verifica si los datos arrojados por el sistema concuerda con el medio físico dado que han sido tomados para el cálculo de los indicadores respectivos lo cual indica que los valores son reales.

**DEBILIDADES**

- El gráfico del indicador IG-CI-02 Renovaciones no demuestra el valor real del mes de enero del 115.38% dado que aparece del 0%.
- No se está firmando los contratos de suscripción en la aprobación por parte de Clinisalud y la firma del asesor.
- No se está registrando en todos los formatos de preventa no cumplidos la información sobre la No aceptación de la vinculación o revinculación
- Los registros que soportan las actividades en la caracterización del proceso no están acorde como evidencia se debe hacer revisión para reajustar

**ACCIONES POR GENERAR:**

**ACCION CORRECTIVA 5:**

De acuerdo al numeral 8.2.1 la organización debe realizar seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización; se evidencia que en el caso de la Señora María del Carmen Cepeda con número de vinculación 1046 de Marzo de 2008, no se realizó la retroalimentación a la organización por parte del proceso de Gestión Comercial de los motivos por los cuales la cliente no hizo renovación.

**ACCION CORRECTIVA 6:**

Se evidencia que en el mes de abril no se ha generado el registro FR-GC-03 de Gestión Diaria del Asesor lo cual incumple con el numeral 4.2.4 de la norma ISO 9001:2000 que enuncia que los registros deben mantenerse para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad.

**ACCION DE MEJORA:** Para mejorar el nivel de revinculados de la actualización periódica de la información del vinculado

**OBSERVACIONES:**

- Mejorar el nombre de la evidencia dado que genera incongruencia al determinar el mismo nombre de acta de revisión por parte de la dirección que se realiza trimestralmente, se sugiere nombre carta con visto bueno o negación por parte de la gerencia.
- De acuerdo con el procedimiento PR-GC-03 en la actividad 1 se identifica que se extrae el primer día hábil del mes un informe del sistema en el momento no se está

imprimiendo se recomienda hacerlo.

- Se sugiere generar por parte del proceso el consolidado de quejas generadas por cada proceso.

**PROCESO:** COMPRAS

**PERSONAL AUDITADO:** GRACIELA SILVA

**FORTALEZAS:**

- Identifica su ubicación en el Mapa de procesos
- Se puede contar con el servicio de mantenimiento en la ciudad del socorro se evidencia hoja de vida y de servicios del ingeniero de mantenimiento industrial y hospitalario que puede ofrecer prontitud de respuesta ante alguna solicitud.

**DEBILIDADES**

- No se cuenta con un listado de proveedores que contemple proveedores ocasionales.
- No se ha hecho retroalimentación de resultados de la calificación de proveedores
- No se ha realizado evaluación de proveedores de servicios.
- Los registros que evidencian soporte de las actividades del PHVA en la caracterización deben ser coherentes y fácilmente recuperables.

**ACCIONES POR GENERAR:**

No se detecta acción en el desarrollo de la auditoria.

**OBSERVACIONES:**

- Verificar en la fórmula de los indicadores IG-CP-01 y IG-CP-02 la multiplicación por 100 para tener coherencia con el resultado otorgado en porcentaje.
- Generar acción correctiva internamente por situación presentada por la llave del agua del segundo piso quien permaneció abierta en la noche y afectó la infraestructura del primer piso.

**PROCESO:** FISIOTERAPIA

**PERSONAL AUDITADO:** DRA SOLIS GALVIS – FISIOTERAPEUTA

**FORTALEZAS:**

- Conoce el objetivo del proceso y el impacto que tiene en el SGC
- Cuenta con una infraestructura adecuada para ofrecer un adecuado servicio
- Conocen el manejo adecuado de las quejas
- Maneja adecuadamente el control de documentos y registros
- Mantiene actualizada la hoja de vida de los equipos.
- Cuenta con la documentación adecuada para controlar el proceso
- 

**DEBILIDADES**

NO SE IDENTIFICAN

**ACCIONES POR GENERAR:**

**ACCION DE MEJORA:** Realizar un curso de Excel internamente para los líderes de los procesos, con el fin de enseñar el manejo gráfico de los indicadores

**ACCION DE MEJORA:** Generar planes estratégicos para impulsar a los vinculados a tomar los servicios de Fisioterapia dado que se cuenta con la infraestructura adecuada y personal calificado, pero el número de pacientes es mínimo.

**OBSERVACIONES**

- Cambiar en el manual de bioseguridad en el 4.6.3.a el término área odontológica por fisioterapia.
- Evidenciar como acción de mejora la compra en el mes de enero de 3 paquetes de cables de tens como mejoramiento de equipos para contrarrestar fallas en caso que las actuales afecten la prestación del servicio.

**PROCESO:** LABORATORIO CLINICO

**PERSONAL AUDITADO:** DRA LUZ ALBA DUARTE- BACTERIOLOGA  
NUBIA GALVIS – AUXILIAR DE BACTERIOLOGIA

**FORTALEZAS:**

- Conoce el impacto que tiene el proceso en el SGC y el objetivo del proceso
- Cuenta con infraestructura adecuada para evidenciar confiabilidad en los resultados arrojados.
- Revisa adecuadamente los requisitos del cliente antes de la prestación del servicio.
- Reconoce el trámite correspondiente para confirmar los requisitos del cliente cuando este no los proporciona por escrito.
- Implementa adecuadamente el Manual de bioseguridad
- Maneja adecuadamente el control de documentos y registros.
- Se entrevista a NUBIA GALVIS quien evidencia manejo adecuado de los formatos
- Se cuenta con un cuaderno exclusivo para los pacientes atendidos de CLINISALUD

**DEBILIDADES**

- En el momento de la auditoria no se han implementado acciones de mejora.
- No se reconoce adecuadamente el procedimiento de quejas y sugerencias de la organización.
- No identifica claramente el tiempo de retención en archivo muerto de los registros asociados al proceso.
- No se ha incluido en el cronograma de mantenimiento el realizado por el técnico en el mes de enero verificar registros asociados si fueron generados.
- No se encuentra actualizado el formato de control de temperatura.
- Los registros de soporte de cada actividad referenciada en la caracterización del proceso OD-LC-01 no suministra adecuada evidencia se recomienda revisar el documento.

**ACCIONES POR GENERAR:**

**ACCION DE MEJORA:** Normalizar la preparación del hipoclorito de sodio para las actividades exclusivas del laboratorio y el formato de control de temperatura

**OBSERVACIONES:**

- Realizar modificación en el Manual de funciones de la auxiliar de bacteriología dado que aparece el término odontología y es bacteriología.
- Generar un curso de Excel internamente con el fin de enseñar el manejo gráfico de los indicadores
- Ampliar el margen de temperatura para el mantenimiento de muestras en caso de que el análisis no pueda realizarse inmediatamente dado que evidencia temperatura exclusiva de 4°C y el lapso puede estar entre 4 y 10°C

INFORME SUMINISTRADO EL 12 DE ABRIL DE 2008.

ING LINA MARIA AFRICANO DIAZ  
CONSULTORA QEC LTDA

## Anexo N. Propuesta de Otorgamiento



**ICONTEC**  
INTERNATIONAL

155-cd-8284

Bucaramanga, Abril 14 de 2008

Doctor(a)  
**VICTOR HUGO DUARTE GALVIS**  
Gerente  
**CLINISALUD**  
Calle 13 No. 14-32  
Socorro

Tenemos el agrado de presentar la propuesta de prestación de nuestro servicio de certificación del sistema de gestión de calidad ISO 9001:2000.

La aceptación de su organización de nuestra propuesta será confirmada al devolvernos debidamente firmada la solicitud de certificación, presentada en el anexo.

Adicionalmente, le solicitamos nos confirme la disponibilidad de su organización para efectos de programar la realización de la etapa 1 de la auditoría y remitirnos un Certificado de existencia y representación legal con fecha de expedición no mayor a 30 días.

Reciba un atento saludo y nuestro agradecimiento por la confianza depositada en ICONTEC para la prestación de este servicio y el contar dentro de nuestros clientes con su organización.

Atentamente,

**GLORIA STELLA SARMIENTO GAONA**  
Directora Regional  
ICONTEC

Anexos: (Propuesta, Solicitud de Certificación y Reglamento R-SG-01)

MEMBRAS DE LA RED



BIT 842 872 336-1

**BOGOTÁ**  
Carrera 37 No. 12 - 91  
Tel: (1) 485 8888  
bogota@icontec.org

**COLOMBIA**  
Tel: (57) 2 277 7684  
colombia@icontec.org

**BOGOTÁ**  
Tramontana 52 No. 38 - 91  
Tel: (1) 267 8822  
bogota@icontec.org

**PERÚ**  
Tel: (51) 448 948  
peru@icontec.org

**CHILE**  
Avenida Maipo 408-30  
Tel: (56) 2 244 6528  
chile@icontec.org

**CHILE**  
Tel: (56) 2 244 6528  
chile@icontec.org

**SABANILLA**  
Carrera 54 No. 38 - 48  
Tel: (5) 268 4818  
sabanilla@icontec.org

**CHILE**  
Tel: (56) 2 244 6528  
chile@icontec.org

**BOGOTÁ**  
Carrera 5 No. 16-38  
Tel: (1) 851 3444 ext 154  
bogota@icontec.org

**PANAMÁ**  
Tel: (507) 268 2400  
panama@icontec.org

**BUCARAMANGA**  
Calle 42 No. 38 - 9  
Tel: (7) 42 9528  
bucaramanga@icontec.org

**EL SALVADOR**  
Tel: (503) 228 9032  
elsalvador@icontec.org

**ASUNCIÓN**  
Carrera 44 No. 23 - 5, Piso 2  
Edificio Cultura de Comercio  
Tel: (5) 86 1623  
asuncion@icontec.org

**GUATEMALA**  
Tel: (502) 238 8480  
guatemala@icontec.org

**BOGOTÁ**  
Carrera 3 No. 42-47  
Tel: (1) 861 3646  
bogota@icontec.org

**COLOMBIA**  
Tel: (57) 2 277 7684  
colombia@icontec.org

**COLOMBIA**  
Carrera 7 No. 6 - 38 Carrera  
de Comercio del Centro  
Tel: (1) 884 9272  
medellan@icontec.org

**COLOMBIA**  
Tel: (57) 2 277 7684  
colombia@icontec.org

**COLOMBIA**  
Carrera 27 No. 23 - 41  
Edificio San Pedro, Zona 8004  
Tel: (1) 884 9272  
medellan@icontec.org

**COLOMBIA**  
Tel: (57) 2 277 7684  
colombia@icontec.org

**COLOMBIA**  
Edificio Cultura de Comercio  
Calle 18 No. 38-38, Piso 2  
Tel: (1) 861 3646  
bogota@icontec.org

**COLOMBIA**  
Tel: (57) 2 277 7684  
colombia@icontec.org

**COLOMBIA**  
Carrera 27 No. 23 - 41  
Edificio San Pedro, Zona 8004  
Tel: (1) 884 9272  
medellan@icontec.org

**COLOMBIA**  
Tel: (57) 2 277 7684  
colombia@icontec.org

**COLOMBIA**  
Edificio Cultura de Comercio  
Calle 18 No. 38-38, Piso 2  
Tel: (1) 861 3646  
bogota@icontec.org

**COLOMBIA**  
Tel: (57) 2 277 7684  
colombia@icontec.org

**COLOMBIA**  
Carrera 27 No. 23 - 41  
Edificio San Pedro, Zona 8004  
Tel: (1) 884 9272  
medellan@icontec.org

**COLOMBIA**  
Tel: (57) 2 277 7684  
colombia@icontec.org

**COLOMBIA**  
Edificio Cultura de Comercio  
Calle 18 No. 38-38, Piso 2  
Tel: (1) 861 3646  
bogota@icontec.org

**COLOMBIA**  
Tel: (57) 2 277 7684  
colombia@icontec.org

**COLOMBIA**  
Carrera 27 No. 23 - 41  
Edificio San Pedro, Zona 8004  
Tel: (1) 884 9272  
medellan@icontec.org

**COLOMBIA**  
Tel: (57) 2 277 7684  
colombia@icontec.org

**COLOMBIA**  
Edificio Cultura de Comercio  
Calle 18 No. 38-38, Piso 2  
Tel: (1) 861 3646  
bogota@icontec.org

**COLOMBIA**  
Tel: (57) 2 277 7684  
colombia@icontec.org

**COLOMBIA**  
Carrera 27 No. 23 - 41  
Edificio San Pedro, Zona 8004  
Tel: (1) 884 9272  
medellan@icontec.org

**COLOMBIA**  
Tel: (57) 2 277 7684  
colombia@icontec.org





**ICONTEC**  
INTERNATIONAL

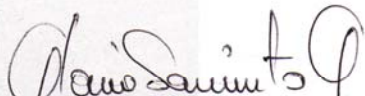
**LA DIRECTORA REGIONAL ORIENTE**

**HACE CONSTAR**

*Que la empresa **CLINISALUD** con NIT .911.052.404-1 tiene programada la auditoria de Otorgamiento para el cumplimiento del Sistema de Gestión de Calidad con los requisitos de la norma NTC- ISO 9001:2000, para llevarse a cabo el 11 de Junio de 2008, cuyo alcance propuesto es: **Servicios de Odontología general y Odontología especializada. ( Rehabilitación oral, ortopedia, ortodoncia, periodoncia y endodoncia ) y laboratorio clínico.***

*Se expide a solicitud del interesado a los dieciséis (16) días del mes de Abril de Dos Mil Ocho (2008).*

*Atentamente,*

  
**GLORIA S. SARMIENTO GAONA**  
Directora  
Regional Oriente

MIEMBRO DE LA RED



NIT 860.012.336-1

**BOGOTÁ**  
Carrera 27 No. 53 - 95  
Tel: (1) 481 8888  
bogota@icontec.org

**MEDELLÍN**  
Transversal 50 No. 29-39  
Tel: (4) 298 8022  
medellin@icontec.org

**CALLI**  
av. 4A Norte No. 458-30  
Tel: (2) 444 4022  
calli@icontec.org

**BARRAQUILLA**  
Carrera 54 No. 74 - 68  
Tel: (5) 362 4096  
barraquilla@icontec.org

**NEIVA**  
Carrera 5 No. 10-38  
Tel: (8) 80 3644 ext. 124  
neiva@icontec.org

**BUCARAMANGA**  
Calle 42 No. 28 - 89  
Tel: (7) 832 9200  
bucaramanga@icontec.org

**ARMENIA**  
Carrera 14 No. 23 - 15, Piso 2  
Edificio Cámara de Comercio  
Tel: (6) 941 4423  
armenia@icontec.org

**IBAGUÉ**  
Carrera 7 No. 42-47  
Tel: (8) 265 3646  
ibague@icontec.org

**POPAYÁN**  
Carrera 7 No. 4 - 36 Cámara  
de Comercio del Cauca  
Tel: (9) 406 3625  
popayan@icontec.org

**MANIZALES**  
Carrera 23 No. 25 - 61  
Edificio Don Pedro, Oficina 1004  
Tel: (6) 884 9172  
manizales@icontec.org.co

**PASTO**  
Edificio Cámara de comercio  
Calle 10 N° 26-44, Piso 2  
Tel: (2) 731 6093  
pasto@icontec.org

**CARTAGENA**  
Avda. Via Municipal Km 5  
Sector Puerto de Hierro.  
Tel: (5) 648 5408 Ext 07  
cartagena@icontec.org

**ECUADOR**  
Tel: (93) 271 227 7686  
ecuador@icontec.org

**PERÚ**  
Tel: (51) 440 1149  
peru@icontec.org

**CHILE**  
Tel: (562) 657 8908  
chile@icontec.org

**PANAMÁ**  
Tel: (507) 360 2400  
panama@icontec.org

**EL SALVADOR**  
Tel: (503) 228 9572  
elsalvador@icontec.org

**GUATEMALA**  
Tel: (502) 238 6885  
guatemala@icontec.org

**COSTA RICA**  
Tel: (506) 294 9923  
costarica@icontec.org

**REPÚBLICA DOMINICANA**  
Tel: (1) (809) 545 4309  
republicadominicana@icontec.org

**HONDURAS**  
Tel: (504) 892 35239  
honduras@icontec.org

**NICARAGUA**  
Tel: (505) 264 2309  
nicaragua@icontec.org