

**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD BASADO EN LA NTC-ISO 9001:2000 EN SPECT
MEDICINA NUCLEAR LTDA.**

JOSÉ LEONARDO QUIROZ DE LA OSSA

**ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
FACULTAD DE INGENIERÍA FÍSICO MECÁNICAS
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
BUCARAMANGA
2008**

**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD BASADO EN LA NTC-ISO 9001:2000 EN SPECT
MEDICINA NUCLEAR LTDA.**

JOSÉ LEONARDO QUIROZ DE LA OSSA

**Trabajo de grado para optar el título de
INGENIERO INDUSTRIAL**

DIRECTOR

ING. WILLIAM HOYOS TORRES

**ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
FACULTAD DE INGENIERÍA FÍSICO MECÁNICAS
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
BUCARAMANGA
2008**

A Dios por ser el motor de mi vida

**A mi madre por ser el ser mas querido y por sus consejos
valiosos**

A mi padre por brindarme todo su esfuerzo

A mis hermanos por ser una gran compañía en mi vida

A todos mis amigos y personas que creyeron en mí

AGRADECIMIENTOS

El autor de este trabajo de grado ofrece sus agradecimientos a:

A la Universidad Industrial de Santander que me brindó la posibilidad de formarme como un profesional de la ingeniería industrial.

A las Directivas de Spect Medicina Nuclear Ltda., que me acogieron como un miembro más de su familia y me ofrecieron toda la confianza para desarrollar mis conocimientos y capacidades.

A la Ingeniera Libia Rosa Rangel, consultora de INGCODI LTDA., por aprender de sus experiencias y conocimientos.

Al Ingeniero William Hoyos como director brindó su apoyo y comprensión para la realización del proyecto.

CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN	17
1. GENERALIDADES DEL PROYECTO	18
1.1 TÍTULO	18
1.2 MODALIDAD	18
1.3 RESPONSABLES	18
1.3.1 Autor	18
1.3.2 Director	18
1.3.3 Codirector	18
1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
1.5 JUSTIFICACIÓN	19
1.6 ALCANCE DEL PROYECTO	20
1.7 OBJETIVOS	20
1.7.1 OBJETIVO GENERAL	20
1.7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
2. MARCO DE REFERENCIA	22
2.1 MARCO CONCEPTUAL	22
2.1.1 Orígenes de la Medicina Nuclear	22
2.1.2 Definición de la Medicina Nuclear	22
2.1.3 La Medicina Nuclear al servicio de las especialidades médicas	23
2.1.4 Ventajas de la medicina nuclear	24
2.2 MARCO TEORICO	24
2.2.1 Evolución histórica de la calidad	24
2.2.2 Conceptos de calidad	26
2.2.3 Principios de gestión de la calidad	27
2.2.4 Estructura de la familia de normas ISO 9000:2000	27
2.2.5 Estructura de la norma ISO 9001:2000	28
2.2.6 Enfoque basado en procesos	29
2.2.7 Calidad en el sector salud	31
2.2.8 Herramientas de la calidad en el sector salud	32
2.3 MARCO LEGAL	33
2.3.1 Ley 100 de 1993 y el sistema de seguridad social en salud	33
2.3.2 Decreto 1011 de 2006 (SOGCS)	34
2.3.3 Resolución 1043 del 3 de abril de 2006 para habilitación	36

2.3.4 Resolución 18-1304 de 2004	36
2.3.5 Resolución 18-1434 de 2002	36
3. GENERALIDADES DE LA EMPRESA	38
3.1 RESEÑA HISTÓRICA	38
3.2 RAZÓN SOCIAL Y OBJETO SOCIAL	39
3.3 UBICACIÓN	39
3.4 MISIÓN	39
3.5 VISIÓN	39
3.6 VALORES CORPORATIVOS	40
3.7 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	40
3.8 PORTAFOLIO DE SERVICIOS	42
3.9 CLIENTES	44
3.10 PROVEEDORES DE BIENES Y SERVICIOS	46
4. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA	49
4.1 CONOCIMIENTO DE LA EMPRESA	49
4.2 DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL	49
4.3 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	54
4.3.1 Análisis ambiente interno y externo - Matriz DOFA	54
4.3.2 Planificación organizacional: Objetivos y Estrategias	58
4.4 DIAGNÓSTICO SEGÚN LA NORMA NTC ISO 9001:2000 EN LA EMPRESA	59
4.4.1 Análisis del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad según la norma NTC ISO 9001:2000	72
5. PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	74
5.1 SENSIBILIZACIÓN	74
5.2 CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE CALIDAD	76
5.3 ALCANCE	76
5.4 POLÍTICA DE LA CALIDAD	77
5.5 OBJETIVOS DE LA CALIDAD	79
5.5.1 Despliegue de los objetivos de calidad	79
5.6 MAPA DE PROCESOS	82
5.7 CARACTERIZACIONES DE PROCESOS	84

5.8 DEFINICIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN	86
6. DESARROLLO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	99
6.1 DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	99
6.1.1 Estructura de la documentación	99
6.1.2 Metodología utilizada para la documentación	101
6.2 CONTROL DE DOCUMENTOS	104
6.2.1 Revisión, aprobación y modificación de documentos	105
6.3 CONTROL DE REGISTROS	105
6.4 PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS DE LA NORMA	106
6.5 MANUALES DE PROCEDIMIENTOS DE LOS PROCESOS DEL SGC DE LA EMPRESA	107
6.5.1 Documentación de los procesos asistenciales	107
6.5.2 Documentación de los procesos de apoyo	108
6.6 MANUAL DE DESCRIPCIÓN DEL CARGO	111
6.6.1 Análisis de cargos	112
6.6.2 Elaboración del manual de descripción del cargo	115
6.7 MANUAL DE CALIDAD	116
6.8 PLANES DE CALIDAD	117
7. IMPLEMENTACIÓN	118
7.1 IMPLEMENTACIÓN DE LOS REQUISITOS REGLAMENTARIOS	118
7.1.1 Habilitación de los servicios de salud	118
7.1.2 Licencia de manejo de material radiactivo	120
7.1.3 Matriz de Ley	121
7.2 DIFUSIÓN, FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN	123
7.2.1 Difusión y Comunicaciones internas	123
7.2.2 Formación y Capacitación	124
7.3 EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	128
7.4 IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROCESOS	131
7.5 DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	133
7.6 IMPLEMENTACIÓN DEL SERVICIO NO CONFORME	137
7.7 IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS	139
8. EVALUACIÓN Y MEJORA	142
8.1 AUDITORÍA INTERNA	142
8.1.1 Planificación de la auditoría	142

8.1.2 Realización de la auditoría	144
8.1.3 Informe de Auditoría	145
8.2 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	146
8.2.1 Informe de revisión gerencial	147
8.3 MEJORA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	152
8.3.1 Plan de acciones posterior a la auditoría interna	152
8.3.2 Plan de acciones posterior a la revisión por la dirección	155
8.3.3 Acciones de mejoras	156
8.4 SELECCIÓN DEL ENTE CERTIFICADOR	162
8.4.1 Metodología para la selección	164
8.5 CONTRATACIÓN DEL ENTE CERTIFICADOR	166
8.6 PROGRAMACIÓN DE LA AUDITORÍA DE CERTIFICACIÓN	166
9. CONCLUSIONES	168
10. RECOMENDACIONES	171
BIBLIOGRAFÍA	172
ANEXOS	173

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Portafolio de servicios de Spect Medicina Nuclear Ltda. _____	43
Tabla 2. Empresas Clientes de Spect Medicina Nuclear. _____	45
Tabla 3. Tipología de compras y contratación de servicio _____	46
Tabla 4. Matriz DOFA Spect Medicina Nuclear LTDA _____	56
Tabla 5. Factores que integra la matriz PEEA de Spect Medicina Nuclear ____	57
Tabla 6. Diagnóstico del sistema de Gestión de Calidad Basado en la Norma NTC ISO 9001:2000 _____	61
Tabla 7. Cronograma de actividades de sensibilización sobre la norma ISO 9001:2000 _____	74
Tabla 8. Matriz de priorización de directrices de la política y los objetivos de calidad _____	77
Tabla 9. Despliegue de los objetivos de calidad en indicadores _____	80
Tabla 10. Matriz de ley _____	122
Tabla 11. Análisis ABC de los servicios de Spect Medicina nuclear _____	160
Tabla 12. Matriz de selección ente certificador _____	165

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en proceso	30
Figura 2. Ciclo PHVA, ciclo de Deming o ciclo de mejoramiento	31
Figura 3. Organigrama de Spect Medicina Nuclear Ltda.	40
Figura 4. Matriz de la posición estratégica y evaluación de la acción (PEEA).	58
Figura 5. Nivel de desempeño de la empresa respecto a los requisitos de la NTC ISO 9001:2000	72
Figura 6. Mapa de procesos de Spect Medicina Nuclear Ltda.	84
Figura 7. Formato de Caracterizaciones de proceso	85
Figura 8. Estructura documental del sistema de la calidad.	100
Figura 9. Formato para el análisis de cargos	112
Figura 10. Formato evaluación evento de formación	127
Figura 11. Resultados por competencias de la evaluación del desempeño	130
Figura 12. Formato de gestión de no conformidad	138
Figura 13. Formato de reporte de acciones correctivas y preventivas	140
Figura 14. Ambiente Web sistema SIIGO e-salud	159

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. Manual de calidad _____	174
ANEXO B. (Caracterizaciones de proceso y planes de calidad) _____	189
ANEXO C. Procedimientos documentados obligatorios _____	210
ANEXO D. (Listado maestro de documentos internos y listado maestro de registros) _____	230
ANEXO E. Procedimientos asistenciales _____	247
ANEXO F. (Diccionario de competencias y manual de descripción del cargo) _____	259
ANEXO G. Plan de formación capacitación _____	284
ANEXO H. Instrumento de evaluación del desempeño _____	286
ANEXO I. Analisis de desempeño de todos los procesos (indicadores de gestión) _____	288
ANEXO J. (Programa de auditorias internas, listas de verificación de auditorías, informe de auditoría) _____	302
ANEXO K. (Formato de control y seguimiento de acciones correctivas y preventivas, formato de seguimiento de acciones a tomar para revisión gerencial) _____	318
ANEXO L. (Formulario de solicitud de certificación, contrato de prestación del servicio) _____	321
ANEXO M. Evidencias: certificado de habilitación, licencia, actas de comité, memorandos internos, formatos de eventos de formación, fotos de capacitaciones, fotos comité de calidad, fotos del servicio _____	329

GLOSARIO

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

Acción Preventiva: una acción emprendida para eliminar las causas de una no conformidad, de un defecto u otra situación no deseable potencial, para evitar que ocurra.

Atención de salud: se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico y tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Auditoría: proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar hasta que punto cumplen las políticas, procedimientos o requisitos de referencia.

Calidad: grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

Cliente: organización o persona que recibe un producto (Consumidor, usuario final, minorista, beneficiado y comprador).

Conformidad: cumplimiento de un requisito.

Documento: información y su medio de soporte (Registro, especificación, procedimiento, documentado, dibujo, informe, norma).

Gammagrafía: es una prueba diagnóstica que se basa en la imagen que producen las radiaciones generadas tras la inyección o inhalación en el organismo de sustancias que contienen isótopos radiactivos. La emisión radiactiva es captada por un aparato detector llamado gammacámara, el cual procesa los datos recibidos que posteriormente y

mediante tratamiento informático servirán para formar una imagen tridimensional.

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

Glosa: son las observaciones de tipo administrativo y técnico, realizadas a las cuentas de salud, mediante las cuales se objetan determinados valores cobrados.

Mejora Continua: actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

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

Prestadores de servicios de salud: se consideran como tales, las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especiales de pacientes.

POS (plan obligatorio de salud del régimen subsidiado): es el conjunto de servicios de salud que todas las entidades promotoras de salud, EPS, deben prestarle a sus afiliados.

Procedimiento: forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso. Pueden estar documentados o no.

Registro: documento que suministra evidencia objetiva de las actividades efectuadas o de los resultados alcanzados.

Satisfacción del cliente: percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.

Verificación: confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.

RESUMEN

TÍTULO: DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN LA NTC-ISO 9001:2000 EN SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA. ♦

AUTOR: QUIROZ DE LA OSSA, JOSÉ LEONARDO ♦♦

PALABRAS CLAVES: Organización, Sistema de gestión de la calidad, Normas ISO 9000, Certificación.

En la actualidad muchas organizaciones se acogen a estándares internacionales, por ejemplo, la familia de normas ISO 9000, utilizadas en el establecimiento de sistemas de calidad, que contribuyen al crecimiento y permanencia en el mercado.

Spect Medicina Nuclear Ltda., es una organización prestadora de servicios de salud, que ha decidido implementar un sistema de gestión de la calidad, en respuesta a las condiciones cambiantes del entorno en que se encuentra; además de establecer un modelo de gestión basado en el mejoramiento continuo de sus procesos y utilizando metodologías de gestión como el ciclo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar).

El proceso hacia la certificación inicia con la realización del diagnóstico organizacional, en referencia a los requisitos de la norma ISO 9001:2000. El siguiente paso fue realizar el direccionamiento estratégico en conjunto con la planificación estratégica de la calidad; resultando las directrices básicas corporativas y las directrices de calidad. Posteriormente se estableció la documentación, implementación, medición, evaluación y mejora del sistema de gestión de calidad, cumpliéndose así, el proceso para la evaluación de un ente externo. Como resultado de este proceso se obtiene una organización renovada y orientada hacia la gestión por procesos, en cumplimiento de los principios legales, éticos y de calidad; además de establecer su compromiso con el cliente y la sociedad.

♦ Trabajo de grado

♦♦ Facultad de ingeniería Físico Mecánicas. Ingeniería Industrial. Director: Ing. William Hoyos Torres

SUMMARY

TITLE: DESIGN AND IMPLEMENTATION OF A SYSTEM OF MANAGEMENT OF THE QUALITY BASED IN THE NTC-ISO 9001:2000 IN SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA. ♦

AUTHOR: QUIROZ DE LA OSSA, JOSÉ LEONARDO ♦♦

KEYWORDS: Organization, System of management of the quality, Norms ISO 9000, Certification.

DESCRIPTION:

At the present time many organizations are welcomed to international standards, for example, the family of norms ISO 9000, used in the establishment of systems of quality that contribute to the growth and permanency in the market.

Spect Nuclear Medicine Ltda., is an organization lender of services of health that has decided to implement a system of management of the quality, in answering to the changing conditions of the environment in that she is; furthermore of establishing a model of management based on the continuous improvement of its processes and using methodologies of management as the cycle PDCA (to plan, to do, to check and to act).

The process toward the certification begins with the realization of the organizational diagnosis, in reference to the requirements of the norm ISO 9001:2000. The following step was to carry out the strategic addressing together with the strategic planning of the quality; resulting the corporate basic guidelines and the guidelines of quality. Later on, the documentation, implementation, measurement, evaluation and the improvement of the system of management administration of quality were established, being completed this way, the process for the evaluation of an external entity. As a result of this process a renovated organization is obtained and guided toward the management by processes, in pursuance of the legal, ethical principles and of quality; besides of establishing its commitment with the client and the society.

♦ Grade Project

♦♦ Physics Mechanics Engineering Faculty, Industrial Engineering, Director: Ing. William Hoyos Torres

INTRODUCCIÓN

Hoy en día el proceso de certificación es un tema muy conocido en el ámbito empresarial de todos los sectores de la economía mundial. Este es un fenómeno creciente, en el que la industria exige cada vez más certificados para aprobar negociaciones que garanticen la calidad de los productos y el bienestar de las organizaciones.

La apertura de nuevos mercados a nivel mundial, y la desaparición de barreras comerciales, ha ayudado a establecer un nuevo orden, donde los que sobreviven son los que se pueden adaptar a estas nuevas condiciones. Es por esto, que muchas empresas adelantan procesos de certificación en calidad, con el fin de superar sus falencias e implantar procesos estandarizados.

En el entorno Colombiano se presenta esta misma dinámica mundial, donde las empresas que desean ser competitivas, deben afrontar procesos de cambio y de mejoramiento. En este país el sector de la salud está evolucionando hacia la consecución de estándares de calidad, y por ende las reglamentaciones del ministerio de la protección social y de la superintendencia nacional de salud, están apuntando hacia la consecución de este propósito.

La implementación de un sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2000 en una institución prestadora de servicios de salud es un paso muy grande hacia el establecimiento de estándares de calidad, cuyo fin último es la satisfacción del cliente y la prestación de un servicio que cumpla con los requisitos establecidos por esta norma.

Este trabajo de grado especifica todo el proceso de diseño, desarrollo e implementación de un sistema de gestión de la calidad para la certificación de los servicios de diagnóstico y tratamiento, cumpliendo los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000. El documento consta de ocho capítulos, en donde se desarrolla las generalidades del proyecto, el marco de referencia, las generalidades de la empresa, el diagnóstico situacional de la empresa, la documentación e implementación de los procesos y finalmente se describe el proceso de evaluación y mejora del sistema de gestión.

1. GENERALIDADES DEL PROYECTO

1.1 TÍTULO

Diseño e implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en la NTC-ISO 9001:2000 en SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA.

1.2 MODALIDAD

Práctica en pequeña empresa.

1.3 RESPONSABLES

1.3.1 Autor

José Leonardo Quiroz De la Ossa Código: 1992982
Ingeniería Industrial

1.3.2 Director

Ingeniero William Hoyos
Docente Escuela de Estudios Industriales y Empresariales
Universidad Industrial de Santander

1.3.3 Codirector

Ingeniera Libia Rosa Rangel
Ingeniera Industrial UIS.
Consultora INGCODI LTDA.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Son muchos los cambios que ha experimentado la seguridad social en salud en el país durante los últimos años, y en el actual modelo se le ha dado gran énfasis al tema de calidad, a partir de la reglamentación del Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad del sistema General de Seguridad Social en Salud, Decreto 2174 de 1996; sin embargo, frente a otros sectores, en Salud es muy significativa la falta de claridad en la estandarización del sistema de gestión de la calidad.¹

¹ PÁRAMO, José. ISO 9001:2000 Guía de Interpretación y Aplicación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, ICONTEC, Bogotá. 2002

SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA., es una empresa de servicio de Medicina Nuclear en salud, que carece de un direccionamiento estratégico que le permita organizarse tanto externa como internamente y planear estrategias que le facilite la toma de decisiones. Además la empresa ha descuidado el mejoramiento de procesos administrativos, lo cual ha conllevado a fallas y desorganización en la prestación del servicio.

El ministerio de la Protección Social y los organismos de regulación del sector como es la Superintendencia nacional de salud, están exigiendo con mayor rigor, la implantación de planes de mejoramiento continuo en calidad, y el cumplimiento de normas y estándares para una adecuada prestación de servicios de salud en el país.

SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA., percibe la necesidad de mejorar sus procesos, de tal manera que busca la estandarización de los procedimientos técnico-asistenciales y de gestión administrativa que favorezcan la creación de ventajas competitivas para mantenerse como líder del mercado a nivel regional.

La dirección de la empresa es consciente de la situación descrita anteriormente, por ende está comprometida con el mejoramiento continuo, que se fundamenta en una mejor satisfacción de sus clientes, en la calidad del servicio asistencial, en la optimización de todo tipo de recursos, en la capacitación del talento humano (estableciendo claramente responsabilidades), en la estandarización de procesos, y en la renovación tecnológica, que aseguren la permanencia a través del tiempo de SPECT MEDICINA NUCLEAR.

1.5 JUSTIFICACIÓN

Implementar un sistema de Gestión de la calidad permite cumplir con las exigencias del entorno externo e interno, además de prestar un servicio similar o muy parecido a organizaciones de medicina nuclear a nivel nacional e internacional que estén debidamente certificadas. Por lo tanto la Gerencia toma esta decisión, para cubrir con las necesidades de mejorar sus procesos tanto asistenciales como administrativos, para seguir creando estrategias competitivas que le permitan permanecer en el mercado, para dar respuestas eficaces a toda la normativa del sector salud, y para brindar calidad y confianza en la prestación del servicio de medicina nuclear a todos sus clientes.

1.6 ALCANCE DEL PROYECTO

El alcance de este proyecto incluye el diseño, documentación, e implementación del sistema de gestión de la calidad según los lineamientos de la NTC-ISO 9001:2000 para los procesos asistenciales relacionados con la prestación del servicio de Medicina Nuclear, en SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA., hasta realizada la emisión de respuesta de la inscripción ante una entidad certificadora con el fin de efectuar la auditoria de certificación.

1.7 OBJETIVOS

1.7.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar, documentar e implementar un Sistema de Gestión de la Calidad según los lineamientos de la norma NTC-ISO 9001:2000 para los procesos asistenciales de SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA.

1.7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar un diagnóstico que permita conocer la situación actual de SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA., de acuerdo con los requisitos que exige la NTC-ISO 9001:2000.
- Desarrollar con todo el personal de la organización capacitaciones (talleres educativos) para formarlos técnicamente en los conceptos básicos de la norma ISO 9001:2000 y sensibilizarlos hacia el cambio, la mejora y efectiva implementación del sistema de gestión de la calidad.
- Definir y documentar la política y los objetivos de calidad y apoyar a la Dirección en su divulgación e implementación.
- Elaborar y controlar toda la documentación requerida para la efectiva implementación del Sistema de gestión de la calidad y para el cumplimiento de todos los requisitos exigidos por la norma ISO 9001:2000.
- Revisar y analizar todos los decretos y requisitos de ley que rigen la organización y garantizar que el sistema de calidad cumpla dichos requisitos.
- Establecer, documentar y realizar seguimiento a todos los indicadores que se generen en cada uno de los procesos del alcance del sistema de gestión de la calidad.
- Planear, coordinar y ejecutar auditorías internas de calidad para evaluar la eficacia de la implementación del SGC.

- Apoyar a la gerencia en la realización de revisiones gerenciales del SGC.
- Gestionar la selección y contratación del ente certificador para realizar la auditoría externa de certificación.
- Gestionar la solicitud de auditoría externa ante el ente certificador.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 MARCO CONCEPTUAL

2.1.1 Orígenes de la Medicina Nuclear

En 1953, los científicos Watson y Crik describieron la estructura del DNA, lo que significó el establecimiento de las bases moleculares de la vida y por lo tanto el nacimiento de la biología molecular.

En este mismo año el presidente de los Estados Unidos Eisenhower, encabezando la reacción de los norteamericanos contra los horrores de la guerra atómica, creó el programa "átomos para la paz", del cual se dieron grandes inversiones para el desarrollo de la Medicina Nuclear.

Estos dos hitos definieron la medicina nuclear como una especialidad médica que podía combinar la tecnología nuclear con la biología molecular para estudiar "invivo" todo tipo de funciones y fenómenos bioquímicos, tanto en el sujeto sano como en el enfermo.²

2.1.2 Definición de la Medicina Nuclear

La medicina Nuclear es la especialidad médica que utiliza radioisótopos emisores de radiación gamma y/o beta, para el diagnóstico y tratamiento de gran variedad de enfermedades.

Con la Medicina Nuclear, el medico ahora puede analizar sin incomodar al paciente, si su enfermedad o malestar es producto de un problema físico o funcional de un órgano en específico. A su vez también se puede observar el desarrollo de las enfermedades y la respuesta que estas han dado al tratamiento.

Diagnóstico: los Estudios realizados con medicina nuclear se llaman Gammagrafías. Los estudios gammagráficos se caracterizan por dar información funcional, por lo que lejos de ser competitivos con otros métodos de imagen son complementarios.

Los estudios gammagráficos se enfocan principalmente a:

- Las funciones fisiológicas.
- Fenómenos bioquímicos.
- Detecta y cuantifica moléculas de alto interés.

² GARCÍA REY, Rafael Eduardo. Médico Nuclear. Spect Medicina Nuclear Ltda.

Tratamientos: con respecto a la terapéutica, la medicina nuclear utiliza radioisótopos incorporados al organismo por vía metabólica. Las terapias con radioisótopos son sumamente específicas como en el caso de algunas patologías oncológicas y tiroideas.

La Medicina Nuclear aporta una diversidad de imágenes tales como:

- Anatómicas y funcionales
- Bidimensionales y tomografía
- Dinámicas y secuenciales
- Curvas de actividad y tiempo³

2.1.3 La Medicina Nuclear al servicio de las especialidades médicas

Afecciones Cardíacas. En cardiología las gammagrafías son útiles para detectar si el dolor en el pecho es de origen cardíaco o no, para evaluar si después de un infarto agudo se puede presentar un reinfarto o muerte súbita; para explorar el funcionamiento del sistema cardíaco y para recomendar a tiempo, si se debe proceder con un tratamiento con drogas o con cirugía.

Células leucocitos y hematíes marcados. Este procedimiento es útil en pacientes operados que presentan fiebres difíciles de localizar o pacientes de consulta externa que presentan procesos inflamatorios e infecciosos en huesos, articulaciones o prótesis.

Enfermedades del Tiroides. A través de la gammagrafía del tiroides, se puede evaluar en un niño recién nacido si carece de tiroides, lo que le podría generar un retardo mental o si la posee, se puede determinar si está bien ubicada y si funciona correctamente. Frecuentemente por consulta externa tanto de niños como de adultos, se diagnostican masas en el cuello que pueden ser origen de un bocio (coto) o de otra patología diferente.

Patologías Neuro-Psiquiátricas. En un paciente epiléptico, las imágenes gammagráficas pueden localizar en su cerebro el sitio donde se origina la afección, lo cual facilitaría la cirugía estero-táxica. A su vez las gammagrafías del cerebro ayudan descubrir cuales son los agentes generadores que causan demencia senil, stress, depresiones, esquizofrenias, autismo y el síndrome de fatiga crónica.

Enfermedades en el sistema Nefro-Urológico. Se puede evaluar los cálculos renales y en una infección urinaria, detectada por exámenes de laboratorio, con una gammagrafía se complementaría el diagnóstico con información sobre el estado de los riñones y vías urinarias.

³ www.vidacare.com.mx/medicina-nuclear.

Enfermedades Hepáticas. Con las gammagrafías hepáticas se evalúa tanto en niños como en adultos: la magnitud y la evolución de una hepatitis, la presencia de tumores malignos o benignos en el hígado y el seguimiento de una cirrosis.

Afecciones en el sistema óseo, articulaciones y músculos. Con las gammagrafías óseas se descubren pequeñas fracturas, tumores y afecciones en los huesos causadas por la artritis o la osteoporosis. También se pueden visualizar infecciones.⁴

2.1.4 Ventajas de la medicina nuclear

- Permite detectar muchas enfermedades antes de que causen daños irreparables en el organismo y que no son apreciables por otros métodos diagnósticos.
- La medicina nuclear es imprescindible en el control y el tratamiento de múltiples enfermedades en recién nacidos, niños, adultos y ancianos.
- La irradiación generada al paciente es mínima por tanto no representa ningún peligro, ni tiene repercusiones en la salud del hombre.
- Es la única técnica que permite realizar estudios funcionales del organismo logrando detectar a tiempo el inicio de las enfermedades.
- Una gammagrafía no es incomoda para el paciente, ya que es un procedimiento ambulatorio y externo al cuerpo.
- En algunos tratamientos para el cáncer, se puede administrar terapia metabólica únicamente en las células malignas sin generar efectos secundarios.

2.2 MARCO TEORICO

2.2.1 Evolución histórica de la calidad

La gente piensa que la calidad es un fenómeno actual, y que las empresas han descubierto lo que significa. Esto no es en absoluto cierto, Ya en la edad media existe constancia de artesanos que fueron condenados a ser puestos en la picota por vender un alimento en mal estado. Y es que la calidad era un tema muy importante en aquella época, dada la escasez de productos que existía.

A comienzos de siglo, Frederick W. Taylor (1856-1915), desarrolló una serie de métodos destinados a aumentar la eficiencia en la producción, en los que se consideraba a los trabajadores como máquinas con

⁴ GARCÍA REY, Op.cit.

manos. Esta forma de gestión, conocida como Taylorismo, ha estado vigente durante gran parte de este siglo, y aunque está muy alejada de las ideas actuales sobre calidad, fue una primera aproximación a la mejora del proceso productivo.

En 1931, Walter E. Shewart (1891-1967), saca a la luz su trabajo "economía y control de calidad en la producción", precursor de la aplicación de la estadística a la calidad. Este trabajo es aprovechado por otros estudiosos de la época como base de ulteriores desarrollos en el mundo de la gestión de la calidad. Además da la coincidencia de que el ejército de los Estados Unidos decide aplicar muchas de sus ideas para la fabricación en serie de maquinaria de guerra.

A raíz del final de la guerra, los japoneses se interesan por las ideas de Shewart, Deming, Juran y otros, que preconizan los primeros pasos de la gestión de la calidad moderna. Éstos, ante el rechazo de la industria americana a aplicar sus ideas, deciden trabajar en Japón, obteniendo los resultados que todos conocemos. El impacto de sus ideas fue tal, que en la actualidad, el premio más importante en el ámbito de la gestión de la calidad lleva el nombre de uno de ellos, es el premio Deming.

A partir de finales de los años 70, la industria occidental se da cuenta de la desventaja que sufre respecto a los productores japoneses, y empieza a imitar sus filosofías de gestión, sobre todo a raíz de un cambio de actitud de los consumidores, que cada vez se ilusionan más por productos de elevada calidad a precio competitivo. Es paradójico pensar que estas ideas partieran de científicos americanos, pero que su industria se mostrara reticente a aplicarlas.

Es a partir de estos años cuando se empieza a hablar de aseguramiento de la calidad en las empresas, y cuando surgen las primeras normas que regulan la gestión de la calidad.

En la actualidad, y una vez que parece que la industria occidental ha conseguido reducir en gran medida la desventaja respecto a la japonesa, surgen nuevos modelos o paradigmas relacionados con la gestión de la calidad. Las normas ISO 9000 son de obligado cumplimiento en algunos sectores industriales, y aparecen nuevos modelos de gestión como el de Excelencia Empresarial o EFQM de la Unión Europea y el Baldrige de los Estados Unidos.⁵

⁵Fundamentación del Sistema de Gestión de la calidad. Curso Virtual ISO 9000. SENA Colombia: 2006
Modulo 1. Pág. 7.

2.2.2 Conceptos de calidad

ISO: Es el acrónimo de: “Internacional Organization for Standardization” que significa: “Organización Internacional de Normalización”, es una federación mundial de organismos nacionales de normalización. Fundada en 1947, como una entidad sin ánimo de lucro en la que participan más de 100 países de todo el mundo, su sede matriz se encuentra en Ginebra (Suiza) y se dedica a la tarea de redacción y publicación de normas de todo tipo.

Calidad: es el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

Sistema: Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan.

Sistema de gestión: Sistema para establecer la política y los objetivos y para lograr dichos objetivos.

Sistema de gestión de la calidad: Se define como gestión de la calidad a las actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad. Bajo este enfoque la gestión de la calidad incluye los siguientes elementos:

Planificación de la calidad: Como el 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.

Control de la calidad: orientada al cumplimiento de los requisitos de la calidad.

Aseguramiento de la calidad: orientada a proporcionar confianza en que se cumplirán los requisitos de la calidad.

Mejora de la calidad: orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad. Los requisitos pueden estar relacionados con cualquier aspecto tal como la eficacia, la eficiencia o la trazabilidad.

Política de calidad: Intenciones globales y orientaciones de una organización, relativas a la calidad, expresadas de manera formal por la alta gerencia.

Proceso: Es una serie de pasos o acciones que dan como resultado algo; un proceso representa una acción, algo que se realiza y agrega valor.

Principio: Son pautas y parámetros del comportamiento humano.⁶

⁶ PÁRAMO, José. ISO 9001:2000 Guía de Interpretación y Aplicación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, ICONTEC, Bogotá. 2002

2.2.3 Principios de gestión de la calidad

- 1) **Organización orientada al cliente** Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deben comprender sus requisitos presentes y futuros, para satisfacer estos mismos y esforzarse en exceder sus expectativas.
- 2) **Liderazgo:** Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la dirección de la organización. Estos deben crear y mantener un ambiente interno, en el cual involucren totalmente al personal, para lograr los objetivos de la organización.
- 3) **Participación del personal:** El personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total implicación posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de esta.
- 4) **Enfoque basado en procesos:** Cuando las actividades y los recursos de la organización se gestionan como un proceso, los resultados deseados por ésta se alcanza de forma eficiente.
- 5) **Enfoque de sistema para la gestión:** Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.
- 6) **Mejora continua:** Entiéndase que la mejora continua debe ser un objetivo permanente de la organización para lograr el desempeño global de ésta.
- 7) **Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones:** La información y el análisis de datos son un medio para tomar decisiones eficaces.
- 8) **Relación mutuamente beneficiosa con el proveedor:** Una relación mutuamente beneficiosa entre la organización y sus proveedores aumenta la capacidad de ambos para crear valor.⁷

2.2.4 Estructura de la familia de normas ISO 9000:2000

- **ISO 9000:2000.** Describe los fundamentos de los sistemas de gestión de la calidad y presenta las definiciones universales de la terminología específica relacionada con la calidad.
- **ISO 9001:2000.** Especifica los requisitos para los sistemas de gestión de la calidad aplicables a toda organización que necesite demostrar su capacidad para proporcionar productos o servicios que cumplan los requisitos de sus clientes y los reglamentarios que le

⁷ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION (ICONTEC) NTC ISO 9000:2000. Sistema de gestión de la calidad. Fundamentos y Vocabulario. Colombia 2000.

sean de aplicación, y su objetivo es aumentar la satisfacción del cliente.

- **ISO 9004:2000.** Proporciona directrices que consideran tanto la eficacia como la eficiencia del sistema de gestión de la calidad. El objetivo de esta norma es la mejora del desempeño de la organización y de las partes interesadas a través de la continua satisfacción del cliente, del mejoramiento continuo, teniendo en cuenta además, el uso óptimo de los recursos, es decir buscando la eficiencia del sistema.
- **ISO 19011.** Proporciona orientación relativa a las auditorías de sistemas de gestión de la calidad y de gestión ambiental.

2.2.5 Estructura de la norma ISO 9001:2000

- **Sistema de gestión de la calidad:** En este numeral se establecen los requisitos generales del sistema de gestión de la calidad como son, la identificación, secuencia e interacción de los procesos, también se establecen las disposiciones sobre la documentación básica que se desarrollará dentro de la organización, mediante la cual se controlará el sistema de gestión de calidad.
- **Responsabilidad de la dirección:** Contiene los requisitos que debe cumplir la dirección de la organización, tales como definir la política, asegurar que las responsabilidades y autoridades están definidas, aprobar objetivos, el compromiso de la dirección con la calidad, etc.
- **Gestión de los recursos:** La Norma distingue 3 tipos de recursos sobre los cuales se debe actuar: RRHH, infraestructura, y ambiente de trabajo. Aquí se contienen los requisitos exigidos en su gestión. En primera instancia es importante determinar cuales son los recursos necesarios, y definir luego los requisitos para cada uno de ellos.
- **Realización del producto:** Aquí están contenidos los requisitos puramente productivos, desde la atención al cliente, hasta la entrega del producto o el servicio.
- **Medición, análisis y mejora:** Aquí se sitúan los requisitos para los procesos que recopilan información, la analizan, y que actúan en consecuencia. El objetivo es mejorar continuamente la capacidad de la organización para suministrar productos que cumplan los requisitos. El objetivo declarado en la Norma, es que la organización busque sin descanso la satisfacción del cliente a través del cumplimiento de los requisitos⁸.

⁸ es.Wikipedia.org. La enciclopedia libre

2.2.6 Enfoque basado en procesos

La norma ISO 9000:2000 se basa en un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, se implementa y mejora la eficacia de un sistema de gestión de la calidad, mediante el cumplimiento de los requisitos del cliente para llegar a su satisfacción final.

Una organización debe identificar y gestionar numerosas actividades relacionadas entre sí, y en cada una de estas actividades utilizar recursos que son elementos de entradas para que posteriormente se transformen en resultados, y así funcionar de manera eficaz. La aplicación de este sistema de actividades relacionadas entre, junto a la interacción de los procesos que las conforman, así como su gestión, es lo que se denomina como “enfoque basado en procesos”.

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

Un enfoque basado en procesos cuando se realiza dentro de un sistema de gestión de la calidad, enfatiza la importancia de:

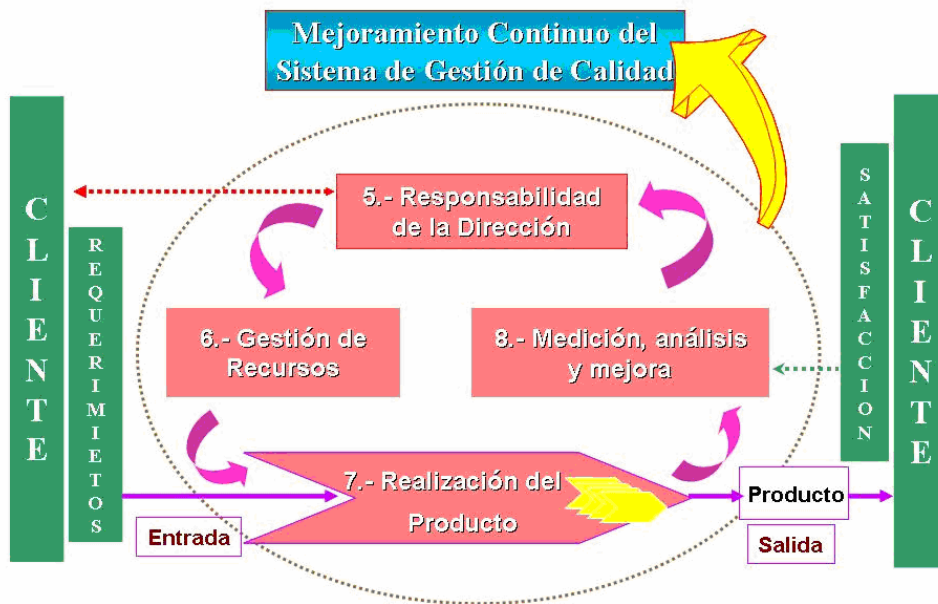
- a) La comprensión y el cumplimiento de los requisitos.
- b) La necesidad de considerar los procesos en términos que aporten valor.
- c) La obtención de resultados del desempeño y eficacia del proceso, y
- d) La mejora continua de los procesos con base en mediciones objetivas.

Modelo de sistema de gestión de la calidad basado en procesos.

Este modelo enseña los vínculos entre los procesos presentados en los capítulos 4 al 8 de la norma ISO 9001. La figura 1 muestra que los clientes juegan un papel significativo para definir los requisitos como elementos de entrada. El seguimiento de la satisfacción del cliente demanda una valoración de la información relativa a la percepción del mismo cliente acerca de si la organización ha cumplido sus requisitos.⁹

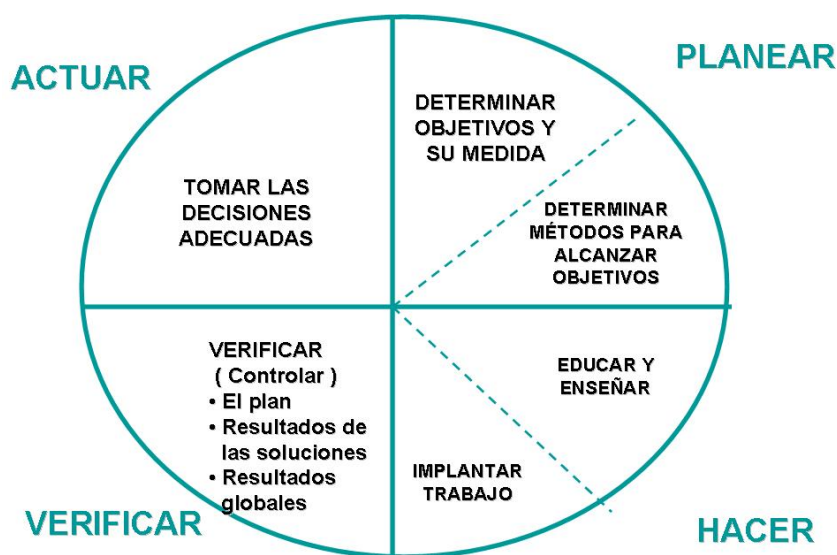
⁹ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION (ICONTEC) NTC ISO 9001:2000. Requisitos del sistema de gestión de la calidad Colombia 2000.

Figura 1. Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en proceso



Cada uno de los procesos debe gestionarse para asegurar la consecución de los objetivos de la organización. Puede aplicarse a todos los procesos la metodología conocida como "Planificar-Hacer-Verificar-Actuar" (PHVA). El PHVA o ciclo de Deming puede describirse brevemente en la siguiente figura.

Figura 2. Ciclo PHVA, ciclo de Deming o ciclo de mejoramiento



2.2.7 Calidad en el sector salud

En el sistema General de Seguridad Social en salud se pretende garantizar la calidad en la prestación de los servicios, mediante la creación de condiciones de competencia entre prestadores y aseguradores, que conduzcan a direccionar la preferencia del consumidor de servicios de salud (cliente, paciente y/o usuario).

En el proceso de manejo de la calidad en salud existen diferentes actores con diferentes niveles de responsabilidad y acción, ellos son:

1. El Cliente, paciente y/o usuario. Es el consumidor de servicios de salud, quien obrando libre y objetivamente informado, toma decisiones de elección, que premian o castigan al asegurador y/o al prestador, convirtiéndose de esta manera en la principal herramienta para el control de la calidad y, por ende, esta última en un elemento fundamental de la competencia.

2. El asegurador. Son las empresas promotoras de salud (EPS) o administradoras de régimen subsidiado (ARS) y el prestador de servicios, que son las instituciones prestadoras de servicios de salud

(IPS) o empresas sociales del estado (ESE). Para todos estos la calidad, es un medio informado y de competencia, que tiene implicaciones de carácter ético, y de rendimiento económico dado al prestigio frente a los consumidores (clientes, pacientes y/o usuarios) y en la supervivencia a mediano y largo plazo.

3. El Estado. Último responsable de la operación del sistema de salud, quien con su mayor o menor intervención con normas, incentivos y castigos, ajustadas a las características de cada región, debe crear las condiciones mínimas para que consumidores de servicios de salud, aseguradores y prestadores desempeñen su papel y se obtengan los resultados de calidad deseables por el sistema de Seguridad Social en Salud¹⁰.

2.2.8 Herramientas de la calidad en el sector salud

Para el manejo de la calidad en la prestación de servicios de salud se identifican tres tipos de herramientas que son:

1). La declaración de requisitos esenciales (sistema de habilitación). Obligatoria para los prestadores de servicios de salud, con la posterior verificación de la autoridad seccional o local de salud correspondiente. Su función consiste en verificar el cumplimiento de lo declarado como condiciones mínimas de operación (en infraestructura, organización, nivel tecnológico, de recursos humanos, entre otros), establecidas en las normas aceptadas por el sistema, bajo las cuales se esperan los resultados de calidad deseados en la atención.

2). La Acreditación (sistema de acreditación) de prestadores de servicios. Periódica y voluntaria ante los consumidores y los organismos de vigilancia y control del sistema de seguridad social. Por sus características se define como un proceso de mejoramiento continuo en el que se participa voluntariamente, y que deberá estar en cabeza de una institución independiente que haga las veces de un "Organismo Acreditador de la Calidad".

3). La Certificación de la calidad ISO 9001. Es la consolidación del proceso, y está a cargo de un organismo certificador. El hecho de estar afiliado a este organismo irá creando confianza y prestigio entre sus usuarios y entidades de salud, lo que inducirá a participar de él como una necesidad competitiva.¹¹

¹⁰ PÁRAMO, José. ISO 9001:2000 Guía de Interpretación y Aplicación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, ICONTEC, Bogotá. 2002

¹¹ Ibíd., p.10.

2.3 MARCO LEGAL

2.3.1 Ley 100 de 1993 y el sistema de seguridad social en salud

La ley 100 de diciembre 23 de 1993, es creada para definir el nuevo sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) en Colombia. Este sistema tiene como objetivos regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención. El sistema debe proveer gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. La afiliación al sistema es de carácter obligatorio, para todas las personas en Colombia, más aún todo empleador debe tener afiliados a todos sus trabajadores.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud funciona en dos regímenes de afiliación: el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado.

a). El Régimen Contributivo, debe afiliar a las personas que tienen una vinculación laboral, es decir, con capacidad de pago como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias.

b). El Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.¹²

2.3.1.1 Seguridad social integral

Definida en el texto de la ley 100 de 1993 como “el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”.

El sistema de seguridad social e integral garantiza los derechos irrenunciables de las personas y la comunidad para alcanzar una calidad

¹²www.minproteccionsocial.gov.co, Sistema de seguridad social. Documentos y publicaciones MPS. 2004.

de vida con dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, y otras que se implementen en un futuro.

2.3.1.2 Principios

El servicio esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de *eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación*.

a) Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.

b) Universalidad. Es la garantía de la protección en todas las etapas de la vida, para todas las personas y sin ninguna discriminación.

c) Solidaridad. Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil. Los recursos provenientes del erario público en el sistema de seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables.

d) Integralidad. Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población.

e) Unidad. Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social.

f) Participación. Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, para realizar control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.¹³

2.3.2 Decreto 1011 de 2006 (SOGCS)

El decreto 1011 de abril 3 de 2006, establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud (SOGCS).

El sistema obligatorio de garantía de calidad en salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y

¹³ Tomado de la página www.minproteccionsocial.gov.co, texto de la ley 100 de diciembre de 1993.

sistemáticos que desarrolla el sector salud, para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

El SOGCS debe cumplir con las siguientes características para evaluar y mejorar la calidad:

1. *Accesibilidad*. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. *Oportunidad*. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
3. *Seguridad*. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
4. *Pertinencia*. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
5. *Continuidad*. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Componentes del SOGCS:

- El Sistema Único de Habilitación. De obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y se define como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos por los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera indispensables para prestar los servicios en salud. Por medio de este se busca dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios.
- La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. Es el mecanismo continuo de evaluación y de mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.
- El Sistema único de Acreditación. Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a

demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

- El Sistema de Información para la Calidad. El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará este sistema con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes.¹⁴

2.3.3 Resolución 1043 del 3 de abril de 2006 para habilitación

En esta resolución se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

2.3.4 Resolución 18-1304 de 2004

“Por la cual se reglamenta la expedición de la licencia de manejo de materiales radiactivos”.

Todas las personas naturales o jurídicas que dentro del territorio colombiano, realicen actividades relacionadas con el uso de materiales radiactivos en cualquier campo, deben tener una autorización otorgada del ministerio de minas y energía o su entidad delegada, que para este caso es el INGEOMINAS. La resolución 18-1304 de octubre 8 de 2004, junto con las modificaciones y adiciones en la resolución 18-0208 de febrero 25 de 2005, establecen los requisitos y condiciones mínimas que debe cumplir la institución para obtener dicha licencia de material radiactivo.

2.3.5 Resolución 18-1434 de 2002

“Por la cual se adopta el reglamento de protección y seguridad radiológica”.

El reglamento de protección radiológica constituye un marco regulatorio para el uso seguro de materiales radiactivos, coherente con la legislación nacional e internacional. Esta resolución establece los requisitos mínimos que debe cumplir una empresa interesada en realizar

¹⁴ Tomado de la página www.minproteccionsocial.gov.co.

prácticas con materiales radiactivos que causan exposición a las radiaciones ionizantes, y busca la protección del personal expuesto y la seguridad de las fuentes de radiación, conceptos resumidos como protección y seguridad.¹⁵

¹⁵ Tomado de la página www.minminas.gov.co

3. GENERALIDADES DE LA EMPRESA

3.1 RESEÑA HISTÓRICA

SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA., es una empresa que se constituye el 30 de abril de 1993 por iniciativa del Doctor Rafael García Rey, médico de la UIS y especializado en medicina nuclear de la Universidad de Zaragoza España, quien nota, dos años antes, la necesidad de crear un centro moderno y actualizado de medicina nuclear en Bucaramanga y su área metropolitana. Constituyendo sociedad limitada, en las cuales participan; inmobiliaria REYCO, Luís Gabriel Beltrán, la FOSCAL y Rafael García Rey.

En 1992 se adquiere un área de 100 m² en el Centro Médico Carlos Ardilla Lülle Torre A, el cual estaba en construcción. El 1 de junio de 1993 se inician labores oficialmente, contando con una Gammacámara Siemens Orbiter 3000, una planta de personal de 3 trabajadores, atendiendo en el primer año aproximadamente 500 pacientes, aumentando progresivamente dicho número de pacientes atendidos hasta el año 1997 en que se atienden aproximadamente 6000 pacientes, haciendo necesario aumentar, el área, la planta de personal, insumos y la adquisición de nuevos equipos. En 1997 la FOSCAL se retira como socio de SPECT MEDICINA NUCLEAR.

En Julio de 1998 se da la ampliación del servicio en las nuevas instalaciones del centro medico, Torre B pasando a un área de 240 m². Se adquiere un nuevo y moderno equipo Gammacámara SMV DST-XL para la realización de estudios funcionales.

A principios del 2006 se piensa en la posibilidad de crear una sucursal de Spect Medicina Nuclear en la meseta de Bucaramanga, dado los múltiples proyectos de reforma urbana programada para realizar principalmente sobre la autopista florida – Bucaramanga, es así como en junio del 2006 se adquiere un área de aproximadamente 85 m² en la Clínica Chicamocha, adquiriendo un equipo de 2 cabezas General Electric para iniciar labores en Septiembre de 2007.

Actualmente cuenta con dos sedes en las cuales se tienen equipos de alta tecnología y una

Planta de personal de 14 empleados con excelente calificación nacional e internacional y continúa actualización, generando mayor cobertura de mercado y mejor calidad y confiabilidad en los servicios.

3.2 RAZÓN SOCIAL Y OBJETO SOCIAL

Spect Medicina Nuclear Limitada.

3.3 UBICACIÓN

SEDE 1 FOSCAL

Urbanización el Bosque - Carrera 24 N° 154 – 106
Centro Médico Carlos Ardilla Lülle Piso 5 Modulo 43 Torre B
Florida Blanca – Santander

SEDE 2 CLINICA CHICAMOCHA

Carrera 28 N° 40 – 30
Bucaramanga - Santander

3.4 MISIÓN

Nuestra misión es realizar estudios de diagnóstico y tratamientos de Medicina Nuclear a pacientes, remitidos por médicos y entidades prestadoras de servicios de salud del nororiente Colombiano, mediante la interacción de la más alta tecnología y el mejor recurso humano, garantizando confiabilidad y calidad en nuestros servicios.

3.5 VISIÓN

En el 2010, seguiremos siendo líderes en Medicina Nuclear a nivel regional y lograremos mayor cobertura nacional e internacional, mediante la renovación tecnológica y científica, el mejoramiento continuo y un equipo humano altamente cualificado.

3.6 VALORES CORPORATIVOS

Actitud de servicio. Nos preocupamos por estar disponibles para atender las necesidades y expectativas de nuestros clientes internos y externos y por brindar un servicio confiable, amable, cálido y con respeto.

Mejoramiento continuo. Buscamos la excelencia de nuestros servicios, mejorando continuamente nuestros procesos, nuestros conocimientos y nuestras actitudes.

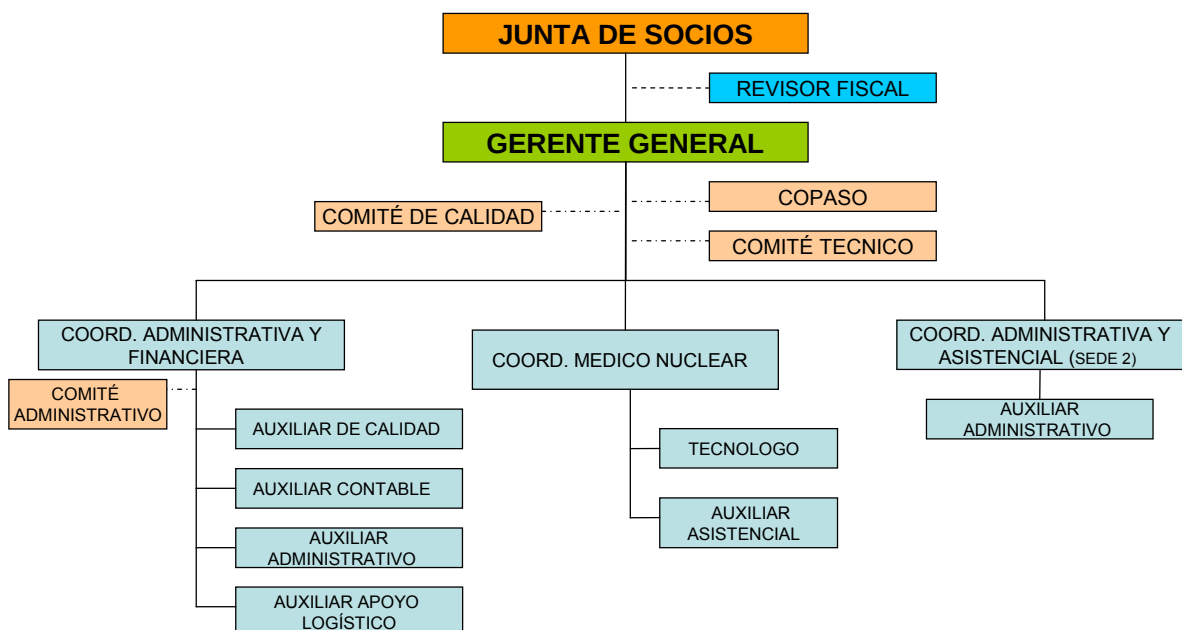
Ética. Nuestras acciones son consecuentes con los principios morales, las buenas costumbres y prácticas profesionales, respetando las normas organizacionales.

Integridad. Estamos comprometidos con la honestidad, lealtad y la responsabilidad, en cada faceta de nuestros comportamientos.

3.7 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La empresa se divide implícitamente en dos áreas principales, el área administrativa y el área asistencial. Pero en realidad es una empresa organizada por procesos los cuales tienen sus respectivos responsables. El organigrama de Spect Medicina Nuclear Ltda. es el siguiente:

Figura 3. Organigrama de Spect Medicina Nuclear Ltda.



La organización se encuentra encabezada por la **junta de socios**, en la que los socios determinan las metas globales de la organización, asignan los recursos necesarios para lograrlas y vela por que se cumpla todo lo establecido en el objeto social de la empresa.

Revisor fiscal. Es el ente externo que se encarga de revisar el manejo adecuado de los recursos de la organización y el cumplimiento de todas las normas y leyes contables que lleva una organización de este tipo.

Gerente general. Planea, organiza y controla la implementación de estrategias corporativas y lidera eficaz y eficientemente todos los procesos de la organización para dar cumplimiento a la misión, visión y objetivos estratégicos establecidos.

Comité de calidad. Es un equipo de trabajo que tiene como función planificar, controlar y evaluar la implementación de todo el sistema de gestión de la calidad.

Comité Técnico. Es un equipo de trabajo conformado por el personal asistencial y cuyas responsabilidades son planificar, controlar y evaluar la implementación de los procesos asistenciales.

Comité Administrativo. Es un equipo de trabajo conformado por el personal administrativo y cuyas responsabilidades son planificar, controlar y evaluar las actividades de los procesos que tienen que ver con el área administrativa o procesos de apoyo.

Copaso. (Comité paritario de salud ocupacional). Es un organismo asesor de naturaleza integradora, pensando no para negociar sino para promover las actividades de Salud Ocupacional al interior de la empresa, conformado por un número igual de representantes del empleador y de los trabajadores con sus respectivos suplentes (Resolución 2013 de 1986).

Coordinadora Administrativa y Financiera. Apoya a la gerencia general en todas las actividades administrativas necesarias para suministrar a todos los procesos los recursos físicos y humanos necesarios que garanticen su óptimo y normal funcionamiento.

Coordinador Médico Nuclear. Coordina el funcionamiento de los procesos asistenciales del servicio. Atiende y realiza diagnósticos y tratamientos de medicina nuclear.

Coordinador Administrativo y asistencial. Administra eficaz y eficientemente los recursos asistenciales y administrativos de la segunda sede. Garantiza que en la empresa se implemente y se mantenga todos los procedimientos y normas establecidas para garantizar la seguridad del cliente interno y el usuario durante la prestación del servicio.

Auxiliar de calidad. Diseña, elabora, distribuye y salvaguarda todos los documentos y registros del sistema de gestión de la calidad. Apoya al representante de la dirección en toda la coordinación y ejecución de eventos y programas establecidos en el SGC.

Tecnólogo. Realiza los estudios gammagraficos del servicio de medicina nuclear. Realiza toda la parte operativa del servicio asistencial.

Auxiliar Asistencial. Es el encargado de brindar apoyo al personal medico y tecnólogos. Realiza estudios gammagraficos de medicina nuclear y labores de radiofarmacia enfermería.

Auxiliar Contable. Realiza actividades de orden administrativo y contable, que se generen en la operación diaria de la organización.

Auxiliar Administrativo. Realiza la recepción, admisión de pacientes en la prestación del servicio. Atiende público en general y transcribe los informes de resultados para posterior entrega.

Auxiliar de apoyo logístico. Realiza actividades de apoyo en la organización como son mensajería, aseo, cafetería y adecuación de áreas físicas.

3.8 PORTAFOLIO DE SERVICIOS

Spect Medicina Nuclear ofrece una gran variedad de servicios en medicina nuclear en cada una de las áreas médicas. En la tabla 1, se detalla los servicios ofrecidos por la empresa, desglosados según cada área médica y codificados por el código C.U.P.S (Clasificación única de procedimientos en salud) establecido por el ministerio de la protección social.

Tabla 1. Portafolio de servicios de Spect Medicina Nuclear Ltda.

CUPS	SERVICIOS DE MEDICINA NUCLEAR
	1 -SISTEMA ENDOCRINO
920201	Captación tiroidea de I – 131 a 4 y/ o 24 horas
920202	Gamagrafía de tiroides
920203	Recorrido corporal con I-131 (rastreo de metástasis)
920204	Estudio con MIBG (entre otros, estudio de feocromocitoma)
922800	Terapia para cáncer de tiroides
922800	Terapia para hipertiroidismo
920208	Gamagrafía de glándulas paratiroides
920209	Prueba de supresión (retenciones)
920210	Test de perclorato
920211	Estudio con yodo colesterol (Gamagrafía de suprarrenales)
	Terapia con fósforo 32
922810	Terapia con metaiodobencilguanidina suprarrenal
920214	Estudio con octreotide
	2 -SISTEMA HEMATOPOYETICO Y LINFATICO
920508	Volumen de glóbulos rojos
920509	Vida media de glóbulos rojos
920501	Gamagrafía esplénica
920503	Gamagrafía de ganglios linfáticos
920502	Gamagrafía de médula ósea
920505	Estudio con leucocitos marcados
920506	Test de Shilling
920507	Estudio de infección con HIG
	3 -SISTEMA GASTROINTESTINAL
920701	Gamagrafía hepatoesplénica
920707	Pool sanguíneo hepático
920702	Gamagrafía hepatobiliar (IDA)
920602	Investigación de hemorragia digestiva
920601	Estudio de glándulas salivares
920604	Búsqueda de mucosa gástrica ectópica (divertículo de Meckel)
920606	Estudio de reflujo gastroesofágico
920607	Estudio de vaciamiento gástrico
920605	Estudio de tránsito esofágico
920708	Estudio de reflujo biliar
	4 -SISTEMA NERVIOSO
920101	Gamagrafía cerebral estática
920102	Gamagrafía cerebral dinámica o estudio de muerte cerebral
920103	Cisternogamagrafía
920104	Evaluación de derivaciones
920105	Gamagrafía SPECT cerebral
	5 -SISTEMA CARDIOVASCULAR
920510	Gamagrafía de pool sanguíneo
920402	Análisis de primer paso cardíaco
920401	Fracción de eyección ventrículo izquierdo
920403	Fracción de eyección ventrículo derecho
920404	Fracción de eyección con motilidad del miocardio en reposo
920405	Fracción de eyección con motilidad del miocardio en reposo y post-ejercicio
920406	Perfusión miocárdica en reposo
920407	Perfusión miocárdica en reposo y post-ejercicio
920410	Gamagrafía de miocardio con pirofosfatos

920411	Estudios vasculares arteriales (perfusión)
920412	Venogamagrafía o flebogamagrafía
920414	Viabilidad miocárdica
920415	Estudio de trasplante cardíaco
	Estudio de perfusión carotídea
	6 -SISTEMA RESPIRATORIO
920301	Gamagrafía pulmonar, perfusión
920302	Gamagrafía pulmonar, ventilación
920303	Búsqueda de hemorragia pulmonar
920304	Gamagrafía pulmonar, perfusión y ventilación
920305	Estudio de aclaramiento mucociliar
920306	Estudio de permeabilidad alvéolo capilar
	7 -SISTEMA GENITOURINARIO (NEFROLOGIA)
920801	Renograma secuencial
920802	Renograma secuencial con filtración glomerular
920803	Flujo plasmático renal efectivo
920804	Residuo vesical
920805	Filtración glomerular
920806	Gamagrafía de contenido escrotal (perfusión)
920807	Cistogamagrafía
920808	Renograma basal y post captopril
920809	Gamagrafía renal estática
920810	Perfusión renal
920811	Renograma con MAG 3
920812	Renograma diurético
920813	Rechazo de trasplante renal
	Estudio de impotencia
	8 -SISTEMA OSTEOARTICULAR
920901	Gamagrafía ósea
920902	Gamagrafía ósea de tres fases
920903	Gamagrafía ósea con SPECT
922805	Sinoviólisis con radioisótopos (Itrium 90)
	9 - OTROS
921100	Dacriocistogamagrafía o gamagrafía de vías lagrimales
921200	Estudio con Galio 67 (para infección y tumores)
922830	Terapia de metástasis con estroncio
921301	Estudio de viabilidad tumoral
921600	Estudio de anticuerpos monoclonales
920307	Salivograma (Test de broncoaspiración)

3.9 CLIENTES

Los clientes de Spect medicina nuclear Ltda. se puede clasificar en tres grupos importantes los cuales son: Clientes Médicos, Clientes pacientes/usuarios y Clientes Empresas.

Clientes Médicos. Son todos aquellos profesionales de la medicina que remiten al paciente para que hagan uso de los servicios diagnósticos y terapéuticos en medicina nuclear de la institución. La mayoría de estos clientes se concentran en el departamento de Santander.

Clientes pacientes/usuarios. Son todas las personas a las que finalmente se les presta el servicio de diagnóstico y tratamiento en medicina nuclear. Estas personas pueden o no estar afiliados al sistema de seguridad social, ya sea al régimen contributivo o al régimen subsidiado, o pueden acceder a los servicios de la organización de forma particular.

Cliente Empresa. Este grupo de clientes se subdivide en:

- *Clientes institucionales:* empresas, aseguradoras, Soat.
- *Empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB):* Aquí están las empresas promotoras de salud (EPS), Administradoras del régimen subsidiado (ARS), Aseguradoras de riesgos profesionales (ARP), Entidades adaptadas y empresas de medicina prepagada.
- *Prestadores de servicios de salud:* Aquí están las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y profesionales independientes.
- *Corporativas:* Son empresas particulares con las cuales se tiene convenio o contrato por ejemplo: Bavaria, ECOPETROL.

A continuación se lista la tabla 2 con las empresas clientes con las cuales se tiene contrato para la prestación de servicios en medicina nuclear.

Tabla 2. Empresas Clientes de Spect Medicina Nuclear.

EMPRESA CLIENTE	UBICACIÓN EN SANTANDER
BANCO DE LA REPUBLICA	Cra 19 No. 34-93 Bucaramanga
BAVARIA S.A.	Carretera Café Madrid Km 2 Bucaramanga
CAFESALUD EPS, ARS	Cra 35A No. 52-109 Bucaramanga
CAFESALUD MED. PREPAGADA,	Avda González Valencia 55-67
CAPRUIS	Ciudad Universitaria UIS Bucaramanga
CENTRO MEDICO CAL	Cra 24 # 154-106 Floridablanca
CLINICA CHICAMOCHA	Cra 28 # 40-30 Bucaramanga
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS	Calle 48 #25-56 Bucaramanga
CLINICA SANTA CRUZ DE LA LOMA	Calle 12 # 12-20 SanGil
COLMEDICA SALUD MED. PREPAGADA, HUMANA GOLDEN CROSS	Cra 29 No. 45-99 Bucaramanga
COLSANITAS	Cra 33 No. 54-19 Bucaramanga
COLSEGUROS EPS Y POLIZA	Cra 29 No. 47-56 Bucaramanga
COMFENALCO EPS, ARS	Avda Gonz. Val. # 52-69 Bucaramanga
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA	Calle No. 31-154 Bucaramanga
ECOPETROL	Cra 33 No. 49-35 Of 301 Bucaramanga
EPS SANITAS	Cra 33 No. 54-19 Bucaramanga
FOS CAL	Autopista F/blanca Urb. El Bosque

	B/manga
FUNDACION CARDIOVASCULAR DEL ORIENTE	Calle 155A # 23-58 El Bosque F/blanca
FUNDACION MEDICO PREVENTIVA	Avda González Valencia No. 55A-10 B/manga
INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL (ISS)	Calle 35 No. 16-24 piso 17
LIBERTY SEGUROS	Calle 53 No. 30-16 Bucaramanga
MEDISANITAS	Cra 33 No. 54-19 Bucaramanga
MULTICLINICA DE BUCARAMANGA	Cra 29 No. 17-37 Bucaramanga
NEFROLOGOS ASOCIADOS	Calle 54 No. 34-03 Bucaramanga
SALUD COLPATRIA MED. PREPAGADA, EPS, ARS	Calle 52 No. 35-27 Bucaramanga
SALUD TOTAL	Calle 53 No. 27-33 Bucaramanga
SALUDCOOP	Cra 35A No. 52-109 Bucaramanga
SEGUROS BOLIVAR	Calle 36 No. 17-25 Bucaramanga
SENA	Calle 16 No. 27-37 Bucaramanga
SERVIR S.A. (TODOS LOS PROGRAMAS)	Cra 30 No. 51-72 Bucaramanga
SOLSALUD EPS	Cra 26 No. 30-70
SURAMERICANA DE SEGUROS	Calle 35 No. 18-21 P-2 Bucaramanga
VIVIR MEDICINA PREPAGADA	Cra 33 No. 52-18 Bucaramanga

3.10 PROVEEDORES DE BIENES Y SERVICIOS

Spect Medicina nuclear tiene proveedores de mayor y menor importancia de acuerdo a los productos o servicios críticos que le suministran. Esta clasificación está de acuerdo a la tabla 3., tipologías de compras y contratación de servicios, que se presenta a continuación.

Tabla 3. Tipología de compras y contratación de servicio

PRODUCTO	TIPO DE COMPRA	PROCESO IMPLICADO	CRITICIDAD			TOTAL
			Afecta la calidad	Frecuencia	Costos	
Material Radiactivo	Orden de compra servicio	Diagnóstico Tratamiento	5	5	5	15
Fármacos	Orden de compra servicio	Diagnóstico	5	5	5	15
Elementos Médicos	Orden de compra servicio	Diagnóstico	5	5	3	13
Papelería	Orden de compra servicio	Todos los proceso	3	5	3	11
Elementos de aseo y cafetería.	Orden de compra servicio	Todos los procesos	3	3	1	7
Mantenimiento de equipos Médicos	Orden de compra	Diagnóstico Tratamiento	5	5	5	15

	servicio					
Mantenimiento de equipo de computo	Orden de compra servicio	Todos los procesos	4	4	3	11
CRITICO A PARTIR DE 12 PUNTOS BAJO: 1 MEDIO: 3 ALTO: 5						

Los criterios básicos que se establecen para poder clasificar las compras y servicios son: la frecuencia de compra o contratación, los costos que representan con respecto a los demás productos comprados y como afecta la calidad de los procesos estratégicos y de soporte de la empresa. Como se detalla en la tabla 3., los productos y servicios más críticos son los materiales radiactivos, fármacos, elementos médicos quirúrgicos y servicio de mantenimiento del equipo médico. De acuerdo a esto, los proveedores más importantes son los que suministran este tipo de productos y/o servicios, entre ellos se encuentran:

QUIRURGICOS LTDA

Es una empresa importadora directa de equipos médicos, instrumental quirúrgico, elementos para mano maxilofacial y Medicina Nuclear. Quirúrgicos Ltda. Provee a Spect Medicina Nuclear el principal insumo de la empresa, que son los generadores de soluciones de tecnecio 99 (radiactivo) metaestable. Suministra otros elementos radiactivos como son el I-131 en presentación de capsulas y en solución.

También suministra fármacos utilizados en medicina nuclear como son el Mediocis (MDP), Renocis (DTPA).

Oficina Principal

Bogotá D.C - Colombia

Calle 36 N° 18 - 40 A.A 10463

Conmutador (1) 3203000

SELIG DE COLOMBIA LTDA

Es la segunda empresa importadora directa de material radiactivo y fármacos en medicina nuclear y elementos médicos. Es el proveedor principal del I-131 (radiactivo) en solución y capsula, para tratamientos en medicina nuclear de la tiroides. Al igual que Quirúrgicos suministra fármacos en medicina nuclear como son el Metíldifosfonato (MDP) para las gammagrafías óseas (producto estrella de la empresa), Myoview (perfusión miocárdica), Hepatate (G. hepatobiliar), Pirofosfatos, etc.

Oficina Principal
Bogotá D.C - Colombia

Avenida Cra. 45 (Paralela occidental) N° 102 – 07
Tel. (1) 6359383

IMPORCLINICOS LTDA

Es una empresa que dota de elementos e insumos medicoquirúrgicos a clínicas y hospitales del departamento de Santander. Entre los elementos que suministra están las branulas, jeringas de diferentes calibres, sondas, guantes, alcohol, algodón, etc.

Oficina principal
Bucaramanga - Colombia

Calle 32 32 – 64
Tel. (7) 6325857

GENERAL MEDICA DE COLOMBIA S.A (GEMEDCO)



GEMEDCO es una sociedad anónima, conformada en su totalidad por capital colombiano, que se constituyó en el mes de agosto de 1985 como representante de la línea de dispositivos médicos del multinacional General Eléctric. Actualmente, GEMEDCO adelanta operaciones en Bogotá, Barranquilla, Bucaramanga, Cali y Medellín, desde donde tiene un cubrimiento completo del país en el área comercial y de servicio técnico.

GEMEDCO es el principal proveedor de servicios de soporte técnico de Spect Medicina Nuclear, y se encarga de realizar el mantenimiento a los equipos de gammacámaras.

Sucursal GEMEDCO S.A
Bucaramanga – Colombia

Carrera 24 N° 154-106 L-103
Tel. (7) 6384160 Ext. 1103

Otros proveedores de Spect Medicina Nuclear Ltda. son: NUCLEOTEC, COMCI Ltda., LASER Ltda., INSURCOL, FRIOCOL, IMBIOCOP, RADPROCT, RX.SA entre otros.

4. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA

4.1 CONOCIMIENTO DE LA EMPRESA

SPECT Medicina Nuclear decide comenzar la implementación del Sistema de Gestión de la calidad basado en la NTC-ISO 9001:2000 a mediados del mes de Mayo de 2006. Para tal fin contrata los servicios de consultoría de la empresa INGCODI "Consultores en Desarrollo Industrial y Empresarial Ltda.", para que lidere el proceso.

Desde el 1 hasta el 12 de junio se empezó el reconocimiento de la empresa, primero se hizo un recorrido a sus instalaciones, observando las áreas administrativas y las áreas asistenciales; se observó de manera detallada las actividades o procesos que en ellas se realizan. También se efectuó la presentación formal con el personal de la empresa tanto asistencial como administrativo.

En esta etapa de reconocimiento de la empresa se dio apoyo a la formulación del direccionamiento estratégico en las diferentes sesiones que se realizaron para tal fin, como también, en la documentación del plan estratégico que resultó del esfuerzo conjunto de todos los participantes del comité de calidad.

Las actividades que ayudaron a una buena inducción en el inicio del proyecto fueron: las entrevistas al Gerente General, Médico nuclear y Administradora, sobre la historia de la empresa, conceptos básicos de la medicina nuclear y sobre los actuales procesos administrativos. El contacto directo con todo el personal de Spect medicina nuclear, y la observación directa de las actividades del día a día, como también la inspección de algunos documentos de carácter general, también sirvieron como apoyo a esta actividad.

4.2 DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL

Una vez realizada la etapa de conocimiento de la empresa se hizo un diagnóstico general por áreas funcionales.

Dirección. La función dirección de la empresa al inicio de este proceso se caracteriza por:

- La dirección de la empresa no maneja conceptos de planeación estratégica. No se tenía documentada de una manera coherente las directrices estratégicas como: la misión y la visión de la empresa. Cabe destacar que si se tenía documentado los valores corporativos.
- No existe planeación estratégica al interior de la empresa, por lo tanto, no se cuenta con una declaración documentada de objetivos estratégicos, con sus respectivas estrategias y metas a corto, mediano y largo plazo. Los líderes administrativos como el Gerente y la Coordinadora Administrativa, no realizan ningún tipo de planeación, ya que no poseen estudios de tipo administrativo, que permitan generar una orientación estratégica y de gestión gerencial a la empresa.
- Los líderes administrativos carecen de lineamientos claros de planeación y organización para delegar autoridad.

Mercadotecnia. La función de mercadotecnia al inicio este proceso se caracteriza por:

- El mercado de la empresa esta claramente segmentado, y están identificados los clientes por zonas geográficas en el nororiente colombiano.
- La empresa entre los competidores del mercado regional, se posiciona como la líder, y la dirección planea más proyección a nivel nacional e internacional.
- La empresa cuenta con una localización privilegiada, en el centro médico Carlos Ardila Lülle, que le da un posicionamiento estratégico especial por el buen nombre con que cuenta el complejo médico.
- En el momento del inicio del proceso, la empresa se encontraba en crecimiento de su participación en el mercado. La demanda del número de servicios prestados estaba en aumento en comparación a periodos anteriores.
- En la empresa no se realiza mercadeo, ni tampoco publicidad para mercadear los servicios. La medicina nuclear es una rama de la medicina que es muy especial en nuestro medio y que es poco común y de la cual muchos médicos tienen poco conocimiento. Es por esto, que la empresa debe realizar esfuerzos en difundir la medicina nuclear en todo el mercado en el cual se encuentra.
- La empresa tampoco realiza investigación de mercados o planes de mercadeo que le permitan identificar otros segmentos de mercados donde se pueda expandir sus servicios.

- En cuanto el servicio al cliente de la empresa, aparentemente es muy bueno, pero no existen herramientas que hagan posible su medición como encuestas de satisfacción etc.
- En general la mercadotecnia de la empresa no es eficiente, no existe planeación ni tampoco elaboración de presupuestos, que incluya este aspecto. Además la empresa no cuenta con personas que tengan perfil de mercaderistas que ayuden a promocionar los servicios.

Talento Humano y Ambiente de Trabajo. De acuerdo a lo observado al inicio del proceso de implementación del sistema de gestión de la calidad en el aspecto del talento humano y del ambiente de trabajo, en la empresa se concluye:

- La estructura organizacional u organigrama no es apropiada para el propósito de la organización, carece de grupos primarios de comunicación, carece de Copaso y de cargos que se enfoquen a liderar los procesos administrativos y asistenciales.
- En la empresa no existe descripción de las funciones y responsabilidades de los cargos.
- La moral de los empleados está en un término intermedio, debido a que la dirección utiliza incentivos que no cumplen un papel motivador, ya que el personal los perciben más como una costumbre que se ha adoptado.
- La empresa no tiene establecido una metodología que permita la rotación del personal tanto en las diferentes actividades del área asistencial, como en las actividades del área administrativa. Y no existe una herramienta para medir el grado de ausentismo del personal.
- En cuanto a la parte de salud ocupacional, existe un panorama de riesgo que no está actualizado por la ARP de la empresa (COLPATRIA), y un programa de salud ocupacional que también no está actualizado.
- Existe un manual de protección radiológica para el control del riesgo de radiación ionizante que es uno de los dos riesgos más críticos de la empresa. Pero este manual no ha sido socializado en su totalidad al personal asistencial, es decir no se está cumpliendo con el requisito de ley.
- Hay poco manejo por parte del personal asistencial del riesgo biológico, ya que no hay normas de bioseguridad establecidas, que permitan el control de este riesgo.

Finanzas y Contabilidad. Anualmente se presenta el informe de los estados financieros a los socios de la empresa, para evaluar el rendimiento del año y las utilidades generadas por el negocio. El análisis de las razones financieras se realiza como un requisito de cada año, como cierre para presentar a la DIAN, pero este no es interpretado y analizado para tomar decisiones y planear estrategias financieras. Este informe carece de razones financieras de liquidez y endeudamiento; mas sin embargo presenta índices de rentabilidad.

- La rotación de cartera del sector salud se caracteriza por ser muy lenta y en este sentido no es ajeno Spect medicina nuclear, que tiene una cartera promedio de 115 días. Sólo pocas empresas clientes superan el promedio del sector salud.
- La empresa nunca ha elaborado un presupuesto de capital, que permita una asignación de recursos planeada a lo largo de un periodo de tiempo. Aunque hay personal en la empresa capacitado para la elaboración de este presupuesto financiero, nunca ha tenido la iniciativa para realizarlo.
- En la parte de facturación del dinero hay muchas ineficiencias porque se realiza doble trabajo, desde el momento que las secretarias recaudan los copagos hasta el cobro de las facturas a las empresas clientes. Las secretarias admisionan el paciente y si es necesario recaudan el copago por medio de una orden de servicio generada por el programa de facturación. Al momento de realizar la factura de cobro, la secretaria auxiliar contable realiza un consecutivo con todos los pacientes de una misma empresa cliente y realiza la factura en el mismo programa de facturación, y generando si es necesario una relación de cobro aparte. Hay dos programas para la gestión de facturación y para la contabilidad, estos son diferentes; por lo tanto en la empresa se hace doble digitación de las cuentas porque no existe interfaz entre estos programas.
- La secretaria auxiliar contable carece de las competencias necesarias para manejar la contabilidad de la empresa, ya que no tiene los estudios para realizar esta labor; por lo tanto esta labor la viene realizando la administradora de la empresa, que es profesional en contaduría pública y se ha encargado de esta función, que por otro lado no le corresponde por tener un cargo directivo y no operativo.

Compras y contratación. Las compras en la empresa se realizan de una manera muy informal, no se tienen documentos que soporten el aprovisionamiento de insumos, ni documentos que soporten las requisiciones de suministros de materiales medicoquirúrgicos, material

radiactivo y otro tipos de productos requeridos por el personal y que se utilizan para el normal funcionamiento del servicio.

- La empresa tiene la limitante de contar con escasos proveedores de sus principales insumos, debido a la especialidad de estos; por ejemplo, en el caso de los isótopos radiactivos solo cuenta con dos proveedores a nivel nacional. Ha sucedido varias veces que estos proveedores incumplen con la fecha de entrega del material radiactivo, esto se presenta básicamente porque es un insumo que se importa sobre pedido, y por su carácter de radiactivo es compleja su fabricación y comercialización.
- La contratación de servicios se realiza de manera informal, a veces sin documentos soportes de la prestación del servicio, que puede ser un mantenimiento, u otro servicio.

Producción del servicio. El proceso productivo esta sujeto a muchas variables, es por esto que no hay un patrón establecido en la atención del servicio, que permita planificar la producción de la empresa, en términos de planeación agregada y capacidad. Esto se debe al número de estudios que se ofrecen y que son muy variables de un paciente a otro en términos de costo, tiempo de realización del producto-servicio y el número incierto de pacientes que remiten las entidades prestadoras de servicios en salud.

Otros aspectos de la producción del servicio son:

- La infraestructura física (locativa), los equipos médicos y de cómputo están en excelente condiciones de trabajo. Las instalaciones en general son confortables.
- El manejo y control de los inventarios en la empresa es deficiente. No existen políticas para el manejo y control de inventarios de materia prima e insumos; por lo tanto suele suceder que se presenten problemas de faltantes o exceso de inventario de materia prima.
- No existen políticas o parámetros establecidos para el control de la calidad de los procesos misionales de la realización del producto servicio.
- Falta fortalecer la planeación de los servicios que presta la institución, ya que se puede observar que hay poca coordinación en la programación y ejecución del servicio, entre las auxiliares administrativas que son las que asignan las citas y realizan la recepción del paciente y el personal asistencial como son los médicos nucleares y los tecnólogos.
- La empresa no posee un sistema de información eficiente integrado, para las funciones de contabilidad, facturación y administración de

citas. La empresa tiene 2 sistemas de información, uno hecho a la medida en FoxPro (por un ingeniero de sistemas independiente), para facturación y administración de citas y el Programa TIMAX para ejecutar la contabilidad de la empresa.

- No hay un proceso de investigación y desarrollo consolidado, pero cabe destacar que el personal médico está en constante actualización, mediante la interacción con la sociedad colombiana de medicina nuclear y revistas de carácter mundial en salud. También existe grupos multidisciplinarios de especialidades médicas para la investigación y el tratamiento de casos especiales, como son la junta de Tiroides y el Grupo de urología entre otros.

4.3 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

El Direccionamiento estratégico de la empresa empezó a realizarse casi paralelo a las etapas de conocimiento de la empresa y al diagnóstico organizacional tanto interno como externo. Se empezó por evaluar y redefinir la misión, visión, valores corporativos que estaban establecidos, los cuales aparecen en el capítulo 3 (generalidades de la empresa) de este documento.

4.3.1 Análisis ambiente interno y externo - Matriz DOFA

La matriz DOFA es la herramienta utilizada para realizar el ajuste del análisis externo e interno, donde se identificaron fortalezas y debilidades internas, y se identificaron oportunidades y amenazas externas. El ajuste de los factores externos e internos es la parte más compleja del desarrollo de una matriz DOFA y requirió del consenso de los integrantes del comité de calidad. El cruce de los cuatro factores (internos y externos) da como resultado las estrategias FO, DO, FA y DA, respectivamente.

Estrategias FO: utilizan las fortalezas internas de una empresa para aprovechar las oportunidades externas. A todos los directivos les gusta que sus empresas tuvieran la oportunidad de utilizar las fortalezas internas para aprovechar las tendencias y los acontecimientos externos.

Estrategias DO: tienen como objetivo mejorar las debilidades internas al aprovechar las oportunidades externas.

Estrategias FA: usan las fortalezas de una empresa para evitar o reducir el impacto de las amenazas externas. Esto puede significar que una empresa sólida pueda enfrentar amenazas del ambiente externo.

Estrategias DA: tienen como propósito reducir las debilidades internas y evitar las amenazas externas.

La construcción de la matriz DOFA se hizo en compañía de todos los integrantes del comité de calidad, y estos fueron los pasos que se siguieron:

1. Se elaboró una lista de oportunidades externas claves.
2. Se elaboró una lista de amenazas externas claves.
3. se elaboró una lista de fortalezas internas más importantes.
4. Se elaboró una lista de las debilidades internas más importantes.
5. se relacionó las fortalezas internas con las oportunidades externas para establecer las estrategias FO en el cuadrante correspondiente.
6. Se relacionó las debilidades internas con las oportunidades externas para establecer las estrategias DO.
7. Se relacionó las fortalezas internas con las amenazas externas y así se determinaron las estrategias FA.
8. Y finalmente se relacionaron las debilidades internas con las amenazas externas obteniendo las estrategias DA.

La **tabla 4**, ilustra la matriz DOFA resultante de Spect Medicina Nuclear Ltda. Como se puede observar las estrategias principales resultantes de la matriz DOFA son:

- Penetración en el mercado local, área metropolitana.
- Desarrollo de mercados regionales.
- Mejoramiento de procesos de la empresa.
- Liderazgo en costos y presupuesto.
- Estrategia de diferenciación.
- Estrategia de gestión del talento humano.

Tabla 4. Matriz DOFA Spect Medicina Nuclear LTDA

ANALISIS DOFA		FORTALEZAS	DEBILIDADES
		1. Compromiso de mejora continua e implementación de SGC para certificación	1. No existe una sistema de planeación, evaluación y control de estrategias y objetivos
		2. Confiabilidad y calidad reconocida de los servicios	2. No hay procesos y programas de desarrollo humano y una estructura organizacional definida
		3. Interacción con médicos de diferentes especialidades	3. No hay un sistema de costos y presupuestos
		4. Provisión y liquidez	4. No hay un programa o proceso bien definido de atención al cliente
		5. Equipo humano homogéneo	5. No hay un plan de mercadeo – Investigación de mercados- Seg. mercados
		6. Equipos de alta tecnología	
		7. Amplia cobertura de mercado del nororiente colombiano (aprox. 70%)	
		8. Imagen corporativa reconocida por ubicación de la organización	
		9. Cubrimiento y realización de gran mayoría de procedimientos de diagnóstico y medicina nuclear	
		10. Cumplimiento de requisitos de ley	
		ESTRATEGIAS FO	ESTRATEGIA DO
OPORTUNIDADES	1. Crecimiento en cobertura de servicios de salud	1. Penetración en el mercado local – Área metropolitana 2. Desarrollo de mercados regionales 3. Liderazgo en costos	1. Penetración en el mercado local – Área metropolitana 2. Desarrollo de mercados regionales 3. Mejoramiento de procesos – Estrategia operacional 4. Liderazgo en costos y presupuestos
	2. Actualización e implementación de piso tarifario de servicios de salud a nivel nacional		
	3. Creación del centro de cáncer regional - Foscal		
	4. Más disponibilidad y accesibilidad a insumos y tecnología por tratados de libre comercio - TLC		
	5. Creación de zonas francas de salud		
	6. Desconocimiento de la medicina nuclear por parte de los médicos		
		ESTRATEGIAS FA	ESTRATEGIA DA
AMENAZAS	1. Ingreso de nuevos competidores nacionales e internacionales	1. Estrategia de diferenciación 2. Liderazgo en costos	1. Estrategia de diferenciación 2. Liderazgo en costos 3. Estrategia de Gestión de Talento Humano 4. Mejoramiento de procesos – Estrategia operacional
	2. Sistema de pago de servicios de salud de las EPS – baja rotación de cartera		
	3. Inestabilidad económica del país		
	5. Monopolio de proveedores de insumos y suministros		
	6. Devaluación de la moneda nacional		
	7. Cambios en políticas y normas que rigen el sector salud		

El análisis del ambiente interno y externo por medio de la matriz DOFA, se complementó con la elaboración de la herramienta matriz de posición estratégica y evaluación de la acción (PEEA). Esta herramienta indica si la estrategia más adecuada para implementar en la empresa debe ser intensiva, conservadora, defensiva o competitiva. Los ejes de la matriz PEEA están representados por dos dimensiones internas (*fortaleza financiera FF y ventaja competitiva VC*) y dos dimensiones externas (*estabilidad ambiental EA y fortaleza industrial FI*). Los factores que integran las dimensiones de la matriz PEEA con su respectiva calificación se detallan en la tabla 5. Se le asigna un valor positivo entre +1(peor) a +6 (mejor) a cada una de las variables que integran las dimensiones FF y FI. Se le asigna un valor negativo entre -1 (mejor) a -6 (peor) a cada una de las variables que integran las dimensiones EA y VC. Después de esto se promedian los valores de FF, VC, FI, y EA y se hallan los intercepto en los ejes X y Y de la matriz PEEA.

Tabla 5. Factores que integra la matriz PEEA de Spect Medicina Nuclear

FORTALEZAS FINANCIERAS (FF)	CAL	ESTABILIDAD AMBIENTAL (EA)	CAL
Provisión y liquidez	6	Inestabilidad económica del país	-1
Capital de trabajo	4	Devaluación de la moneda	-3
Incremento en Ventas	3	Cambios en políticas y normas de salud	-3
Capacidad de endeudamiento	5	Variación de la demanda	-2
Aumento de utilidad	2	Aparición de nuevos competidores	-1
		Monopolio de proveedores	-3
TOTAL	4	TOTAL	-2,17
VENTAJA COMPETITIVA (VC)		FORTALEZAS INDUSTRIALES (FI)	
Amplia cobertura del mercado	-3	Implementación de piso tarifario	4
Calidad y confiabilidad del servicio	-1	Potencial de crecimiento del mercado	2
Alta tecnología	-2	Especialización del servicio/producto	5
Personal competente	-2	Ley 100 de seguridad social	4
Disponibilidad de horarios extendidos y urgencias	-3		
TOTAL	-2,2	TOTAL	3,75

Intercepto para generar grafica matriz PEEA:

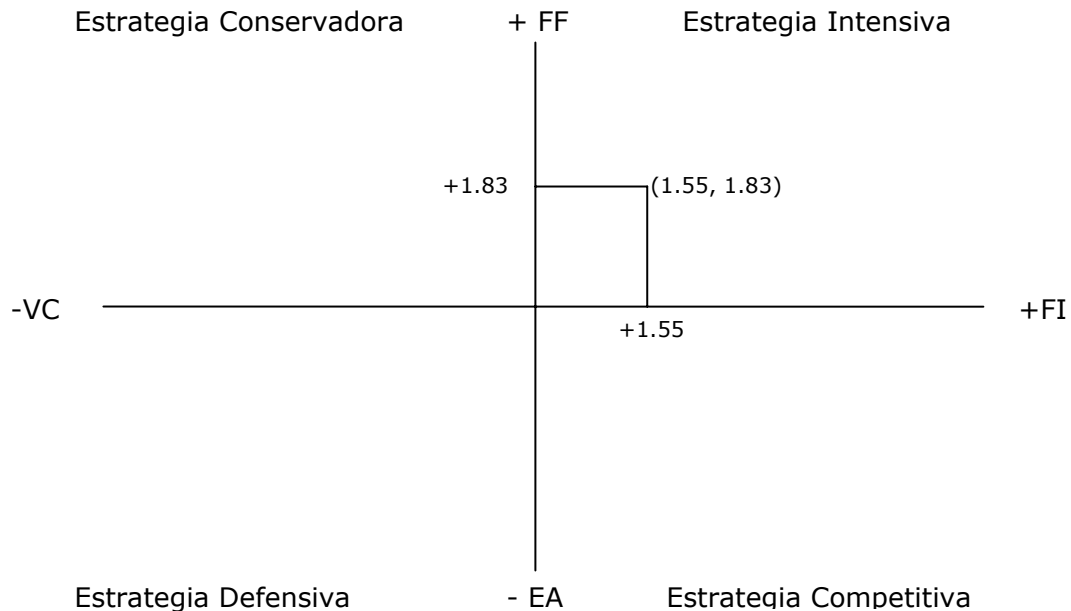
$$\text{EJE X} = (\text{VC} + \text{FI}) = (-2.2 + 3.75) = 1.55$$

$$\text{EJEY} = (\text{FF} + \text{EA}) = (4 - 2.17) = 1,83$$

Intercepto (X,Y) = (1.55, 1.83)

La matriz PEEA resultante del análisis de intercepto en los ejes X y Y se puede observar en la figura 4.

Figura 4. Matriz de la posición estratégica y evaluación de la acción (PEEA).



De acuerdo al resultado de la matriz PEEA se puede concluir que Spect medicina nuclear tiene una excelente posición estratégica, que puede usar sus principales fortalezas (fortaleza financiera y amplia cobertura del mercado) para aprovechar las oportunidades y superar las debilidades.

4.3.2 Planificación organizacional: Objetivos y Estrategias

A partir del análisis del ambiente interno y externo se definieron los objetivos estratégicos a 5 años y anuales con sus respectivas metas. También tomando como base las estrategias surgidas en la matriz DOFA se procedió a definir los planes de acción y estrategias de la empresa. A continuación se listan los objetivos estratégicos de Spect Medicina Nuclear Ltda.:

1. Lograr en el 2010 un aumento del 40 % de las ventas alcanzadas hasta el 2006 abarcando clientes de mercados nacionales e internacionales.
2. Lograr gran diversificación de productos y servicios de medicina nuclear mediante la renovación tecnológica y el mejoramiento continuo.
3. Establecer un sistema integrado de gestión para garantizar al cliente alta calidad y confiabilidad en los productos y servicios.
4. Poseer un sistema de presupuestos y costos, planificado, implementado y controlado que garantice el mantenimiento e incremento continuo de la rentabilidad.

Precisamente, uno de los objetivos estratégicos (anuales) planteados a diciembre de 2007 es implementar un Sistema de Gestión de la Calidad bajo los lineamientos de la NTC-ISO 9001:2000 y obtener la certificación de la empresa para los procesos asistenciales de Diagnóstico y Tratamiento.

Las estrategias que se definieron se caracterizan por tener las siguientes directrices:

1. Penetración de mercados.
2. Desarrollo de nuevos productos.
3. Diferenciación.
4. Operacional de mejora de procesos.

El plan estratégico completo se encuentra consignado en los documentos que son del tipo confidencial de Spect Medicina Nuclear Ltda.

4.4 DIAGNÓSTICO SEGÚN LA NORMA NTC ISO 9001:2000 EN LA EMPRESA

El diagnóstico de la empresa basado en los lineamientos de la norma ISO 9001 se realizó entre los días 12 y 30 de junio de 2006. La herramienta utilizada fue una lista de chequeo, para verificar (cumplimiento) punto por punto de la norma ISO 9001. Para esto se realizaron preguntas concernientes al texto de cada numeral de la

norma o simplemente se escribió el título de este mismo numeral, para que se hiciera la posterior explicación de su desarrollo. Para la ejecución del diagnóstico se entrevistó a los líderes de proceso, como el Gerente General, Médico Nuclear y Coordinadora Administrativa y financiera. Igualmente se revisó la documentación necesaria (formatos, registros, manuales, etc.) para corroborar el nivel de cumplimiento de cada numeral en cuanto a la parte documental. Como apoyo a estas actividades se hizo una observación directa de las actividades y procedimientos cotidianos realizados en la organización, para complementar los detalles de la lista de chequeo y también para tener mayores fundamentos en las entrevistas.

Tabla 6. Diagnóstico del sistema de Gestión de Calidad Basado en la Norma NTC ISO 9001:2000

EMPRESA: Spect medicina Nuclear Ltda.

FECHA DE ELABORACIÓN: Junio 12 al 30 de 2006.

ELABORADO POR: José Leonardo Quiroz. (Auxiliar De Calidad)

NOMENCLATURA SOBRE LOS NIVELES DE DESEMPEÑO		% DE CUMPLIMIENTO
NA	Requisito no aplicable, bajo los parámetros de exclusión de ISO 9001	No aplica
AP	Requisito aplicable, no diseñado, no desarrollado, ni implementado	0%
D&D	Requisito en Proceso de diseño o desarrollo como especificación del SGC	25%
IM	Requisito implementado, con resultados, registros y evidencias	50%
AU	Requisito implementado y auditado con resultados conformes	75%
ME	Requisito implementado, auditado y en proceso de mejoramiento continuo. Listo para auditoria externa.	100%

REQUISITO DEL SGC	NIVELES DE MADUREZ DE DESEMPEÑO						OBSERVACIONES
4. SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD							
4.1. Requisitos Generales	NA	AP 0 %	D&D 25 %	IM 50 %	AU 75 %	ME 100 %	
Identificación de los procesos necesarios para el SGC.		X					No están identificados los procesos del Sistema de Gestión de Calidad.
Secuencia e interacción de los procesos.		X					No se ha determinado la secuencia e interacción de los procesos (Mapa de procesos).
¿Se cuenta con métodos necesarios para asegurar que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces?		X					No se cuenta con mecanismos que garanticen la operación y control de los procesos. No se ha realizado la caracterización de procesos.
Seguimiento, medición y análisis de los procesos. Y acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y mejora continua de estos procesos.		X					No hay establecida la forma de medir, analizar los procesos. No existen indicadores para evaluar el desempeño de los procesos, por lo tanto no se han implementado las acciones necesarias para alcanzar la mejora continua de los procesos.
4.2. Requisitos de la documentación	NA	AP 0 %	D&D 25 %	IM 50 %	AU 75 %	ME 100 %	
4.2.1 Política y objetivos de la calidad.		X					No existen declaraciones documentadas de una política y de objetivos de la calidad.
4.2.2 Manual de la calidad.		X					La empresa no cuenta con un manual de Calidad que incluya el alcance y los procedimientos documentados del SGC.
4.2.3 Control de los documentos.		X					La empresa no tiene establecido un procedimiento para el control de los documentos del Sistema de gestión de la calidad. Tampoco existe una Guía que oriente el método de elaboración de los documentos.
4.2.3 ¿Está organizada y existe una relación de la documentación que hace parte del Sistema de		X					Existen unos protocolos con los que el personal científico de Spect Medicina Nuclear se basa para realizar sus operaciones pero

REQUISITO DEL SGC	NIVELES DE MADUREZ DE DESEMPEÑO						OBSERVACIONES
Gestión de la Calidad?							estos no están debidamente organizados, controlados y actualizados.
4.2.4 Control de los registros		X					No hay un procedimiento documentado para el control de los registros.
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN							
5.1 Compromiso de la Dirección	NA	AP 0 %	D&D 25 %	IM 50 %	AU 75 %	ME 100 %	
¿Se comunica por parte de la dirección acerca de la importancia de satisfacer los requisitos del cliente?		X					Se puede observar que no existe por parte de la dirección una comunicación eficaz al interior de la organización sobre la importancia de satisfacer los requisitos del cliente.
Evidencia o compromiso para difundir la política y los objetivos de la calidad.		X					Como no está establecida la política y los objetivos de la calidad no puede existir una difusión de estos por parte de la dirección.
5.2 Enfoque al Cliente	NA	AP 0 %	D&D 25 %	IM 50 %	AU 75 %	ME 100 %	
Requisitos del cliente.		X					La dirección de la empresa tiene un especial interés por la satisfacción de los clientes, pero no existe una evidencia de que se hayan determinado sus requisitos.
Satisfacción del Cliente.		X					Como los requisitos del cliente no están determinados, tampoco hay una manera clara de medir la satisfacción de estos. Existen 3 clases de clientes: los médicos especialistas, las EPS, y los pacientes a los cuales se les debe especificar muy bien sus requisitos para poder evaluar su satisfacción.
5.3 Política de la Calidad		X					No existe una declaración documentada de la política de Calidad por tanto no se puede asegurar si es adecuada al propósito de la organización o si cumple con los requisitos para mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

REQUISITO DEL SGC	NIVELES DE MADUREZ DE DESEMPEÑO						OBSERVACIONES
5.4 Planificación	NA	AP 0 %	D&D 25 %	IM 50 %	AU 75 %	ME 100 %	
5.4.1 ¿Están establecidos los objetivos de calidad en las funciones y niveles pertinentes dentro de la organización?		X					Los objetivos de la calidad no están establecidos dentro de la organización.
5.4.1 ¿Los objetivos de la calidad son medibles y coherentes con la política de la calidad?		X					La política de la calidad y los objetivos de la calidad no están definidos dentro de la organización.
5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación	NA	AP 0 %	D&D 25 %	IM 50 %	AU 75 %	ME 100 %	
5.5.1 ¿Están definidas las responsabilidades y autoridades dentro de la organización?		X					Si están definidos los niveles de autoridades dentro de la organización. Existe un organigrama que muestra los niveles de autoridad de los cargos pero necesita revisarse para su actualización. Se carece de un manual de descripción de cargos, por lo tanto no se comunican efectivamente las responsabilidades de los cargos dentro de la organización.
5.5.2 Representante de la dirección.				X			Se ha escogido el representante de la dirección, que tiene responsabilidades de acuerdo a las establecidas en la norma ISO 9001:2000. Existe un acta como evidencia de esta elección.
5.5.3 Comunicación interna		X					No se han definido formalmente los canales de comunicación al interior de la organización.
5.6 Revisión por la dirección	NA	AP 0 %	D&D 25 %	IM 50 %	AU 75 %	ME 100 %	
5.6.1 ¿Se ha establecido una metodología para hacer la revisión de las mejoras por parte de la dirección?		X					Debido a que apenas se empieza a formalizar un Sistema de Gestión de la calidad, no existe una metodología que le permita a la dirección hacer la revisión de oportunidades de mejora para el sistema productivo.

REQUISITO DEL SGC	NIVELES DE MADUREZ DE DESEMPEÑO						OBSERVACIONES
5.6.2 Información para la revisión		X					No se ha establecido la metodología para hacer la revisión por parte de la dirección.
5.6.3 Resultados de la revisión		X					No se ha establecido la metodología para hacer la revisión por parte de la dirección.
6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS							
6.1 Provisión de recursos	NA	AP 0 %	D&D 25 %	IM 50 %	AU 75 %	ME 100 %	
¿Existe un procedimiento establecido para la provisión de los recursos necesarios para el SGC?		X					No existe un procedimiento establecido para la provisión de recursos físicos, económicos o humanos.
6.2 Recursos Humanos	NA	AP 0 %	D&D 25 %	IM 50 %	AU 75 %	ME 100 %	
6.2.1 ¿Actualmente existen perfiles de cargos establecidos en la organización?		X					Actualmente no se han elaborado perfiles de cargo al interior de la organización.
6.2.2 ¿Se han determinado las competencias necesarias para el personal que realiza trabajos que afectan la calidad del servicio?		X					No se han establecido las competencias necesarias del personal que puede afectar la calidad del servicio.
6.2.2 ¿Se ha definido un procedimiento para identificar las necesidades de formación del personal respecto al SGC?		X					No se ha definido un procedimiento o herramienta metodológica que permita detectar las necesidades de formación del personal, y registrarlas como evidencia según lo establecido en la norma ISO 9001:2000.
6.2.2 ¿Existen planes de capacitación y formación establecidos para el personal de la organización?		X					No existen planes de formación que respondan a las necesidades del personal. El personal es capacitado por el Médico nuclear sobre seguridad radiológica y también la ARP realiza capacitaciones en seguridad personal basados en visitas periódicas en el transcurso del año.
6.2.2 ¿Se mantienen los registros			X				Se mantienen en carpetas separadas las hojas

REQUISITO DEL SGC	NIVELES DE MADUREZ DE DESEMPEÑO						OBSERVACIONES
apropiados que evidencian las competencias del personal?							de vida de todos los trabajadores con sus respectivos diplomas, certificados etc. que evidencian la competencia del personal de acuerdo a la educación, formación, habilidades y experiencia, pero no existe un procedimiento que permita la actualización de estos registros.
6.3 Infraestructura	NA	AP 0 %	D&D 25 %	IM 50 %	AU 75 %	ME 100 %	
¿Existe un procedimiento para el mantenimiento de los equipos que afecten la calidad del servicio?		X					No existe un procedimiento para el mantenimiento de los equipos. Las instalaciones, equipos y espacios de trabajo de Spect Medicina Nuclear son adecuadas para lograr un servicio de calidad.
6.4 Ambiente de trabajo	NA	AP 0 %	D&D 25 %	IM 50 %	AU 75 %	ME 100 %	
¿Existe un Manual de Bioseguridad dentro de la organización?		X					No hay un manual de bioseguridad, que permita a cabalidad determinar y gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr conformidad con los requisitos del producto. Existe un reglamento interno de seguridad y protección radiológica cuyo objetivo es darle confianza al personal en el desempeño de sus labores a través del conocimiento de los conceptos fundamentales sobre radiaciones.
¿Tiene la organización conformado el COPASO?		X					No hay COPASO porque la organización tiene menos de 10 trabajadores directos, pero hay un vigía ocupacional.
7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO							
7.1 Planificación de la realización del producto	NA	AP 0 %	D&D 25 %	IM 50 %	AU 75 %	ME 100 %	
¿La organización planifica los procesos para la prestación del		X					La empresa no planifica el desarrollo de los procesos necesarios para la prestación del

REQUISITO DEL SGC	NIVELES DE MADUREZ DE DESEMPEÑO						OBSERVACIONES
servicio?							servicio. No existen actividades para la verificación, seguimiento, inspección, y ensayo/prueba específicas para la prestación del servicio.
¿Hay registros que evidencian la planificación de la prestación del servicio?		X					No existen registros que evidencien la planificación de la prestación del servicio en cuanto a los procesos asistenciales.
7.2 Procesos relacionados con el cliente	NA	AP 0 %	D&D 25 %	IM 50 %	AU 75 %	ME 100 %	
7.2.1 ¿Ha determinado la organización un procedimiento o mecanismo para definir los requisitos del cliente relacionado con el servicio que se presta?		X					La empresa tiene identificados sus clientes. No se ha establecido un procedimiento para definir los requisitos especificados y no especificados por los clientes relacionados con la prestación del servicio de medicina nuclear.
7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio.		X					No existe un procedimiento que defina la gestión de los contratos y convenios con los clientes (entidades de salud, EPS). No existe evidencia documentada de la revisión de los requisitos relacionada con la prestación del servicio en los contratos o convenios con los clientes EPS.
7.2.3 ¿Se han establecidos procesos de comunicación con los clientes?		X					Para los clientes/usuarios existe un buzón de sugerencias. Pero no hay un procedimiento formal que establezca una comunicación eficaz con los diferentes clientes como son pacientes, EPS, y Médicos especialistas. Es necesario establecer un procedimiento para quejas y reclamos de los usuarios.
7.3 Diseño y Desarrollo (no aplica)	X						
7.4 Compras	NA	AP 0 %	D&D 25 %	IM 50 %	AU 75 %	ME 100 %	
7.4.1 ¿Se ha definido un procedimiento para la evaluación		X					La organización tiene identificados sus proveedores y los tiene clasificados según

REQUISITO DEL SGC	NIVELES DE MADUREZ DE DESEMPEÑO						OBSERVACIONES
y selección de los proveedores?							variables de precios, calidad, tiempo de entrega etc., pero no tiene formalizado un procedimiento para evaluar y seleccionar los proveedores de acuerdo con los requisitos del producto adquirido. No existen registros que evidencien la evaluación de los proveedores.
7.4.2 Información de las compras		X					No existe un procedimiento de compras que asegure la adecuación de los requisitos para los productos comprados. No hay evidencia de que se aseguran esos requisitos antes de comunicárselos al proveedor.
7.4.3 ¿Existe evidencia de la verificación de las compras?		X					Se hace una inspección de los insumos radioactivos que se compran, pero no existe un procedimiento o evidencia formal de este procedimiento.
7.5 Producción y prestación del servicio	NA	AP 0 %	D&D 25 %	IM 50 %	AU 75 %	ME 100 %	
7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio.		X					La organización no tiene planes formales que describan la prestación del servicio bajo condiciones controladas.
7.5.2 Validación de los procesos de la producción y la prestación del servicio.	X						
7.5.3 Identificación y trazabilidad de los servicios.		X					La organización no ha definido claramente la identificación y trazabilidad en la prestación del servicio.
7.5.4 ¿La organización tiene identificado la forma de salvaguardar los bienes del cliente?		X					La organización no tiene definido una forma para identificar, proteger y salvaguardar los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo su control.
7.5.5 Preservación del producto		X					La organización salvaguarda el informe de resultados, hasta su entrega final al cliente. No hay un procedimiento que haga referencia

REQUISITO DEL SGC	NIVELES DE MADUREZ DE DESEMPEÑO						OBSERVACIONES
							a la preservación de este informe y los lineamientos que deba seguir para cumplir con este punto.
7.6 Control de los dispositivos de seguimiento y medición	NA	AP 0 %	D&D 25 %	IM 50 %	AU 75 %	ME 100 %	
¿Se ha establecido un procedimiento para el control de los dispositivos de seguimiento y medición?		X					No se ha establecido un procedimiento formal para el control de los dispositivos de seguimiento y medición.
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA							
8.2 Seguimiento y Medición	NA	AP 0 %	D&D 25 %	IM 50 %	AU 75 %	ME 100 %	
8.2.1 ¿Existen métodos para obtener información de la percepción de los clientes EPS, pacientes/usuarios y Médicos?		X					No existen métodos formales para obtener información sobre la percepción de los clientes. Hay un buzón de sugerencias para los usuarios pero no se tiene un procedimiento formal para analizar las sugerencias o reclamos. En conclusión no hay métodos para medir la satisfacción de los clientes.
8.2.2 ¿Se ha definido un procedimiento para la realización de auditorías internas de calidad?		X					La organización no ha establecido un procedimiento documentado donde se defina las responsabilidades y requisitos para las auditorías internas de calidad.
8.2.2 ¿Están determinados los auditores internos de calidad?		X					El Gerente y la administradora de Spect Medicina Nuclear se están formando para certificarse como auditores internos de calidad.
8.2.2 ¿Se ha planificado un programa para las auditorías internas de calidad?		X					No se ha planificado un programa de auditorías donde se considere el estado y la importancia de los procesos, las áreas a auditar y los resultados de auditorías previas.
8.2.3 ¿Existen métodos		X					La organización carece de métodos para el

REQUISITO DEL SGC	NIVELES DE MADUREZ DE DESEMPEÑO						OBSERVACIONES
apropiados para el seguimiento y medición de los procesos?							seguimiento y medición de sus procesos asistenciales. No está definida la forma de medir los procesos relacionados con la prestación del servicio.
8.2.3 ¿Se han definido indicadores para medir la efectividad de los procesos?		X					No se han definido ninguna clase de indicadores que permita medir la efectividad de los procesos en Spect medicina nuclear. Además cabe recordar que no se ha elaborado la caracterización de los procesos.
8.2.4 ¿Se ha definido un método para la medición y seguimiento de las características del servicio?		X					No se ha planificado la prestación del servicio, por lo tanto no existen actividades enfocadas a la medición y seguimiento de las características de prestación del servicio.
8.2.4 Criterios de aceptación de la prestación del servicio.		X					Se identifica cuando hay conformidad en la prestación del servicio y aceptación de la calidad de este para su posterior liberación. No existe evidencia formal que permita corroborar esta actividad.
8.3 Control del producto y/o servicio no conforme	NA	AP 0 %	D&D 25 %	IM 50 %	AU 75 %	ME 100 %	
¿Existe un procedimiento documentado para el control de productos y/o servicios no conforme?		X					Se identifican los servicios no conformes cuando ocurren pero no existe un procedimiento documentado para el tratamiento y control de este servicio.
¿Hay registro de la naturaleza de las no conformidades?		X					No hay registro de la ocurrencia de las no conformidades como también de las acciones tomadas para su tratamiento.
8.4 Análisis de datos	NA	AP 0 %	D&D 25 %	IM 50 %	AU 75 %	ME 100 %	
¿Hay un método para determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad?		X					La organización carece de métodos para el análisis de los datos recopilados, ya sea para la satisfacción del cliente, conformidad con los requisitos del servicio, características y tendencias de los procesos y los proveedores.

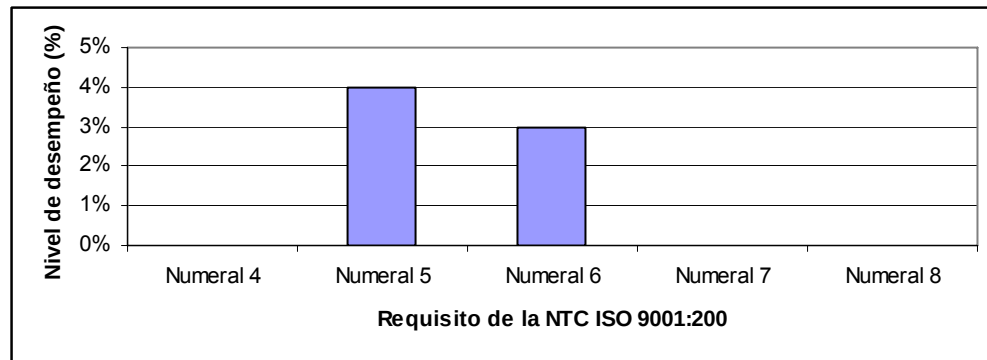
REQUISITO DEL SGC	NIVELES DE MADUREZ DE DESEMPEÑO						OBSERVACIONES
8.5 Mejora	NA	AP 0 %	D&D 25 %	IM 50 %	AU 75 %	ME 100 %	
3.5.1 Mejora Continua		X					La organización no tiene definida una política de la calidad, unos objetivos de la calidad, procedimiento para auditorias, análisis de datos, procedimiento para acciones correctivas y preventivas y revisiones por la dirección que permitan ayudar para el mejoramiento continuo de un sistema de gestión de la calidad.
8.5.2 ¿Hay un procedimiento documentado para definir las acciones correctivas de las no conformidades?		X					No hay un procedimiento documentado que defina las acciones a tomar para eliminar las causas de las no conformidades.
8.5.3 ¿Hay un procedimiento documentado para determinar las acciones para eliminar las causas de las no conformidades potenciales?		X					No hay un procedimiento documentado que determine las acciones para eliminar las causas de las no conformidades potenciales y para prevenir su ocurrencia.

4.4.1 Análisis del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad según la norma NTC ISO 9001:2000

El diagnóstico realizado bajo los lineamientos de la norma ISO 9001:2000 y el análisis realizado durante ese tiempo arrojó los siguientes resultados:

- El nivel de desempeño de la mayoría de los requisitos de la norma ISO 9001:2000 indica que no están diseñados, mucho menos documentados y por ende no están implementados. A continuación se muestra una gráfica del nivel de desempeño de la empresa respecto a los numerales de la norma.

Figura 5. Nivel de desempeño de la empresa respecto a los requisitos de la NTC ISO 9001:2000



Como se observa en la figura 5 sólo los numerales 4 y 5 de la norma alcanzan un grado de desarrollo entre el 3% y 4%, los demás numerales tienen un 0% de desarrollo, lo que evidencia que es prácticamente nulo el grado de implementación de los requisitos de la norma ISO 9001:2000 en Spect Medicina Nuclear Ltda.

- Por medio del análisis de los procesos de la organización y de este diagnóstico, se concluye que hasta ahora se ha identificado dos exclusiones de la norma ISO 9001:2000 que son, el numeral 7.3 de Diseño y Desarrollo y el numeral 7.5.2 de Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio.
- Algunos requisitos se desarrollan parcialmente dentro de las actividades de la empresa, pero no existen procedimientos estandarizados que permitan darle formalidad a las actividades realizadas.
- Este análisis es un punto de referencia para evidenciar los puntos críticos de la organización, respecto a la norma ISO 9001:2000, y le

da a la Gerencia información sobre el estado actual de la empresa versus el sistema de Gestión de calidad que se desea implementar.

- En Spect Medicina Nuclear no se identifica el concepto de proceso, por lo cual, las actividades realizadas en la empresa no se conciben totalmente interrelacionadas unas con otras.
- La documentación que existe en la empresa es muy poca, lo que genera desorganización en la realización de los procesos, ya que no hay estándares claramente definidos. La Organización tiene poca cultura de medición. Los registros que existen no son suficientes para un mayor control de los procesos, como también establecer indicadores que monitoricen las actividades críticas.
- La Gestión del Talento humano en la organización está poco desarrollada; el personal no tiene establecido claramente sus responsabilidades y se ha descuidado el desarrollo de su competencia y formación.
- La infraestructura física de la empresa es adecuada para la prestación del servicio, y cumple con todos los requisitos legales establecidos en la normativa del sector salud.
- La Gerencia está comprometida con la asignación de recursos para que el Sistema de gestión de la Calidad se implemente eficazmente.
- La Organización nunca ha implementado algún tipo de metodología o herramienta de gestión que le permita hacer mejora continua de sus procesos.

5. PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

5.1 SENSIBILIZACIÓN

El proceso de sensibilización empezó a finales del mes de Mayo con un seminario preliminar a los Sistemas de Gestión de la Calidad y Generalidades de la Norma ISO 9000, por parte de la Consultoría externa. Esta fue una primera aproximación del personal de la empresa a los conceptos de la calidad, a los Sistemas de Gestión, a los entes que manejan la calidad como la organización ISO y a otros conceptos básicos de la calidad.

El propósito de estas actividades de sensibilización es preparar al personal para afrontar un proceso de transformación cultural, creando un ambiente propicio para la participación activa de todos. Además la sensibilización permite transmitir los conceptos necesarios de la norma y reforzar la implementación del sistema de gestión de la calidad.

La ejecución de las actividades de sensibilización fueron planeadas con anterioridad y estuvieron a cargo de la consultoría externa, el Auxiliar de Calidad (practicante), y la Coordinadora Administrativa y Financiera de la empresa; todo esto con el apoyo del Gerente General, en cuanto a la asignación de recursos para su efectivo cumplimiento.

Las actividades de sensibilización realizadas hasta la fecha se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 7. Cronograma de actividades de sensibilización sobre la norma ISO 9001:2000

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	FECHA	DURACION	FACILITADOR	DIRIGIDO A
ISO 9000:2000 Herramienta para ser competitivos: Sistema de Gestión de la calidad, Certificación, Organización ISO, Familia de normas ISO 9000, y demás conceptos básicos de ISO.	20/05/2006	2,5 Horas	Consultor de la empresa	Todo el personal de la empresa
Los Principios para la	12/08/2006	2 Horas	Consultor de	Todo el

gestión de la Calidad: Explicación de los cuatro primeros principios de la calidad y su aplicación.			la empresa	personal de la empresa
Los Principios para la gestión de la Calidad: Explicación de los cuatro últimos principios de la calidad y su aplicación.	25/08/2006	2 Horas	Consultor de la empresa	Todo el personal de la empresa
Carrera de Observación “Las Estrategias Principales”: Misión, Visión, Valores y la Política de Calidad de Spect Medicina Nuclear.	30/09/2006	3 Horas	Consultor de la Empresa y Aux. de Calidad	Todo el personal de la empresa
Mapa de Procesos y Estandarización: Modelo del SGC basado en procesos, Estructura de la documentación, Mapa de procesos, Concepto de estandarización.	08/09/2006	2 Horas	Consultor de la empresa	Todo el personal de la empresa
Procedimientos obligatorios de la norma ISO 9001:2000 parte I: control de documentos, control de registro, control de producto no conforme. Explicación de cómo crear, modificar o anular documentos; explicación del manejo de los registros en la organización, manejo del producto/servicio no conforme en la organización.	17/03/07	2 Horas	Consultor de la empresa	Todo el personal de la empresa
Procedimientos obligatorios de la norma ISO 9001:2000 parte II: acciones correctivas, acciones preventivas, y Auditorías internas. Explicación para la identificación, elaboración y control de las acciones correctivas y preventivas en la empresa. Introducción al concepto de auditorías, explicación procedimiento de auditorías internas.	28/04/07	2 Horas	Consultor de la empresa	Todo el personal de la empresa

5.2 CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE CALIDAD

El comité de calidad se conformó el día 24 de Mayo de 2006, en una reunión en la que asistieron: el Gerente General, Coordinador Médico Nuclear, Coordinadora Administrativa y Financiera y la Consultora de la empresa. Después de haber elegido a la persona de apoyo para la documentación e implementación del SGC en la empresa, el 31 de mayo de 2006 en reunión celebrada de Comité de Calidad se decidió hacer participe al Auxiliar de Calidad (practicante) como miembro de este comité. El comité de Calidad quedó integrado de la siguiente forma:

INTEGRANTES COMITÉ DE CALIDAD
Gerente General (Líder del equipo)
Coordinador Medico Nuclear
Coordinadora Administrativa y financiera
Coordinadora Administrativa y asistencial
Auxiliar de Calidad

Las Responsabilidades del comité de Calidad son planificar, controlar y evaluar la implementación de todo el sistema de gestión de la calidad. Se acordó que el comité de calidad se reuniría mínimo 2 veces al mes, o de acuerdo a las necesidades que se presenten en el desarrollo de la implementación del SGC y que competan la toma de decisiones de este estamento.

Las primeras diligencias del comité de calidad fueron llevar a cabo la realización del plan estratégico de la organización, con su respectiva misión, visión, objetivos estratégicos, estrategias y metas. Posteriormente fue el encargado de toda la parte de planificación del sistema de gestión de la calidad. En la implementación del sistema el comité apoyará a la gerencia en la toma de decisiones, en la planeación de estrategias, en la comunicación a todos los niveles de la empresa y en la coordinación de los demás grupos primarios que se conformen para la administración activa del personal de la empresa, en la ejecución del SGC y el proceso de certificación.

5.3 ALCANCE

Incluye los procesos asistenciales u operativos de prestación del servicio de Medicina Nuclear de la empresa. El alcance del SGC Spect Medicina

Nuclear Ltda. Es el siguiente:

"Spect Medicina Nuclear implementa su sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de servicios de Medicina Nuclear en los procesos de Diagnóstico y Tratamiento".

5.4 POLÍTICA DE LA CALIDAD

Para la definición de la política de calidad, se realizó una matriz de priorización, que permite el cruce de las metas de la organización respecto a la calidad, formuladas en el plan estratégico; frente a las necesidades y expectativas de los clientes de la empresa. La elaboración de la matriz y la metodología para la definición de la política fue de gran ayuda y se hizo a través del comité de calidad con la asesoría de la consultora. Se hicieron tres comités de calidad para la elaboración, revisión y aprobación de la política de calidad. En el primero se realizó la matriz de priorización (tabla 8), donde resultó las directrices más importantes de la empresa para con el cliente y los compromisos de la organización para la calidad. Todas las directrices expuestas en la matriz fueron definidas en consenso en el comité de calidad, así como la puntuación en relación al cruce de éstas.

Tabla 8. Matriz de priorización de directrices de la política y los objetivos de calidad

METAS DE LA ORGANIZACIÓN CON RESPECTO A LA CALIDAD		MAYOR COBERTURA DEL MERCADO	RENOVACION TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA	MEJORAMIENTO CONTINUO PROCESOS	EQUIPO HUMANO CUALIFICADO Y MOTIVADO	DIVERSIFICACION DE PRODUCTOS	SATISFACCION DEL CLIENTE	SATISFACCION DE NECESIDAD DE LOS SOCIOS	MANTENER EL LIDERAZGO	RENTABILIDAD	EFICIENCIA Y EFICACIA	TOTAL
NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DEL CLIENTE												
PACIENTE	OPORTUNIDAD EN EL SERVICIO	5	3	5	5	1	5	5	5	5	5	44
	BUENA ATENCIÓN	5	1	5	5	1	5	5	5	1	3	36
	BUENA COMUNICACIÓN	5	0	5	5	1	5	5	5	1	3	35
	COSTO RAZONABLE	5	5	3	3	3	5	5	5	5	5	44
	COMODIDAD DE ÁREAS FÍSICAS	3	3	3	0	3	3	3	5	3	5	33
MEDICOS	CONFIABILIDAD RESULTADOS	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	48
	OPORTUNIDAD EN EL SERVICIO											0
	COSTO RAZONABLE											0
	RETROALIMENTACIÓN	5	0	5	5	1	5	0	5	3	3	32

E N T I D A D E S D E S A L U D	COSTOS BAJOS											0
	OPORTUNIDAD EN EL SERVICIO											0
	BUENA ATENCIÓN CON EL PACIENTE											0
	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES	5	1	3	3	0	5	0	3	3	5	28
	CONFIABILIDAD RESULTADOS											0
	FACTURACIÓN CON REQUISITOS COMPLETOS	3	0	3	5	5	5	3	5	5	5	34
TOTAL		41	18	37	36	13	45	31	43	31	39	334

Relación fuerte: 5

relación media: 3

relación baja: 1

ninguna relación: 0

 Directrices y compromisos con las mayores puntuaciones.

Al organizar la información de la matriz, de acuerdo con el valor relativo obtenido, se pueden identificar los elementos que constituyen las directrices de la política de calidad, ocupándose inicialmente de los aspectos más importantes. Las directrices más significativas que resultaron del análisis son las siguientes:

Compromisos o directrices de Calidad de la organización para con el cliente	Compromisos de la organización para la calidad
1. Confiabilidad	1. Satisfacción del cliente Externo
2. Costo Razonable	2. Mantener el Liderazgo
3. Oportunidad	3. Eficiencia y Eficacia
4. Buena Atención	4. Mejoramiento Continuo
5. Buena Comunicación	5. Equipo humano cualificado

Cada integrante del comité analizó las directrices anteriores y ayudo a la declaración de la política de calidad. Posteriormente se formularon y revisaron varias declaraciones de políticas de calidad quedando aprobada en el tercer comité de calidad la siguiente declaración:

“Nuestra política de calidad es satisfacer las necesidades de nuestros clientes, mediante la renovación tecnológica, el desarrollo permanente del equipo humano y el mejoramiento continuo de nuestros procesos; para lograr mayor eficiencia,

resultados confiables y oportunos con un servicio seguro, comfortable, respetuoso y cálido”.

5.5 OBJETIVOS DE LA CALIDAD

Los objetivos de calidad son expresiones formales y mensurables de la política de calidad, y por esto son un medio para implementarla; además, son los propósitos formales que enmarcan planes de acción en la organización.¹⁶

Con base en las directrices expuestas en la política de calidad, el Gerente General con el apoyo del comité de calidad, definió, revisó y aprobó los objetivos de la calidad. Estos objetivos de la calidad se consignaron de forma general, permitiendo que tuvieran coherencia con la política y midieran su grado de cumplimiento. Los objetivos establecidos por la alta dirección son:

- Lograr la satisfacción del cliente con eficacia y oportunidad.
- Asegurar el desarrollo permanente del equipo humano.
- Lograr mejoramiento continuo del sistema de gestión de calidad.
- Lograr mayor eficiencia en los procesos de diagnóstico y tratamiento.

5.5.1 Despliegue de los objetivos de calidad

Aunque el verdadero grado de medición de la política de calidad, lo proporcionarán los indicadores de gestión, que resulten del enlace de los objetivos de calidad y cada uno de los procesos establecidos en el SGC de la organización.

Se establecieron indicadores a los objetivos de calidad, con el propósito de medir su cumplimiento y mantener un seguimiento de la política de calidad. Esta tarea la realizó el comité de calidad, donde se tuvo en cuenta el enlace entre la política, directrices y objetivos calidad. En la *tabla 9*, se presenta el despliegue de los objetivos de calidad, con sus respectivos indicadores, forma de cálculo, metas establecidas, responsable del análisis y frecuencia de medición.

¹⁶ López Carrizosa, Francisco José. ISO 900 Y LA PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD. Guía para la Planificación de la Calidad con orientación en la Gestión por procesos, ICONTEC, Bogotá. 2006.

Tabla 9. Despliegue de los objetivos de calidad en indicadores

POLITICA DE CALIDAD	OBJETIVOS RELACIONADOS CON LA POLITICA DE CALIDAD	INDICADOR	CALCULO	META	RESPONSABLE DEL ANALISIS DE DATOS	FRECUE NCIA
satisfacer las necesidades de nuestros clientes para lograr resultados confiables y oportunos	Lograr satisfacción la del cliente con y eficacia oportunidad.	Porcentaje de satisfacción del cliente en nivel bueno.	$\% = \frac{(\# \text{ clientes satisfechos en nivel bueno})}{(\# \text{ total de encuestados})} \times 100$	>= 85 % de satisfacción en nivel bueno.	Coordinadora Administrativa y Financiera	Semestral
		Oportunidad en la atención de servicios.	$\frac{\sum \text{ del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio hasta el momento que se presta el servicio}}{\text{Total de pacientes atendidos al mes}}$	<=5 días	Coordinador médico nuclear	Mensual
		Oportunidad en la emisión de resultados.	$\frac{\sum \text{ del número de días transcurridos entre la prestación del servicio hasta la fecha de emisión del informe de resultado}}{\text{No total de usuarios atendidos por mes}}$	<=2 días	Coordinador médico nuclear	Mensual
		Porcentaje cumplimiento de fechas programadas administración de tratamiento.	$\% = \frac{\sum \text{ de fechas programadas para administración de tratamiento cumplidas al mes}}{\text{Nº total de usuarios programados para administración de tratamiento al mes}} \times 100$	>=80%	Gerente General/Médico nuclear	Mensual
		Porcentaje cumplimiento de protocolos.	$\% = \frac{\text{Nº pacientes que cumplen protocolo tratamiento al mes}}{\text{(Nº total de pacientes tratamiento al mes)}} \times 100$	100%	Gerente General/Médico nuclear	Mensual
		Porcentaje concordancia diagnóstica.	$\% = \frac{\sum \text{ de exámenes que coinciden}}{\text{No total de exámenes analizados}} \times 100$	>=95%	Coordinador médico nuclear	Mensual
el desarrollo permanente del equipo humano	Asegurar el desarrollo permanente del equipo humano.	Porcentaje de funcionarios competentes	$\% = \frac{\text{Sumatoria de funcionarios calificación superior a 4}}{\# \text{ de funcionarios totales evaluados evaluadas}} \times 100$	>=80%	Coordinadora Administrativa y Financiera	Anual
el mejoramiento continuo de nuestros procesos	Lograr mejoramiento continuo del sistema de gestión	Nivel de cumplimiento del plan de acción	$\% = \frac{\text{Acciones implementadas}}{\text{Acciones planeadas}} \times 100$	>=90%	Gerente General	Trimestral
		Nivel de implementación	$\% = \frac{(\text{No. DE A.P + No. DE A.C. CERRADAS})}{\text{-----}} \times 100$	>=80%	Coordinadora Administrativa y	Mensual

POLITICA DE CALIDAD	OBJETIVOS RELACIONADOS CON LA POLITICA DE CALIDAD	INDICADOR	CALCULO	META	RESPONSABLE DEL ANALISIS DE DATOS	FRECUE NCIA
	calidad.	acciones correctiva y preventivas implementadas	(NO. TOTAL DE A.P + A.C)		Financiera	
para lograr mayor eficiencia y resultados confiables	Lograr mayor eficiencia en los procesos de diagnóstico y tratamiento.	Margen bruto de utilidad	$\% = \frac{\text{Utilidad bruta}}{\text{Ventas año}} \times 100$	>= 27 %	Coordinadora Administrativa y Financiera	Anual

5.6 MAPA DE PROCESOS

La serie de normas ISO 9000:2000, recomienda el denominado enfoque de gestión por procesos, uno de los ocho principios de gestión de la calidad presentados en la serie, y que aparece tanto en la norma de fundamentos y vocabularios, como en la norma de requisitos para sistemas de gestión de la calidad.

La definición de los procesos en el mapa se derivó de la siguiente clasificación:

Procesos de Dirección: son estratégicos; dan directrices a los procesos operativos y a los procesos de apoyo.

Procesos Operativos o Asistenciales: Están directamente dando valor agregado al cumplimiento de los principales requisitos de los clientes externos. Se relacionan con la prestación de los servicios ofrecidos por la institución.

Procesos de Apoyo: atienden directamente los principales requisitos de los clientes internos.

El día 15 de julio de 2006, se realizó un comité de calidad para identificar los procesos de la empresa y para la construcción del mapa de procesos. La consultora realizó una asesoría sobre el enfoque basado en procesos de acuerdo a la norma ISO 9000:2000. Posteriormente el equipo del comité empezó la identificación de los procesos y sus interrelaciones, las cuales actuarían como un ciclo que permitiría la satisfacción del cliente y el mejoramiento continuo del sistema de gestión de calidad de Spect Medicina Nuclear.

La definición de los procesos de acuerdo a la clasificación descrita fue la siguiente:

- Como procesos de dirección, se definió los siguientes procesos:
Proceso de gestión de planeación estratégica. Bajo este proceso está la responsabilidad del direccionamiento de la organización, que define las directrices estratégicas de la empresa. Y el **proceso de gestión de la calidad y mejora continua** que es el proceso encargado del sostenimiento del sistema de gestión de la calidad y su mejora continua.
- Como procesos asistenciales se definieron dos procesos: **proceso de Diagnóstico** que es el encargado de todos los estudios diagnósticos en medicina nuclear de la institución; y el **proceso**

de Tratamiento que es el encargado de los tratamientos o terapias a pacientes de medicina nuclear de la institución.

- Como procesos de apoyo se definieron seis procesos:

Proceso de gestión de compras y contratación: es el encargado de realizar las compras y contratación de servicios de la organización.

Proceso de gestión del talento humano: es el encargado de la definición de la estructura organizacional y de todos los procesos referentes a la gestión de personal nuevo y el perteneciente a la institución.

Proceso de gestión de ambiente de trabajo: se encarga de mantener un ambiente seguro y confiable al interior de la organización, en este se encuentra la gestión de salud ocupacional, gestión de radioprotección y gestión ambiental de la institución.

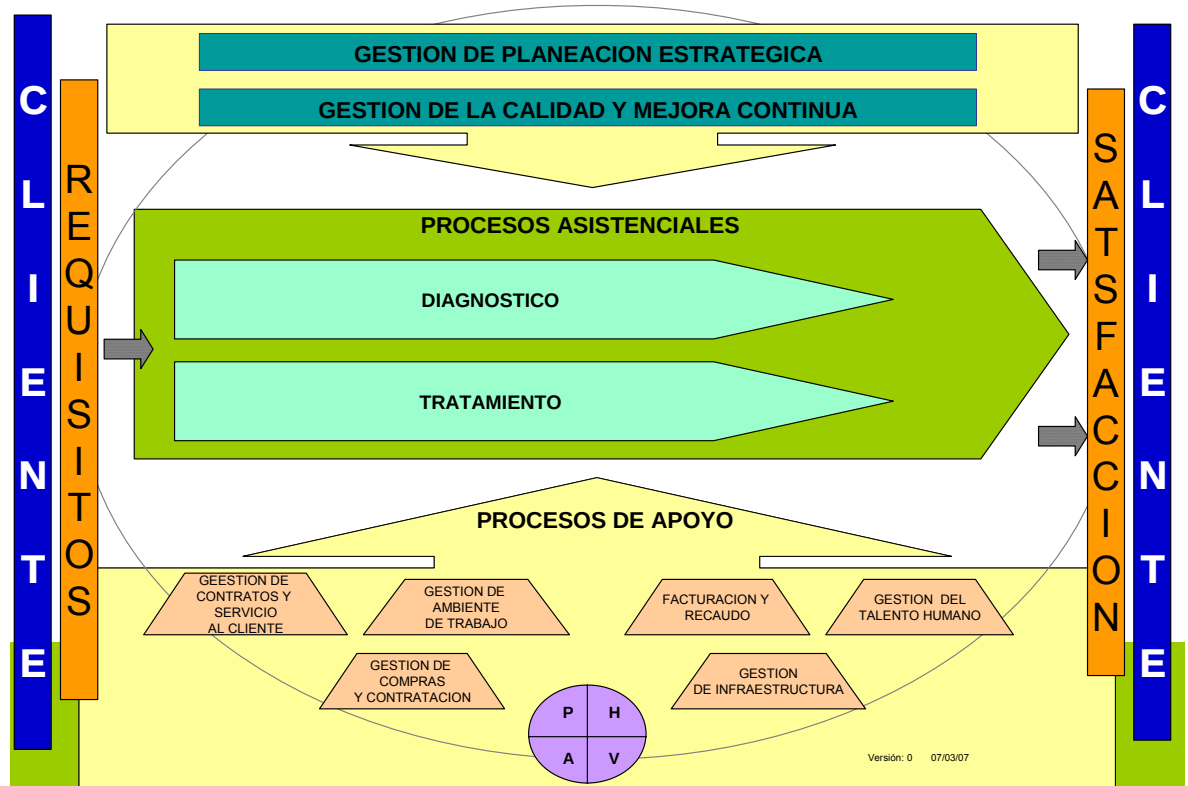
Proceso de gestión de contratos y servicio al cliente: es el encargado de todas las interacciones con los clientes externos de la institución, y se responsabiliza de los contratos con las empresas de servicios en salud.

Proceso de gestión de infraestructura: es el encargado del mantenimiento preventivo y correctivo de toda la infraestructura de la institución.

Proceso de facturación y recaudo: es el responsable de la facturación de los servicios prestados y de la gestión de cobro de los mismos.

Una vez definidos los procesos, se elaboró el mapa de procesos de Spect Medicina Nuclear Ltda., por parte del comité de calidad, quedando como representación gráfica la siguiente:

Figura 6. Mapa de procesos de Spect Medicina Nuclear Ltda.



5.7 CARACTERIZACIONES DE PROCESOS

La caracterización de procesos del sistema de gestión de la calidad, consiste en definir el por qué, quién, cómo, cuándo y con qué, se lleva a cabo el proceso, e incluye la definición del propósito u objetivo, la identificación de su dueño o responsable y la descripción de las interacciones del proceso.

- **Definición del propósito u objetivo de cada proceso.** La definición del propósito del proceso es la respuesta a las preguntas ¿Qué se espera lograr con el proceso? , y a otras preguntas como: ¿para qué está definido el proceso? ¿Cómo contribuye el proceso en la creación de valor para el cliente y la organización? ¿El objetivo definido permite establecer cómo hacer seguimiento al desempeño del proceso? La definición del objetivo del proceso puede hacerse en

términos de eficacia en el resultado esperado, pero también se puede expresar la eficiencia esperada del proceso.

- **Identificación y asignación de un dueño de proceso.** Es conveniente identificar el dueño del proceso o persona responsable de dar cuenta por el logro de los objetivos y la gestión del proceso.
- **Definición de las interacciones de cada proceso.** Las interacciones de los procesos son los medios con los que se relaciona y comunica un proceso interno con otro proceso interno, o con procesos o sistemas externos a la organización. Esos medios pueden ser información, documentos, registros, recursos, o materiales. Es conveniente que en la definición de las interacciones de los procesos se precisen, además de las entradas y salida, los proveedores y clientes, respectivamente, haciendo más fácil comprender estas interacciones.
- **Establecer los mecanismos de medición de los procesos.** Se define la forma de hacer seguimiento al proceso mediante mediciones de desempeño que deben ser coherentes con el propósito definido para cada proceso.

La elaboración de las caracterizaciones se realizó a través del comité de calidad y a través de reuniones con cada líder de proceso, con la ayuda del consultor y del Auxiliar de calidad (practicante) entre los meses de agosto y septiembre de 2006. El formato utilizado para representar las caracterizaciones de los procesos es el siguiente:

Figura 7. Formato de Caracterizaciones de proceso

LOGO DE LA EMPRESA	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO	CODIGO:
		VERSION:
		FECHA:
		PÁGINA X DE Y
NOMBRE DEL PROCESO: En este espacio se escribe el nombre completo del proceso.	LIDER DEL PROCESO: Identificación del dueño o responsable del proceso.	PARTICIPANTES: Nombre de los cargos involucrados en el proceso
OBJETIVO: definición del objetivo del proceso, puede ser en términos de eficacia en el resultado esperado, o eficiencia esperada del proceso.		

PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTE
Indicar los procesos, personas, o instituciones que suministran entradas para el proceso.	Indicar lo que suministran los proveedores: productos, recursos, información, documentos, etc.	Mostrar las actividades o procedimientos del proceso con las cuales se logra su objetivo.	Son los resultados de las actividades del proceso: productos, recursos, información, documentos, etc.	Indicar los procesos, personas, o instituciones que reciben el resultado del proceso.

RECURSOS FISICOS / HUMANOS: Indicar los recursos que se utilizan en el proceso, pueden ser físicos como Hardware, insumos de oficina, etc., o recursos humanos que participen en el proceso.		MECANISMOS DE SEGUIMIENTO: Especificar los métodos, actividades, procedimientos, de seguimiento y medición del proceso	
MECANISMOS DE MEDICION: Indicadores de gestión del proceso.		DOCUMENTOS Y REGISTROS: Referir los manuales de procedimientos, registros o formatos y documentos propios del proceso.	
REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS: Indicar cualquier reglamentación que se deba cumplir para llevar a cabo las actividades del proceso.		REQUISITOS ISO 9001: Citar los requisitos o numerales de la norma, a que le apunta el proceso.	
PROCESOS DE APOYO: Son todos los demás procesos que apoyan la gestión del proceso.			
ELABORADO POR:		REVISADO POR:	APROBADO POR:
FECHA:		FECHA:	FECHA:

En el **anexo B** de este documento se detallan las caracterizaciones de los procesos definidos en Spect medicina nuclear.

5.8 DEFINICIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN

Como parte de la planificación de la calidad es necesario definir indicadores de gestión para evaluar el desempeño de los procesos. Un indicador es una herramienta utilizada para monitorear o ajustar las acciones de un sistema o proceso, realizado para alcanzar el cumplimiento de la misión, políticas, objetivos y metas establecidas.

Para realizar una evaluación global de la gestión de toda la organización se debe utilizar medidas macro o generales de los recursos utilizados (eficiencia), de los resultados globales (eficacia) y de los impactos generales (efectividad).

Los indicadores de gestión establecidos, son útiles para medir los resultados de la empresa, tomar decisiones de hechos y datos (eliminar subjetividad), analizar los procesos (tendencias), y planificar el futuro.

Para definir los indicadores de gestión de los procesos, se tuvo en cuenta los objetivos de cada proceso, las actividades a desarrollar en el proceso productivo y la relación con los objetivos de calidad y por ende la coherencia con la política de calidad de Spect Medicina Nuclear.

Los indicadores de gestión que se establecieron en cada proceso y obtenidos de los objetivos se caracterizan por:

- Estar compuestos por un nombre.
- Poseer establecida una meta.
- Poseer establecido una forma de cálculo.
- Se extraen de un registro de datos.
- Su medición la realiza un responsable, que por lo general es el líder del proceso.
- Poseer una frecuencia o periodicidad de medición en el tiempo.

En el siguiente listado se definen cada uno de los indicadores de gestión, por cada proceso del SGC de Spect Medicina Nuclear Ltda.:

PROCESO DE GESION DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA

- **Nivel de cumplimiento del plan de acción.** Este indicador mide el nivel de cumplimiento del plan de acción, generado por la planeación estratégica de la empresa.

Forma de cálculo:

$$\% = \frac{\text{Acciones implementadas}}{\text{Acciones planeadas}} \times 100$$

Meta: 90%

Periodicidad de la medición: Anual

Responsable: Gerente General

- **Nivel de cumplimiento de objetivos de calidad.** Evalúa el nivel de cumplimiento de los objetivos de calidad establecidos.

Forma de cálculo:

$$\% = \frac{\text{Objetivos cumplidos}}{\text{Objetivos planeados}} \times 100$$

Objetivos totales definidos

Meta: 80 %

Periodicidad de la medición: Semestral

Responsable: Gerente General

- **Nivel de implementación de acciones correctivas y preventivas implementadas.** Este indicador mide el nivel de implementación de acciones correctivas y preventivas en el tiempo estipulado por la medición.

Forma de cálculo:

$$\% = \frac{(\text{No. DE A.P} + \text{No. DE A.C. CERRADAS})}{(\text{NO. TOTAL DE A.P} + \text{A.C})} \times 100$$

Meta: 80 %

Periodicidad de la medición: Mensual

Responsable: Coordinador de Calidad

- **Eficacia del control del servicio no conforme.** Mide la eficacia de la implementación o cierre del tratamiento de las no conformidades, es decir una relación entre las que se han cerrado y el total generado por los servicios no conformes que surjan en los procesos misionales.

Forma de cálculo:

$$\% = \frac{(\text{Nº de no conformidades por corrección cerradas})}{(\text{Nº Total de no conformidades por corrección})} \times 100$$

Meta: 80%

Periodicidad de la medición: Mensual

Responsable: Coordinador de Calidad

PROCESO DE DIAGNÓSTICO

- **Oportunidad en la atención de servicios de diagnóstico.** Mide una característica de calidad del sector salud como es la oportunidad en la atención de los servicios. Se calculan los días transcurridos entre la solicitud del servicio de diagnóstico hasta el momento que se presta el mismo, relacionado con el número de atenciones o número de usuarios atendidos en el servicio de diagnóstico.

Forma de cálculo:

(Σ del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio hasta el momento que se presta el servicio)

$$N^{\circ} = \frac{\text{-----}}{\text{Total de pacientes atendidos al mes}}$$

Meta: 5 días

Periodicidad de la medición: Mensual

Responsable: Coordinador Médico Nuclear

- **Oportunidad en la emisión de resultados de diagnóstico.** Este indicador evalúa la oportunidad en la emisión de los resultados diagnósticos generados una vez se termina el estudio.

Forma de cálculo:

(Σ del número de días transcurridos entre la prestación del servicio hasta la fecha de emisión del informe de resultado)

$$N^{\circ} = \frac{\text{-----}}{(N^{\circ} \text{ Total de usuarios atendidos por mes})}$$

Meta: 2 días

Periodicidad de la medición: Mensual

Responsable: Coordinador Médico Nuclear

- **Porcentaje de concordancia en diagnóstico.** Este indicador tiene por objetivo evaluar la confiabilidad de los estudios realizados, y se realiza mediante la comparación de pares de profesionales en salud. Un segundo observador evalúa una muestra de los estudios realizados por el profesional en salud que hizo el diagnóstico de dichos estudios. Se calcula mediante la relación entre los diagnósticos concordantes por el segundo observador y el total de estudios analizados (muestra de la población).

Forma de cálculo:

$$\% = \frac{(\Sigma \text{ de exámenes que coinciden en diagnóstico})}{(\text{No total de exámenes analizados})} \times 100$$

Meta: 95%

Periodicidad de la medición: Mensual

Responsable: Coordinador Médico Nuclear

- **Nivel de confiabilidad de resultados percibidos por médicos.** Este es otro indicador que mide la confiabilidad (característica muy

importante en el sector salud) del servicio prestado. Se caracteriza por evaluar el ítem de confiabilidad en la encuesta de satisfacción del cliente dirigida a los médicos que remite los estudios. Se calcula el porcentaje de los médicos que realizan una calificación por encima de cuatro puntos (nivel bueno a excelente) sobre el total de médicos encuestados en un periodo de tiempo.

Forma de cálculo:

$$N^{\circ} = \frac{(\Sigma \text{ de calificaciones ítem de confiabilidad en encuestas satisfacción cliente-médico})}{(\text{No total de encuestas satisfacción cliente-médico realizadas semestralmente})}$$

Meta: 95%

Periodicidad de la medición: Mensual

Responsable: Coordinador Médico Nuclear

PROCESO DE TRATAMIENTO

- **Porcentaje cumplimiento de fechas programadas administración de tratamiento.** Este indicador evalúa la oportunidad en la administración del tratamiento programado por el Médico Nuclear. Por medio de este indicador también se evalúa la respuesta del proveedor del insumo radiactivo, ya que este servicio es muy costoso y se realiza es sobre pedido con mucho tiempo de anticipación.

Forma de cálculo:

$$\% = \frac{(\Sigma \text{ De fechas programadas para administración de tratamiento cumplidas al mes})}{(\text{N}^{\circ} \text{ Total de usuarios programados para administración de tratamiento al mes})} \times 100$$

Meta: 80%

Periodicidad de la medición: Mensual

Responsable: Médico Nuclear

- **Porcentaje cumplimiento de protocolos en tratamiento.** Es muy importante para la confiabilidad del tratamiento realizado, que este se realice de acuerdo a lo preestablecido con anterioridad entre el médico nuclear y el paciente, siguiendo los parámetros dictaminados por la medicina para tal fin. Se calcula por la relación

del número de pacientes que cumplieron con el protocolo entre el número de pacientes para tratamiento atendidos en el periodo de la medición.

Forma de cálculo:

$$\% = \frac{(N^{\circ} \text{ Pacientes que cumplen protocolo tratamiento al mes})}{(N^{\circ} \text{ Total de pacientes tratamiento al mes})} \times 100$$

Meta: 100%

Periodicidad de la medición: Mensual

Responsable: Médico Nuclear

- **Oportunidad en la asignación de citas para tratamiento.** Mide una característica de calidad del sector salud como es la oportunidad en la atención de los servicios. Se calculan los días transcurridos entre la solicitud de cita para la programación del tratamiento hasta el momento que se atiende la cita para programación de dicho tratamiento, relacionado con el número de citas programadas en el servicio de tratamiento.

Forma de cálculo:

$$N^{\circ} = \frac{(\sum \text{ del número de días transcurridos entre la solicitud de la cita hasta el momento que se atiende la cita})}{(\text{Total de pacientes atendidos al mes})}$$

Meta: 3 días

Periodicidad de la medición: Mensual

Responsable: Médico Nuclear

PROCESO DE AMBIENTE DE TRABAJO

- **Porcentaje de accidentes de trabajo.**

Este indicador mide el porcentaje de accidentes de trabajo ocurridos en un periodo de tiempo al interior de la empresa, y reportados a la ARP.

Forma de cálculo:

$$\% = \frac{(\text{Número de accidentes de trabajo})}{(\text{Número total de personas de la empresa})} \times 100$$

Meta: <= 9 %

Periodicidad de la medición: Mensual

Responsable: Coordinadora administrativa y asistencial

- **Número de personas profesionalmente expuestas por fuera del límite permisible de radiación.** Mide la seguridad de los trabajadores en el aspecto de protección radiológica. Esta medición la realiza una empresa externa experta en dosimetría de personal expuesto a radiaciones ionizantes.

Forma de cálculo:

Sumatoria de personas profesionalmente expuestas por fuera del límite permisible de radiación (1,7 mSv/h)

Meta: 0 personas.

Periodicidad de la medición: Mensual

Responsable: Coordinadora administrativa y asistencial

PROCESO DE GESTION DE TALENTO HUMANO

- **Porcentaje de funcionarios competentes.** Este indicador mide el porcentaje de funcionarios que superan el estándar establecido sobre la calificación obtenida en la evaluación del desempeño en relación a la totalidad de funcionarios evaluados.

Forma de cálculo:

$$\% = \frac{(Sumatoria de funcionarios calificación superior a 4)}{(Número de funcionarios totales evaluados)} \times 100$$

Meta: 80%

Periodicidad de la medición: Anual

Responsable: Coordinadora administrativa y Financiera

- **Número de horas impartidas de capacitación por funcionario.** Mide las horas mínimas promedio de capacitación establecidas por la empresa para cada funcionario. La empresa establece un estándar promedio de capacitación durante un determinado periodo de tiempo, y de acuerdo a ese estándar realiza la medición para verificar su cumplimiento.

Forma de cálculo:

$$Número\ HORAS = \frac{(Número\ total\ de\ horas\ de\ capacitación\ impartidas\ en\ el\ año)}{-----}$$

(Número de Funcionarios)

Meta: 16 HORAS

Periodicidad de la medición: Anual

Responsable: Coordinadora administrativa y Financiera

- **Porcentaje de cumplimiento de programa de capacitación.**
Verifica el cumplimiento del cronograma de capacitación establecido por la empresa en un determinado periodo de tiempo.

Forma de cálculo:

$$\% = \frac{(Eventos\ de\ capacitación\ desarrollados)}{(Eventos\ de\ capacitación\ programados)} \times 100$$

Meta: 90%

Periodicidad de la medición: Semestral

Responsable: Coordinadora administrativa y Financiera

- **Porcentaje de ausentismo.** Mide el porcentaje de ausentismo del personal que labora en la empresa. El ausentismo se puede presentar por diversos motivos: enfermedad general, permisos, accidentes de trabajo, y licencias no remuneradas. Se calcula como el número de horas de ausentismo del personal en un determinado periodo de tiempo sobre el número total de personas que laboran en la empresa.

Forma de cálculo:

$$\% = \frac{(Número\ de\ horas\ ausentismo\ personal\ al\ mes)}{(Número\ horas\ totales\ de\ personal\ al\ mes)} \times 100$$

Meta: 3%

Periodicidad de la medición: Mensual

Responsable: Coordinadora administrativa y Financiera

PROCESO DE GESTION DE CONTRATOS Y SERVICIO AL CLIENTE

- **Porcentaje de Aumento de ventas.**

Este indicador realiza una comparación de las ventas del periodo (año) anterior con las ventas realizadas a final del periodo anual contable.

Evalúa a través de un porcentaje el incremento de las ventas del periodo anterior con el actual.

Forma de cálculo:

$$\% = \frac{(\text{Ventas actuales} - \text{ventas año anterior})}{(\text{Venta año anterior})} \times 100$$

Meta: $\geq 10\%$

Periodicidad de la medición: Anual

Responsable: Coordinadora administrativa y Financiera

- **Porcentaje de satisfacción del cliente en nivel bueno.** Evalúa el nivel de satisfacción del cliente, respecto a la prestación de los servicios de salud de la empresa. Mide que porcentaje de los usuarios evaluados califican el servicio en un nivel que está entre bueno y excelente.

Forma de cálculo:

$$\% = \frac{(\text{Número clientes satisfechos en nivel bueno})}{(\text{Número total de encuestados})} \times 100$$

Meta: $\geq 85\%$ en nivel bueno

Periodicidad de la medición: Semestral

Responsable: Coordinadora administrativa y Financiera

- **Porcentaje de eficacia en respuesta de quejas y reclamos.** Mide la eficacia en la atención de quejas y reclamos realizada por los clientes de Spect Medicina Nuclear, y el tratamiento realizado de acuerdo a su criticidad.

Forma de cálculo:

$$\% = \frac{(\text{Numero Quejas contestadas})}{(\text{Número Total de quejas})} \times 100$$

Meta: 100%

Periodicidad de la medición: Mensual

Responsable: Coordinadora administrativa y Financiera

- **Porcentaje de quejas y reclamos.** Calcula el porcentaje de quejas y reclamos surgidos en la prestación del servicio, del total de clientes/usuarios atendidos.

Forma de cálculo:

$$\% = \frac{(\text{Número de Quejas y Reclamos})}{(\text{Número Total de usuarios por mes})} \times 100$$

Meta: <= 1%

Periodicidad de la medición: Mensual

Responsable: Coordinadora administrativa y Financiera

- **Numero de visitas de seguimiento a clientes empresas.** Verifica el cumplimiento del número de visitas establecidas en el proceso de contratos y servicio al cliente.

Forma de cálculo:

Nº Visitas Realizadas

Meta: 2 por mes

Periodicidad de la medición: Mensual

Responsable: Coordinadora administrativa y Financiera

PROCESO DE GESTION DE COMPRAS Y CONTRATACION

- **Tiempo de oportunidad en requisiciones de compra.** Evalúa el tiempo en que se demora una requisición de compra en ser atendida o ejecutada por parte del proceso de compras y contratación de servicios. También verifica la eficiencia del personal en la ejecución del proceso de compras y contratación de los servicios requeridos por la empresa.

Forma de cálculo:

$$T.O = \frac{(\text{Sumatoria de tiempo de atención de cada requisición})}{(\text{Número de requisiciones atendidas})}$$

Meta: 8 días

Periodicidad de la medición: Mensual

Responsable: Coordinadora administrativa y Financiera

- **Porcentaje de devolución de órdenes de compra que no cumplieron especificaciones.** Mide el porcentaje de devoluciones de compra del servicio. Evalúa el grado cumplimiento y Calidad de los productos de los principales proveedores de insumos radiactivos, elementos medico quirúrgicos de la empresa.

Forma de cálculo:

$$\% = \frac{(\text{Número de ordenes de compra devueltas por no cumplimiento de especificaciones})}{(\text{Número total de órdenes de compra realizadas})} \times 100$$

Meta: 5%

Periodicidad de la medición: Mensual

Responsable: Coordinadora administrativa y Financiera

- **Porcentaje de proveedores evaluados con calificación mayor de 4.** Evalúa el nivel de satisfacción de la empresa, respecto a la prestación de los servicios de sus proveedores. Mide que porcentaje de los proveedores evaluados se encuentran en un nivel que está entre bueno y excelente.

Forma de cálculo:

$$\% = \frac{(\text{Número de proveedores evaluados con puntaje mayor a 4})}{(\text{Número total de proveedores evaluados})} \times 100$$

Meta: 90%

Periodicidad de la medición: Anual

Responsable: Coordinadora administrativa y Financiera

PROCESO DE FACTURACIÓN Y RECAUDO

- **Número de errores en procedimiento de facturación.** Mide el desempeño del proceso de facturación y recaudo a través del número de errores ocurridos en la facturación del servicio. El objetivo es disminuir cada vez más el indicador del número de errores.

Forma de cálculo:

Nº de errores en facturación al mes

Meta: <=20 errores

Periodicidad de la medición: Mensual

Responsable: Coordinadora administrativa y Financiera

- **Número de Glosas en proceso de facturación.** Es otro indicador que mide el desempeño de los procedimientos de facturación y admisión de los pacientes/usuarios. Mide el número de glosas establecidas por las empresas clientes a raíz del no cumplimiento de los requisitos establecido en los contratos u ofertas de servicios. Las glosas también pueden surgir porque los requisitos de la facturación no están claros o actualizados entre ambas partes, incluso las entidades reguladoras (superintendencia nacional de salud).

Forma de cálculo:

Nº de glosas en facturación al mes

Meta: 2 glosas por mes

Periodicidad de la medición: Mensual

Responsable: Coordinadora administrativa y Financiera

- **Rotación de Cartera.** Establece el número de veces que las cuentas por cobrar giran, en promedio de un periodo determinado de tiempo (generalmente un año). Este indicador permite conocer la rapidez de la cobranza a los acreedores de la empresa.

Forma de cálculo:

$$Nº = \frac{\text{Ventas crédito en el periodo}}{\text{Cuentas por cobrar promedio}}$$

Meta: 3.3 veces

Periodicidad de la medición: Trimestral

Responsable: Coordinadora administrativa y Financiera

PROCESO DE GESTION DE INFRAESTRUCTURA

- **Cumplimiento de cronograma de mantenimiento preventivo en equipo médico y de medición.** Mide el porcentaje de desarrollo de los mantenimientos preventivos programados en la empresa. Es muy importante este indicador para el correcto funcionamiento del equipo médico que repercute en la normal prestación del servicio.

Forma de cálculo:

(Total de mantenimientos realizados en el tiempo pactado)

$$\% = \frac{\text{-----}}{\text{(Total de mantenimientos programado)}} \times 100$$

Meta: $\geq 90\%$

Periodicidad de la medición: mensual

Responsable: Coordinadora administrativa y Financiera

- **Número de mantenimiento correctivo realizado al equipo médico.** Establece si se han realizado mantenimientos correctivos en los equipos críticos de la empresa. El objetivo es minimizar el número de mantenimientos correctivos del equipo médico en un determinado periodo de tiempo.

Forma de cálculo:

Número de mantenimiento correctivo por equipo médico.

Meta: ≤ 1

Periodicidad de la medición: mensual

Responsable: Coordinadora administrativa y Financiera

- **Tiempo de parada de la estación de trabajo (Gammacámara) por mal funcionamiento del equipo.** Mide el número de horas de parada de la estación de trabajo gammacámaras por averías, desperfectos, o cualquier otra situación que no permita que se pueda prestar el servicio a causa de la parada de este equipo médico.

Forma de cálculo:

Número de horas de parada de la estación de trabajo (gammacámara) por mal funcionamiento.

Meta: ≤ 8 horas laborales.

Periodicidad de la medición: mensual

Responsable: Coordinadora administrativa y Financiera

6. DESARROLLO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

6.1 DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

En la implementación de la norma ISO 9001:2000, la palabra documento es utilizada para referirse a la forma como se provee la información que necesita la organización para desempeñar sus actividades.

En Spect Medicina Nuclear, una vez se terminó la etapa de planificación de la calidad se empezó a desarrollar toda la documentación del sistema de gestión de la calidad, tomando como base las caracterizaciones del proceso y desarrollando la planificación documental expuesta en éstas.

La etapa de la documentación del sistema de gestión de la calidad fue la más extensa en el arduo camino hacia la certificación con la norma NTC ISO 9001:2000, puesto que era poco lo que se tenía en la empresa al respecto de este tema.

Por medio de la sensibilización realizada se tenía claro en esta etapa del proceso, que la documentación a desarrollar en la empresa ayudaría a los siguientes aspectos:

- Lograr el cumplimiento de los requisitos del cliente y la mejora de la calidad.
- Proveer la formación apropiada.
- Proporcionar evidencias objetivas.
- La trazabilidad del producto y proceso.
- Evaluar la eficacia y la idoneidad continua del S.G.C.

6.1.1 Estructura de la documentación. En el sistema de gestión de la calidad, la norma identifica dos tipos de documentos:

- Documentos
- Procedimientos documentados

Los documentos son la forma como se provee de información para el desempeño de las actividades en la organización, y el Procedimiento documentado se refiere a un procedimiento escrito obligatorio, que se exige para describir cómo la organización desempeña la actividad. La

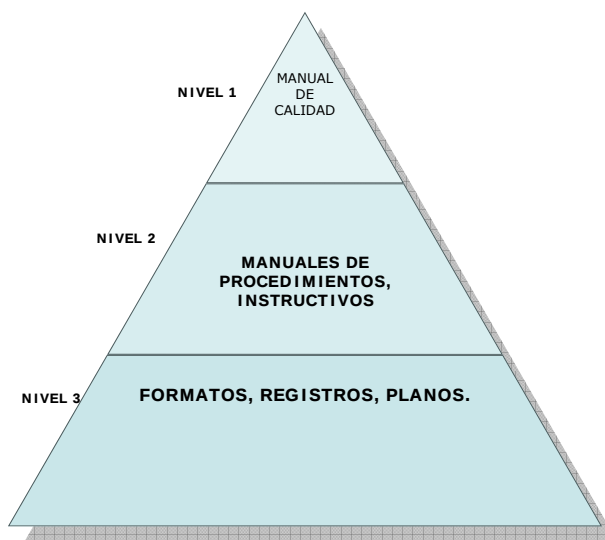
documentación puede estar en cualquier tipo de medio, ya sea impreso, magnético, etc., lo importante es que la organización adecue la documentación a sus necesidades y como mejor la maneje su personal.¹⁷

De acuerdo al numeral 4.2.1 de la norma ISO 9001:2000 la documentación del sistema de gestión de la calidad en una empresa que se desee certificar, debe incluir:

- Declaraciones documentadas de una Política de la Calidad y de Objetivos de la calidad.
- Manual de la calidad.
- Procedimientos documentados requeridos por la Norma Internacional (ISO 9001).
- Los documentos necesitados por la organización para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.
- Los registros requeridos por la Norma Internacional ISO 9001.¹⁸

La estructura de la documentación de Spect Medicina Nuclear se representa en la figura 8.

Figura 8. Estructura documental del sistema de la calidad.



¹⁷ Documentación del Sistema de Gestión de la calidad: Requisitos documentación sistema de calidad. Curso Virtual ISO 9000. SENA Colombia: 2006 Modulo 2. Pág. 3.

¹⁸ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION (ICONTEC) NTC ISO 9001:2000. Requisitos del sistema de gestión de la calidad. Colombia 2007.

NIVEL 1: En este nivel se encuentra el manual de calidad de la empresa. Documento que gestiona todo el SGC, es ejecutado por la dirección de la empresa y con la asesoría de los integrantes del comité de calidad. En el se recopilan las generalidades de la empresa (historia, ubicación, etc.), las directrices estratégicas como la misión y la visión y las directrices de calidad como: la política y los objetivos de la calidad; también están incluidas las caracterizaciones de todos los procesos del sistema.

NIVEL 2: Procedimientos e instructivos de trabajo de la empresa. Aquí se determina la información específica de los procedimientos de cada proceso: ¿Quién?, ¿Qué?, ¿Cuándo?, ¿Dónde? y ¿Por qué? Efectuar las actividades; esto con el fin de elaborar los manuales de procedimientos de cada proceso. En este nivel también están los manuales obligatorios de ley como son el manual de bioseguridad, manual de protección radiológica, manual de gestión de residuos hospitalarios, etc. En este nivel documental también se encuentra el manual de descripción del cargo de la empresa.

NIVEL 3: Formatos y Registros. Este nivel representa la base fundamental de la documentación. Esta documentación registra los resultados de las actividades y sirve para mostrar evidencia de lo realizado.

6.1.2 Metodología utilizada para la documentación. La metodología utilizada para llevar a cabo el sistema documental de Spect Medicina Nuclear consta de 5 etapas que se describen a continuación:

Etapas 1. Determinación de la necesidad de documentación. El objetivo de esta etapa fue el de determinar los tipos de documentos que deben existir en la organización, para garantizar que todos los procesos se lleven a cabo bajo condiciones controladas. En esta etapa se tuvo en cuenta la documentación exigida por la norma ISO 9001:2000, y que el sector salud exige en el cumplimiento de ciertos requisitos legales que deben ser documentados. Para esto se estudió las regulaciones del ministerio de la protección social, superintendencia nacional de salud, ministerio de minas y energía y su ente encargado en Colombia, para controlar y licenciar las operaciones concernientes a las actividades nucleares y radiactivas, INGEOMINAS.

La empresa determinó que para cumplir con los requisitos de la norma se debían establecer los siguientes documentos:

- Manual de calidad de la empresa.
- Los 6 procedimientos documentados requeridos por la norma.
- El establecimiento de 15 de los 21 registros requeridos por la norma, ya que 6 de ellos pertenece a los numerales excluidos en el alcance del sistema (numeral 7.3 y 7.5.2).
- Los Planes de calidad de los servicios de Diagnóstico y Tratamiento.
- Los manuales de procedimientos de los 10 procesos planificados en las caracterizaciones. Estos manuales contienen procedimientos generales y específicos.

Además de los anteriores documentos pueden existir otros (formatos, reglamentos, certificados, etc.), que pueden ser útiles para obtener resultados que la empresa desea en materia de gestión de la calidad.

Los documentos que se establecieron para cumplir con la normativa del sector salud, y en materia de seguridad nuclear son:

- Manual de protocolos médicos para procesos asistenciales.
- Manual de Protección Radiológica.
- Manual de Bioseguridad.
- Manual de gestión de residuos hospitalarios.
- PAMEC (plan de auditorias para la mejora de la calidad).
- Programa de salud ocupacional

Etapas 2. Diagnóstico de la situación documental. Esta etapa se apoya del diagnóstico del SGC basado en la NTC ISO 9001:2000, realizado a la empresa en el capítulo 4 del presente documento, el cual establece el nivel documental respecto a la norma. Además se hizo una comparación de los documentos que existen en la empresa respecto a las necesidades expuestas en la etapa anterior, aplicando técnicas como la observación, la entrevista, y la revisión de documentos. El resultado del análisis es el siguiente:

En materia del sistema de calidad respecto a la norma NTC ISO 9001:2000 no existe documentación alguna al interior de la empresa. No hay manual de calidad, no hay procesos establecidos y menos los registros exigidos por la norma.

En materia de documentación del sector salud, la empresa posee algunos protocolos médicos los cuales no están condesados en un solo manual y tampoco están actualizados. También existe un manual de

protección radiológica el cual no cumple con todos los requisitos de la resolución 181434 del ministerio de minas y energía, y se puede decir que sólo cumple con el 60% de lo establecido en esta resolución, por lo cual se hace necesario revisarlo y reformarlo. Los otros documentos mencionados en la etapa anterior referentes al sector salud no están elaborados en la empresa.

Etapas 3. Diseño del sistema documental. Esta etapa constó de las siguientes actividades:

1. Se definió la jerarquía documental de la empresa, tal como lo muestra la pirámide documental figura 8 del numeral 6.1.1 de este documento.
2. Se definió que la persona delegada para elaborar la documentación del sistema de gestión de la calidad fuera el Auxiliar de calidad (practicante).
3. Se definió la estructura de todos los documentos del sistema de gestión de la calidad (procedimientos, instructivos, formatos, políticas) realizando en primera medida el instructivo para la elaboración de los documentos en Spect Medicina Nuclear.
4. Se estableció el flujo de la documentación asignando los lugares donde permanecería la documentación, acceso y autorización a ésta. La documentación de todo el sistema de calidad estará en medio magnético en la oficina de calidad, la documentación en medio duro de los procesos de dirección y de los procesos de apoyo estará en la oficina de la coordinación administrativa de la empresa. La documentación de los procesos asistenciales estarán en los consultorios de los líderes de los procesos de diagnóstico y tratamiento.

Etapas 4. Elaboración de los documentos. En esta etapa se empezó a elaborar, revisar y aprobar todos los documentos de cada nivel. En Spect Medicina Nuclear, se empezó por documentar todos los procedimientos requeridos por la norma ISO 9001:2000 y las caracterizaciones de procesos, luego se procedió a elaborar la documentación de los procesos de dirección (Calidad y Direccionamiento estratégico). Simultáneamente se empezó a elaborar el manual de protocolos médicos, que fue el documento que más tiempo demandó en su elaboración (6 meses). Luego se documentaron los procesos asistenciales y por último los procesos de apoyo.

La creación de documentos en la empresa no se detiene, siempre puede surgir la necesidad de creación de un nuevo documento, ya sea por

mejoramiento de los procesos, o por cumplimiento a los requisitos legales estipulados en el sector salud en el que se encuentra. Igualmente la eliminación de estos documentos también se puede dar de acuerdo a los factores mencionados anteriormente.

Etapas 5. Implantación del sistema documental. En esta etapa se empieza a poner en práctica lo establecido en los documentos elaborados. La documentación se distribuyó en las áreas en la medida en que fue siendo aprobada. También se empezó a determinar las necesidades de entrenamiento y capacitación de la documentación elaborada.

6.2 CONTROL DE DOCUMENTOS

Definida la estructura documental y la metodología utilizada para llevar a cabo la documentación, se procedió a levantar la documentación requerida por el sistema de gestión de la calidad de la organización; para ello se empezó a analizar los procesos y actividades realizadas por todo el personal. Esto se realizó a través de la observación directa ejecutada en campo, entrevistas y reuniones con los actores involucrados en cada actividad. Por otra parte la consultoría jugó un papel importante en la orientación del sistema documental.

Para el control y manejo de la documentación del sistema de gestión de la calidad y para dar cumplimiento a la norma ISO 9001:2000 se elaboró el documento obligatorio, *procedimiento para el control de documentos* y el *instructivo para la elaboración de documentos*, los cuales se encuentran en el **anexo C** de este documento. Este instructivo permite estandarizar la metodología de elaboración de documentos como lo son procedimientos de cada proceso, protocolos médicos, políticas, instructivos, listas de chequeo y formatos para registros.

Se determinó que la documentación debía estar identificada con un código que se compone de una combinación de letras y números separados por guiones. El primer grupo corresponde a 2 letras que identifican al tipo de procesos, el segundo ítem es una letra que identifica el tipo de documento y el tercer grupo es el consecutivo numérico.

Los documentos que llevan encabezado y pie de página son los procedimientos e instructivos, los demás se identifican por medio del

código, versión y fecha de aprobación del documento que se ubican en la parte inferior izquierda del formato. Los encabezados se componen por el logo de la empresa, nombre del documento, fecha de la última edición, código del documento, versión y número de página.

6.2.1 Revisión, aprobación y modificación de documentos. La revisión del documento la realiza el líder del proceso y/o usuarios del documento cuantas veces sea necesario. La aprobación es efectuada por la coordinadora administrativa y financiera y/o Gerente General, los cuales verifican la funcionalidad del documento y le dan vía libre para que éste pueda ser utilizado según la finalidad a la cual fue creado.

Cuando se desee crear, modificar o eliminar un documento del sistema de gestión de calidad, se utiliza el *formato de solicitud de creación o modificación de documentos*, explicando o justificando la naturaleza del cambio, eliminación o creación, si es un documento nuevo. Nuevamente se revisa y aprueba por los líderes de procesos, Coordinadora Administrativa y Gerente General. Después de este proceso se ingresa o se actualiza el cambio del documento en un formato de control, llamado *listado maestro de documentos internos (ver anexo D)*. En el listado maestro de documentos internos se especifica el nombre, el código, la distribución del documento, el responsable, la versión, fecha de actualización, fecha de aprobación y cambios realizados.

En caso de que se elimine un documento se destruyen las copias controladas (si se tienen) de su lugar de uso, se identifica como obsoleto el documento anterior, guardando una copia magnética; posteriormente el Auxiliar de calidad actualiza el listado maestro de documentos.

Los documentos que son generados por entidades externas a la organización y que son utilizados en la aplicación de procedimientos y para dar cumplimiento a los requisitos estipulados por éstas (como lo son todas las reglamentaciones y normas que apliquen al sector en el cual está la empresa), son controlados en un formato/registro de control llamado *Listado maestro de documentos externos*.

6.3 CONTROL DE REGISTROS

El control de registros de la organización está contenido en el proceso de gestión de la calidad y mejora continua. Para el control de registro en

la organización, se levantó el *procedimiento para el control de registro* (**ver anexo C**), en el cual se definieron los controles para identificar, almacenar, proteger y recuperar los registros del SGC para así, cumplir con el requisito 4.2.4 de la norma NTC-ISO 9001.

Los registros de mayor importancia para la empresa son los de los procesos misionales (diagnóstico y tratamiento), que evidencian en gran porcentaje el cumplimiento de los requisitos del cliente y los requisitos para la calidad del producto/servicio estipulados por la norma internacional. Otros registros de gran trascendencia son los que pertenecen al proceso de gestión de ambiente de trabajo, ya que evidencian el cumplimiento en gran parte de la reglamentación del sector salud y la reglamentación en seguridad radiológica regulada por el INGEOMINAS.

Siguiendo la metodología para el control de documentos, así mismo se utilizan iguales parámetros para la creación de formatos para los registros. Los encargados del análisis de los registros son los involucrados con su operación y lógicamente el líder de cada proceso. Los registros son controlados en un documento de control, llamado *Listado maestro de registros* que está en el **anexo D** de este documento. En el listado maestro de registro se especifica el nombre del registro, el código, el responsable de su custodia, el almacenamiento (Estado, ubicación y acceso), tiempo de almacenamiento y su disposición final.

6.4 PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS DE LA NORMA

En Spect medicina nuclear, se levantaron los procedimientos documentados exigidos por la norma NTC-ISO 9001:2000, los cuales pertenecen al proceso de gestión de la calidad y mejora continua y que se presentan en el **anexo C**. A continuación se relacionan estos procedimientos con el numeral de la norma al que aplican:

- Control de documentos (4.2.3).
- Control de registros (4.2.4).
- Auditoria interna (8.2.2).
- Control del servicio no conforme (8.3).
- Acción correctiva (8.5.2).
- Acción preventiva (8.5.3).
- Revisión por la dirección (que no es obligatorio pero tiene un

procedimiento documentado).

La socialización de los procedimientos de control de documentos y control de registros mencionados anteriormente en los numerales 6.2 y 6.3 de este capítulo, se realizó una vez se aprobaron, y formó parte de la etapa de capacitación del personal de la empresa.

6.5 MANUALES DE PROCEDIMIENTOS DE LOS PROCESOS DEL SGC DE LA EMPRESA

La documentación de los procesos en la empresa estuvo sustentada por los manuales que se levantaron con el propósito de agrupar los procedimientos e instructivos que reflejan las etapas y actividades de cada proceso.

Los principales objetivos que se persigue con la elaboración de los manuales de procedimientos son:

- Comunicar la política de la calidad, los procedimientos y los requisitos de la organización.
- Entrenar y/o adiestrar a nuevos empleados.
- Definir responsabilidades y autoridades.
- Regular y estandarizar las actividades de la empresa.
- Facilitar la introducción de un mejor método dando datos completos del método actual.
- Ayuda a establecer mejores programas de operaciones y de actividades.
- Suministrar las bases documentales para las auditorías.¹⁹

6.5.1 Documentación de los procesos asistenciales

6.5.1.1 Documentación Proceso diagnóstico

La documentación del proceso de diagnóstico se compone de un manual de procedimientos del proceso y un manual de protocolos médicos para proceso diagnóstico.

Manual de procedimientos diagnóstico: aquí se encuentran 4 procedimientos básicos que forman parte del servicio asistencial de medicina nuclear en diagnóstico. Los procedimientos son: procedimientos de asignación de citas, procedimiento de admisión de

¹⁹ Documentación del Sistema de Gestión de la calidad: Requisitos documentación sistema de calidad. Curso Virtual ISO 9000. SENA Colombia: 2006 Modulo 2. Pág 7.

pacientes, procedimiento asistencial de diagnóstico, y procedimiento de elaboración de informe y entrega de resultados.

Manual de protocolos médicos: Recopila todos los protocolos médicos en medicina nuclear ofrecidos en el servicio. Los protocolos médicos se agrupan de acuerdo a los sistemas funcionales del cuerpo humano como lo son, el sistema nervioso, sistema digestivo, sistema circulatorio, sistema endocrino, sistema digestivo y sistema óseo. Por ejemplo, en el sistema digestivo están los protocolos de gammagrafía de reflujo gastroesofágico, gammagrafía de vaciamiento gástrico, gammagrafía hepatobiliar y gammagrafía hepatoesplénica, entre otros.

6.5.1.2 Documentación procesos de Tratamiento

La documentación del proceso de tratamiento la componen un manual de procedimientos, protocolos médicos para tratamiento y un protocolo para la unidad de yodoterapia de la clínica Carlos Ardila Lulle.

Manual de procedimientos tratamiento: Aquí se encuentra 2 procedimientos básicos del servicio para tratamientos en medicina nuclear. Se establece el procedimiento para la programación y preparación del tratamiento y el procedimiento para la administración del tratamiento.

Protocolos para tratamientos: El proceso de tratamiento tiene 2 protocolos médicos que son el protocolo tratamiento con I-131 para pacientes con Ca diferenciado de tiroides y el protocolo de tratamiento radioisotópico del equilibrio.

Protocolo Unidad de Yodoterapia: Este protocolo se aplica por el personal asistencial de Spect Medicina Nuclear y personal asistencial del tercer piso de la clínica Carlos Ardila Lulle, y establece los temas del manejo de las habitaciones de yodoterapia, la atención del paciente hospitalizado, el manejo de residuos, la administración y transporte de la sustancia radiactiva, y el egreso hospitalario del paciente.

Los procedimientos documentados, de los procesos asistenciales relacionados con la prestación del servicio están relacionados en el **anexo E** del presente documento.

6.5.2 Documentación de los procesos de apoyo

Los procesos de apoyo definidos en el sistema de gestión de la calidad también estuvieron soportados por las caracterizaciones de proceso y

por manuales de procedimientos. A continuación se presenta un recuento de la documentación de los procesos de apoyo:

Proceso de Gestión de Ambiente de trabajo: Este proceso tiene por objetivo minimizar los riesgos biológicos y de radiaciones ionizantes que puedan afectar la salud del cliente interno y externo, antes, durante y después de la prestación del servicio. Este proceso está compuesto por la siguiente documentación:

Manual de Protección Radiológica: Determina el reglamento interno de protección radiológica al interior de la organización, para suministrarle confianza al personal en el desempeño de sus labores, a través del conocimiento de los conceptos fundamentales sobre radiaciones evitando las radiaciones innecesarias del mismo personal, público en general y efectos sobre el medio ambiente.

Manual de Bioseguridad: Está dirigido a todo el personal de la organización que de una u otra forma puede estar en riesgo de sufrir algún accidente o enfermedad. Este manual consiste en implementar una serie de normas y procedimientos de bioseguridad, buscando limitar los riesgos a los que pueden estar expuestos tanto los trabajadores como los usuarios/pacientes del servicio, divulgando y controlando su cumplimiento.

Manual Integral de Residuos Hospitalarios: Consiste en la implementación de un plan de manejo de residuos, para controlar el alto riesgo que presentan los residuos sólidos y líquidos generados en la institución, tanto para la salud humana como para el ambiente y la calidad de vida de todos.

Proceso de gestión de contratos y servicio al cliente: Este proceso tiene por objetivo mantener e incrementar la satisfacción del cliente, realizando atención efectiva a sus requerimientos. Este proceso se apoya en los siguientes procedimientos:

- *Procedimiento de Gestión de contratos.* Gestiona contratos y convenios que legalicen la prestación del servicio y determine los requisitos del cliente.
- *Procedimiento de evaluación y satisfacción del cliente.* Establece el método para evaluar y conocer el nivel de satisfacción al cliente para realizar acción de mejora.
- *Procedimiento de quejas y reclamos.* Establece una comunicación permanente con el cliente a través de la atención y solución a las quejas, reclamos y sugerencias.
- *Procedimiento de visita de seguimiento al cliente.* Para realizar visitas

promocionales y de seguimiento para ofrecer los servicios y/o mantener una comunicación permanente con el cliente.

Proceso de Gestión de compras y contratación de servicios: Este proceso tiene por objetivo proveer con oportunidad, calidad y precios razonables los productos y servicios requeridos por cada uno de los procesos del sistema de gestión de la calidad para garantizar su óptimo funcionamiento. Este proceso se apoya en los siguientes procedimientos:

- *Procedimiento para realizar compras y contratación de servicios.* Establece el método para realizar las compras de productos e insumos y contratar servicios para suministrar los recursos necesarios a todos los procesos del SGC.
- *Procedimiento de recibo y verificación producto/servicio comprado.* Determina los pasos para realizar la recepción y verificación de los productos o servicios comprados.
- *Procedimiento de almacenamiento de insumos y elementos comprados.* Establece control en el almacenamiento de inventarios de los insumos radiactivos, fármacos y elementos medicoquirúrgicos, considerados como críticos.
- *Procedimiento de evaluación de desempeño de proveedores.* Establece la metodología para evaluar el desempeño de proveedores a través de un periodo de tiempo.

Proceso de Facturación y Recaudo. Tiene por objetivo generar la facturación libre de errores para realizar su entrega oportuna al cliente, que permita posteriormente la gestión eficaz y eficiente de su recaudo. Este proceso contiene los siguientes procedimientos:

- *Procedimiento de facturación.* Establece los pasos para generar la facturación del servicio.
- *Procedimiento de gestión de cobro e informes de cartera.* Determina los pasos para realizar la gestión de cobro a las empresas y mantener actualizada la información de cartera.

Proceso de Gestión de Infraestructura: Tiene como objetivo mantener equipos en óptimas condiciones de funcionamiento, para evitar fallas que afecten la prestación del servicio. Este proceso se apoya en los siguientes procedimientos y políticas:

- *Procedimiento mantenimiento preventivo.* Establece los pasos para programar y ejecutar mantenimiento preventivo a los equipos médicos y de medición.
- *Procedimiento mantenimiento correctivo.* Permite atender las

solicitudes para realizar mantenimiento correctivo a equipos médicos, de medición, equipos de cómputo e infraestructura física.

- *Políticas de verificación y calibración de equipos de medición.*

Proceso de gestión del talento humano: Tiene por objetivo lograr y mantener una estructura organizacional que provea a los procesos de personal competente y comprometido, para garantizar eficiencia y eficacia en sus resultados. El proceso de talento humano posee los siguientes procedimientos:

- *Procedimiento de selección de personal.* Establece los pasos para seleccionar el personal requerido por cada servicio de acuerdo al perfil establecido por el cargo.
- *Procedimiento de contratación.* Establece los pasos a seguir para legalizar el ingreso del nuevo empleado a la organización.
- *Procedimiento de inducción y entrenamiento de personal nuevo.* Realiza una actividad previa al ingreso del nuevo funcionario para garantizar su adaptación al ambiente social y físico de la empresa y una etapa de entrenamiento que le permita desempeñarse óptimamente en el puesto de trabajo que va a ocupar.
- *Procedimiento de formación y capacitación.* Permite fortalecer las competencias técnicas, corporativas, y de gestión para contrarrestar las debilidades y mejorar el desempeño individual y grupal de cada funcionario.
- *Procedimiento de evaluación del desempeño.* Describe el método para valorar el rendimiento global de cada funcionario, comparando el cumplimiento de sus responsabilidades, los objetivos obtenidos y los comportamientos con los estándares esperados.
- *Procedimiento para la ejecución del programa de salud ocupacional.* Establece los pasos a seguir para realizar acciones de seguridad y salud ocupacional para prevenir accidentes de trabajo o enfermedades profesionales de todo el personal.
- *Procedimiento de egreso de personal.* Establece los pasos a seguir para legalizar el egreso de cualquier funcionario de la organización.

6.6 MANUAL DE DESCRIPCIÓN DEL CARGO

El manual de descripción del cargo es el documento que establece las responsabilidades, requerimientos y competencias necesarias, que debe poseer el trabajador para ejercer de forma adecuada el cargo al cual fue contratado. El manual de descripción del cargo resulta del análisis

ocupacional de cada uno de los cargos de la empresa y de la observación y análisis ocupacional del sector salud al cual pertenece Spect Medicina Nuclear. Este documento ayuda al cumplimiento del requisito 6.2 de la norma ISO 9001:2000 que hace referencia al recurso humano.

El manual de descripción del cargo de Spect Medicina nuclear describe el objetivo y las responsabilidades de cada funcionario, además, esboza los requerimientos en formación, educación, entrenamiento y experiencia que debe tener el funcionario.

6.6.1 Análisis de cargos

El análisis de cargos de la empresa se realizó a través de la técnica de observación directa de las actividades y movimientos realizados por los trabajadores en cada puesto de trabajo, haciendo las anotaciones en un periodo de tiempo determinado (una semana).

Otro método utilizado fue la encuesta realizada para el análisis del cargo, que se muestra en la **figura 9.**, donde se entrevistó a cada trabajador para obtener la información requerida. El formato para el análisis del cargo consta de 5 módulos para la extracción de la información, los cuales son:

- El primer módulo hace referencia a la información general del cargo, como es el nombre, área o proceso al que pertenece, cargo del jefe inmediato y cargos supervisados.
- El segundo módulo hace referencia al objetivo del cargo y a todas las funciones realizadas por el trabajador en la empresa.
- El tercer módulo hace referencia a la formación, conocimientos técnicos y experiencia requerida para el cargo.
- El cuarto módulo se consigna las habilidades específicas requeridas por el cargo y
- El quinto y último módulo hace referencia a las responsabilidades del trabajador, en cuanto a salvaguardar los bienes de la empresa que tiene bajo su custodia, para dar cumplimiento al numeral 5.5.1 de la norma ISO 9001:2000.

Figura 9. Formato para el análisis de cargos

ANALISIS DE CARGOS SPECT MEDICINA NUCLEAR		
MODULO 1. IDENTIFICACION DEL CARGO		
NOMBRE DEL CARGO:	AREA A LA QUE PETENECE:	CARGO DEL JEFE INMEDIATO:

ESCRIBA EL NUMERO DE CARGOS QUE SUPERVISA: _____
 ESCRIBA CUALES CARGOS:

MODULO 2. DESCRIPCIONES DE FUNCIONES

MISIÓN DEL PUESTO (establezca cual es el objetivo general o razón de ser del puesto que usted ocupa)

Describa en forma clara y precisa las funciones PRINCIPALES y ACTIVIDADES que se realizan en el cargo, indicando el como y el porque se realizan y el periodo de ejecución.	¿Por qué?	¿Cómo lo hace?	FRECUENCIA (Marque con una X)			
			Diario	Semanal	Quincenal	Mensual

MODULO 3. FORMACION DE BASE Y EXPERIENCIA REQUERIDA

3.1 Marque con una X indicando los requerimientos educativos del cargo. (No necesariamente deben ser sus antecedentes educativos personales)

Educación Formal (marque con una X)	Título o Grado
a. _____ No se requiere educación formal	
b. _____ Primaria	
c. _____ Secundaria	
d. _____ Técnica	
e. _____ Tecnológica	
f. _____ Universitaria	
g. _____ Postgrado	

3.2 Indique la experiencia mínima que requiere el cargo para ejercer este a cabalidad. (Marque con una X una sola opción)

Ninguna ☐ Hasta seis meses ☐ De seis meses a un año ☐
 De uno a tres años ☐ De tres a cinco años ☐ Más de cinco años ☐ ¿Cuantos?

3.3 Haga una lista de conocimientos técnicos específicos adicionales que son necesarios para el desempeño adecuado del cargo.

MODULO 4. HABILIDADES Y CAPACIDADES DEL CARGO

4.1 De las siguientes funciones básicas administrativas y de dirección que se describen a continuación, indique la frecuencia con que las realiza en su cargo:

REALIZACIÓN DE FUNCIONES	FRECUENCIA (Marque con una X)		
	Rara vez	Algunas veces	siempre
Realizar planeación para poner en práctica las actividades			
Organizar las actividades para asignar recursos y establecer objetivos			
Realizar actividades para orientar, capacitar, atender, evaluar y disciplinar a los cargos supervisados			
Realizar actividades para dirigir y coordinar las actividades de los cargos supervisados			
Realizar actividades para garantizar la ejecución de actividades y el cumplimiento de los objetivos			

4.2 De las siguientes funciones para la toma de decisiones que se describen a continuación, indique la frecuencia con que las realiza en su cargo:

TOMA DE DECISIONES	FRECUENCIA (Marque con una X)		
	Rara vez	Algunas veces	siempre
Seguir instrucciones definidas y exactas			
Tomar algunas decisiones consultando con el superior			
Tomar decisiones dentro determinados parámetros para resolver pequeños problemas			

Tomar decisiones para resolver problemas complejos de acuerdo a reglamentos de la organización					
Tomar decisiones de mucha importancia de acuerdo a las políticas de la Organización					
4.3 Identifique el tipo de habilidad en relaciones interpersonales que requiere el cargo para el desarrollo de las actividades.					
HABILIDADES EN RELACIONES INTERPERSONALES REQUERIDAS		FRECUENCIA (Marque con una X)			
		Rara vez	Algunas veces	siempre	
Solo cortesía y trato normal con las demás personas					
Ejercer una especial influencia sobre otras personas para lograr los objetivos del área y de la Organización					
Habilidad especial para motivar, convencer y desarrollar las personas para el logro de los resultados previstos para el cargo, área y organización					
4.4 De la siguiente lista de habilidades y actitudes marque con una X el nivel o grado que usted aplica de las mismas en el desempeño de su trabajo					
HABILIDADES Y ACTITUDES	MUY ALTO	ALTO	MEDIO	BAJO	MUY BAJO
Comunicación oral Persuasiva					
Delegación					
Liderazgo					
Desarrollo de subordinados					
Capacidad crítica					
Análisis de problemas					
Creatividad e innovación					
Espíritu comercial					
OTRAS HABILIDADES Y ACTITUDES	MUY ALTO	ALTO	MEDIO	BAJO	MUY BAJO
Capacidad de escucha					
Comunicación escrita					
Trabajo en equipo					
Resistencia					
Compromiso					
Atención al cliente					
Escriba otras que considere necesario:					
4.6 Exigencias emocionales: marque las exigencias emocionales de su trabajo que le produzcan excesiva presión o fatiga y si se presentan pocas veces, en ocasiones o con frecuencia:					
a. Contacto con el público en general	POCAS VECES	EN OCASIONES	CON FRECUENCIA		
b. Fechas de entrega bajo presión					
c. Viajes excesivos					
Señale otras exigencias no contempladas:					

5. RESPONSABILIDADES DEL CARGO					
5.1 Responde por equipos ó maquinas, haga una lista de máquinas o equipos por los cuales responde.					
5.2 ¿Responde por dineros o títulos valores? NO ☐ SI ☐ Cuál?					
5.3 ¿Responde por materiales o producto terminado? NO ☐ SI ☐ Cuál?					
5.4 Marque con una X la frecuencia y tipo de los contactos que realiza con relación a las operaciones de la compañía:					
FRECUENCIA	CONTINUO	CON FRECUENCIA	EN OCASIONES	NUNCA	METODO (teléfono, email, carta, en persona)
Empleados en otras unidades de la organización					
Público en general					
Agencias del gobierno					
Otros (especifique)					

5.5 Responde por la administración de montos de volúmenes mensuales.	
INGRESOS (metas de ventas, metas de recaudo, otros)	_____ en pesos al año
EGRESOS (presupuestos de gastos asignados u otros)	_____ en pesos al año
OTROS (metas de producción, costos)	_____ según el indicador propuesto.

Posterior a la información recopilada por la observación directa de las actividades de cada puesto de trabajo y la aplicación de las encuestas para el análisis de los cargos, se realizó por parte del líder del proceso de talento humano y Auxiliar de calidad (practicante), el análisis de la información recopilada, refinándola, mejorando su redacción y comparándola con las verdaderas y principales funciones y responsabilidades para cada uno de los cargos.

6.6.2 Elaboración del manual de descripción del cargo

Posterior a la etapa de análisis de cargos, la empresa consultora empezó a definir las competencias corporativas y competencias de gestión relativas a cada cargo. Estas se definieron a partir del análisis de la misión, visión, valores corporativos, política de calidad y del análisis de cargos realizado.

Las competencias corporativas son aquellas que deben poseer todos los trabajadores que laboran en la organización y las competencias de gestión son las que aplican al trabajador de acuerdo al cargo que ocupan.

Definidas las competencias se elaboró el *diccionario de competencias* de la empresa que se muestra en el **anexo F**, en el cual figuran las competencias corporativas y de gestión de cada cargo de Spect Medicina Nuclear.

Una vez realizado el análisis ocupacional y el diccionario de competencias, se confeccionó el *manual de descripciones del cargo*, conformado por formatos individuales para cada cargo, donde se consignan los datos generales del cargo, el objetivo, las responsabilidades principales, los procedimientos que debe ejecutar el cargo, los requerimientos que se deben tener referente a educación, formación, y experiencia; también se consignan en este manual las competencias organizacionales, competencias de gestión y por último la responsabilidad por el manejo de recursos e información.

La revisión del manual la realizó el líder del proceso de talento humano y la consultora de la empresa, seguidamente dicho manual fue aprobado por el Gerente General. Después de aprobado se realizó una

reunión con todo el personal de la empresa donde se hizo la divulgación y entrega formal de las funciones y responsabilidades. El personal tuvo la potestad de revisar sus funciones y de deliberar junto con las directivas en caso de no estar de acuerdo con lo estipulado en éstas. A continuación de estas etapas se realizó la validación del *manual de descripción del cargo*, resultando aprobado el documento que aparece en el **anexo F** de este documento.

6.7 MANUAL DE CALIDAD

El manual de calidad se constituye en el principal documento del sistema de gestión de calidad de la empresa, en éste se establece el alcance del sistema de gestión de la calidad incluyendo la justificación de cualquier exclusión, los procedimientos documentados o referenciados y una descripción de la interacción de los procesos del sistema de gestión de la calidad.

El manual de calidad de Spect Medicina nuclear posee la siguiente estructura:

- **Presentación:** Hace referencia a la introducción y contenido del manual de calidad.
- **Cambios y actualización del manual:** Esta sección hace referencia a la revisión, aprobación, distribución y modificaciones del manual de calidad.
- **Generalidades de la empresa:** Esta sección presenta información general sobre la organización, una breve reseña histórica, una mínima información relacionada con los servicios ofrecidos y la ubicación de la empresa, también se presenta los valores corporativos y las directrices estratégicas como la misión y visión.
- **Compromiso de la dirección:** Describe la responsabilidad y compromiso del Gerente General para el SGC de la empresa.
- **Estructura Organizacional:** Muestra el organigrama y también se hace referencia a las responsabilidades y autoridades en la organización.
- **Conformación de equipos de trabajo:** Hace referencia a las funciones del comité de calidad, comité técnico y comité administrativo.
- **Representante de la dirección:** Hace referencia al cargo delegado para representar al gerente en la implementación del SGC y las

funciones a las que está obligado según la norma NTC-ISO 9001:2000.

- **Alcance y exclusiones:** Esta sección presenta el alcance de SGC y la justificación de las exclusiones.
- **Política de calidad:** Declaración de la política de calidad de la empresa.
- **Objetivos de Calidad:** Declaración de los objetivos de calidad de la empresa.
- **Matriz objetivos de la calidad:** se presenta la matriz de los objetivos de la calidad con sus indicadores, meta, responsable y frecuencia de la medición.
- **Mapa de procesos:** Se muestra la representación gráfica de los procesos del SGC y sus interacciones.
- **Caracterizaciones de procesos:** Se presentan todas las caracterizaciones de procesos del SGC, exponiendo las referencias de los procedimientos documentados del SGC.

La estructura y documentación del manual de calidad de Spect Medicina Nuclear cumple con el requisito 4.2.2 de la norma NTC-ISO 9001:2000. El manual se presenta en el **anexo A** del presente documento.

6.8 PLANES DE CALIDAD

Los planes de calidad se consideran la última etapa de la planificación de la calidad, en estos se definen las actividades precisas para el logro de los objetivos de calidad.

En Spect Medicina nuclear se diseñaron dos planes de calidad, uno para el servicio de diagnóstico y otro para el servicio de tratamiento. Los planes de calidad para cada proceso misional incluyen: las etapas a controlar, los responsables, los recursos, las características a controlar, la meta, y el documento o registro soporte. Los *planes de calidad* se presentan en el **anexo B** de este documento.

7. IMPLEMENTACIÓN

7.1 IMPLEMENTACIÓN DE LOS REQUISITOS REGLAMENTARIOS

La gerencia de Spect Medicina Nuclear Ltda es consciente que se debe cumplir con unas condiciones mínimas que aseguren que los consumidores de servicios de salud estén atendidos de acuerdo a los estándares establecidos por los organismos del estado, de tal manera que se obtengan resultados de calidad deseables por el sistema de seguridad social en salud.

Es así que para el normal y legal funcionamiento de Spect Medicina Nuclear se hace prioritario cumplir con la normativa del sector salud y la específica para los servicios de Medicina Nuclear presentada en el marco legal de este documento.

7.1.1 Habilitación de los servicios de salud

La renovación de los servicios de salud de la empresa se realizó en el mes de noviembre del año 2006, cumpliendo con la vigente reglamentación expedida por el ministerio de la protección social de ese mismo año, como son: el decreto 1011, que establece el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud (SOGCS) y la resolución 1043, para habilitación de los servicios de salud.

Los principales requisitos a cumplir por la empresa, para la renovación de la prestación de los servicios en salud son los siguientes:

1. Requisitos generales del prestador, como: cámara de comercio, RUT y documentos del representante legal.
2. Formulario diligenciado con la relación del talento humano asistencial y sus respectivos soportes (hojas de vida, diplomas, etc.)
3. Formulario diligenciado con la relación de los equipos y sus soportes (hojas de vida de los equipos).
4. Inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Documento que recoge todos los datos del prestador de servicios en salud, que posteriormente es enviado a la superintendencia Nacional de Salud.
5. Plan de auditorias para la mejora de la calidad (PAMEC): es el

6. documento que establece el plan de auditorias, para el cumplimiento de los requisitos de los prestadores de servicio de salud.
7. Manual único de estándares y de verificación. Lista de chequeo que establece los estándares a cumplir por el prestador de servicios de salud. Esta lista se divide en los siguientes grupos de estándares:
 - Recurso Humano: requisitos a cumplir por el talento humano del prestador de servicios de salud.
 - Instalaciones físicas: requisitos de infraestructura física, que debe cumplir el servicio de medicina nuclear.
 - Dotación y mantenimiento: requisitos a cumplir respecto a dotación y el mantenimiento de equipos médicos.
 - Medicamentos y Dispositivos médicos: requisitos generales y de medicina nuclear que debe cumplir los medicamentos y dispositivos que se utilicen en el servicio.
8. Procesos prioritarios y asistenciales: Procedimientos y protocolos, que debe tener el servicio de medicina nuclear para prestar los servicios de salud.
9. Riesgos Asistenciales: Requisitos para el manejo de riesgos biológicos y de radiación ionizante.

Todos los documentos y requisitos anteriormente mencionados fueron presentados y radicados en la secretaría de salud departamental de la gobernación de Santander en el mes de noviembre de 2006, para su verificación y validación.

En el mes de marzo de 2007 la secretaría de salud departamental expidió el certificado de habilitación para el servicio declarado de APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA (715) medicina nuclear (**Ver anexo M**), autorizando a Spect Medicina Nuclear Ltda. para que preste los servicios de salud a la población.

La implementación de los estándares establecidos en el anexo técnico N° 1 de la resolución 1043 (abril de 2006), estuvo comprendida entre los meses de julio a noviembre de 2006, siendo liderada por la Coordinadora Administrativa y Financiera y el Auxiliar de Calidad (practicante) y asesorados por la consultora de la empresa. El comité de calidad fue el ente que verificó las acciones que contribuían al cumplimiento de estos requisitos obligatorios.

7.1.2 Licencia de manejo de material radiactivo

Dado que Spect Medicina Nuclear es una empresa que realiza labores relacionadas con el uso de materiales radiactivos, tiene la obligación de tramitar cada dos años la licencia de material radiactivo ante el Instituto Colombiano de Geología y Minería INGEOMINAS, que es el ente autorizado por el ministerio de minas y energía para controlar esta actividad.

En el mes de marzo del 2007 se cumplió la fecha de vencimiento para la licencia de material radiactivo, razón por la cual la empresa en cabeza del Gerente General, que es el responsable de protección radiológica, en compañía del Auxiliar de Calidad (Practicante) y con la asesoría de la empresa consultora, empezó a gestionar los requisitos respectivos para la renovación de esta licencia, a finales del año 2006 y comienzos del año 2007.

El proceso de renovación de la licencia, inicia enviando los siguientes requerimientos para que INGEOMINAS los valore y valide:

1. Formato de solicitud, debidamente diligenciado: es el formulario donde se consigna toda la información sobre la empresa, representante legal, los materiales radiactivos a manejar en el servicio, personas que intervienen en la manipulación de los radiactivos, descripción de las fuentes, prácticas realizadas, los instrumentos de medición, la calibración de los equipos, etc.
2. Documentos generales: como cámara de comercio, RUT, etc.
3. Copia de los carnés de protección radiológica del personal asistencial expuesto.
4. Copia de calibración de los equipos de monitoreo.
5. Manual de protección radiológica.
6. Copia de los reportes de dosimetría de personal asistencial del último año.
7. Croquis de las instalaciones de la empresa.
8. Organigrama de autoridad y responsabilidad en protección radiológica.

Una vez enviados y radicados los requerimientos mencionados anteriormente, los funcionarios de INGEOMINAS comunicaron y programaron la visita de inspección en las instalaciones de la empresa para la comprobación de dichos requisitos.

La visita de inspección practicada en las instalaciones de la empresa se

llevó a cabo el día 25 de abril de 2007, de conformidad con lo establecido en la reglamentación vigente (res. 180633 de 2002 y res. 181478 de 2004). De las comprobaciones efectuadas, así como de la información requerida y suministrada por el personal asistencial de la institución, los auditores de INGEOMINAS determinaron otorgar la *licencia de manejo de material radiactivo* comprendida entre el periodo que va desde abril 24 de 2007 hasta abril 23 de 2009, (**ver anexo M**). Como resultado de la visita de inspección se generaron observaciones y recomendaciones sobre requisitos adicionales, que debía cumplir la empresa antes del 30 de mayo de 2007, las evidencias de estos nuevos requerimientos debían ser enviadas a las oficinas de INGEOMINAS antes del plazo acordado en el acta de visita de inspección.

Posterior a la visita de inspección, se cumplió con los nuevos requisitos requeridos por los funcionarios de INGEOMINAS en la visita de inspección, quedando así concluido los requisitos de ley para las prácticas en medicina respecto al manejo de material radiactivo en Colombia.

Es de anotar que esta implementación estuvo enmarcada por la investigación de los requisitos de ley (decretos y resoluciones del ministerio de minas y energía), la exploración de los procedimientos en otras instituciones como el Instituto Nacional de Cancerología, que es una institución guía a nivel nacional sobre temas de protección radiológica, la discusión de estos temas con todo el personal médico y técnico de la organización, y la documentación a partir de todas las conclusiones obtenidas para estandarizar las actividades referentes a la protección radiológica.

El entrenamiento y la capacitación de los procedimientos y estándares de protección radiológica, fue el paso siguiente al diseño y elaboración del manual de protección radiológica, labor que fue desempeñada por los médicos nucleares y el líder del proceso de Gestión de Ambiente de Trabajo. El entrenamiento sobre el uso de registros por parte del personal técnico, también refleja la ejecución de los estándares establecidos en materia de protección radiológica al interior de la organización.

7.1.3 Matriz de Ley

Es una herramienta que se elaboró para el control y organización de los requisitos de ley que aplican en la empresa. En esta matriz se consigna el tipo de normatividad que aplica, es decir, si es decreto, resolución o

ley, etc., el título o nombre de la reglamentación, la fecha de emisión de la norma, el tema al que hace mención la norma, la entidad emisora de la norma nacional o internacional, el cumplimiento del requisito en la empresa, y por último la evidencia del cumplimiento de la norma. En la **tabla 10** se muestra la matriz de ley de Spect Medicina Nuclear.

Tabla 10. Matriz de ley

TIPO DE NORMATIVIDAD	TÍTULO	FECHA DE EMISIÓN	TEMA	ENTIDAD EMISORA	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO
Ley	Ley 100	Dic-1993	Sistema general de seguridad social en salud	Congreso de la república	si	Afiliaciones y planilla única.
Decreto	Decreto 1011	Abr-2006	Establece el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud	Ministerio protección social	si	PAMEC. Habilitación servicio.
Resolución	Res. 1043	Abr-06	Habilitación de los servicios de salud	Ministerio protección social	si	Certificado de habilitación.
Resolución	Res. 1446	May-06	Sistema de información para la calidad.	Ministerio protección social	si	Indicadores enviados a la Supersalud.
Circular	Circula 0030	May-06	Indicadores de calidad	Supersalud	si	Indicadores enviados a la supersalud.
Resolución	Res. 181434	May-02	Reglamento de protección radiológica	Ministerio de minas y energía	si	Manual de protección radiológica
Resolución	Res. 181304	Oct-04	Licencia de material radiactivo	Ministerio de minas y energía	si	Licencia de material radiactivo
Resolución	Res. 181682	Dic-2005	Transporte material radiactivo	Ministerio de minas y energía	si	Manual de transporte de material radiactivo
Decreto	Decreto 2676	2000	Reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares	Presidencia de la república	si	Manual de gestión integral de residuos h.
Resolución	Res. 1164	Sep-02	Adopta manual de procedimientos gestión integral de residuos hospitalarios.	Ministerio del medio ambiente	si	Manual de gestión integral de residuos h.
Decreto	Decreto 4741	Dic-2005	Reglamenta parcialmente la prevención y manejo de los residuos peligrosos	Ministerio del medio ambiente	si	Manual de gestión integral de residuos h.
Decreto	Decreto 614	Mar-1984	Establecimiento del comité paritario de salud ocupacional	Presidencia de la república	si	Actas de elección del COPASO.
Resolución	Res. 2013	Jun-1986	Reglamenta la organización y funcionamiento de los comités de higiene y seguridad industrial.	Presidencia de la república	si	Actas de COPASO.
Resolución	Res. 1016 de 1989	Mar-1989	Se reglamenta la organización, funcionamiento y formas de los programas de salud ocupacional.	Ministerio de trabajo y seguridad social y de salud	si	Programa de salud ocupacional

Resolución	Res. 1401	May-2007	Por la cual se reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo	Ministerio de la protección social	si	Investigaciones de accidentes de trabajo
Decreto	Decreto 1165	Jun-1996	Requisitos para la factura	Presidencia de la república	si	Facturas que emite la empresa
Resolución	Res. 3374	Dic-2000	Reglamenta datos que debe reportar prestador de servicio RIPS.	Ministerio de la protección social	si	RIPS a las empresas clientes.

7.2 DIFUSIÓN, FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

7.2.1 Difusión y Comunicaciones internas. Las comunicaciones internas y la difusión de la información del sistema de gestión de la calidad de Spect Medicina Nuclear se manejaron a través de los siguientes canales:

Grupos Primarios. En Spect Medicina Nuclear están conformados tres grupos primarios cuyo objetivo principal, es reunir los funcionarios de la organización por lo menos una vez al mes (o según necesidades de difundir información), para dar a conocer novedades organizacionales o del SGC, realizar análisis de sugerencias y mejoras de los procesos, solucionar problemas y hacer seguimiento al nivel de implementación de todos los estándares establecidos en el SGC. Estos grupos primarios son:

- Comité de Calidad
- Comité técnico
- Comité administrativo

De estos comités quedará como evidencia de su ejecución las Actas de equipo de trabajo. El responsable del seguimiento de la realización de estos comités es la Coordinadora Administrativa y Financiera y el Auxiliar de Calidad (practicante). Ver en el **anexo M** actas de comités de calidad.

Carteleras. Todas las novedades que sean del interés de todos los funcionarios, serán divulgadas a través de las carteleras ubicadas en administración, servicio asistencial y sede Chicamocha. La adecuación y actualización de dichas carteleras es responsabilidad de la Coordinadora Administrativa y Financiera y Auxiliar de Calidad.

Memorando interno. Este instrumento se utiliza como medio de comunicación escrito para transmitir novedades, aclaraciones, información referente a las operaciones diarias de cada proceso. Este debe estar elaborado como el formato GT-F-02, el cual debe estar

identificado en la parte inferior derecha con la sigla de la sede y consecutivo. Por ejemplo: FO: SEDE FOSCAL; CH: SEDE CHICAMOCHA
FO 001: Memorando interno 001 diligenciado en la sede FOSCAL.

Ver en el **anexo M** de este documento un ejemplo de un memorando interno.

Diez Minutos de Calidad. Este es un espacio creado gracias a una mejora del sistema, consiste en una reunión corta de carácter informativo, de capacitación, de entrenamiento y discusión entre el personal de la empresa. Se realiza de lunes a miércoles a las 8 AM con el fin de estar informado y discutir situaciones cotidianas de la empresa y del sistema de gestión de la calidad; recordar los objetivos de calidad, los planes y metas establecidas. Esta reunión es liderada por el Auxiliar de calidad (practicante).

7.2.2 Formación y Capacitación. Durante el proceso de implementación, de la norma ISO 9001:2000, la formación y capacitación del personal fue un factor de suma importancia para la dirección de la empresa, ya que ésta permite una mejor implementación y es fundamental para el mejoramiento continuo del sistema de gestión de la calidad implantado.

En el diagnóstico inicial (Capítulo 4) realizado se pudieron evidenciar necesidades de capacitación y formación en el personal de la empresa. Se desconoce en la mayoría de dicho personal la norma NTC ISO 9001:2000, así como la ejecución de sistemas de gestión de la calidad.

El proceso de Gestión del talento humano es el encargado de llevar a cabo las actividades de formación y capacitación, para esto cuenta con el procedimiento de *formación y capacitación* (GT-P-04) para dar cumplimiento al requisito 6.2 de la norma NTC ISO 9001:2000.

El procedimiento permite identificar las necesidades de formación y capacitación, de acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación del desempeño y en la aplicación de encuestas realizadas a cada funcionario y a los jefes inmediatos. De acuerdo con estas herramientas aplicadas y con la colaboración del comité de calidad, el líder del proceso de gestión de talento humano elabora el *plan de formación y capacitación* en un periodo establecido que por lo general es un año. En el **anexo G** de este documento están los planes de formación y capacitación del año 2007.

En cuanto a formación se detectaron necesidades prioritarias y se programaron actividades de educación en los siguientes funcionarios:

- Auxiliar Asistencial. La persona que está en este cargo carece de fundamentos teóricos de enfermería, aunque es una persona que tiene 15 años de experiencia en el sector salud y 13 de ellos en medicina nuclear. Por lo tanto se decide enviarla a un centro de formación para que realice el curso de auxiliar de enfermería, curso que empezará a principios del año 2008.
- Auxiliar contable. La persona que ejerce este cargo, a pesar de contar con la experiencia y haber egresado de un colegio comercial contable, no posee los estudios necesarios para cumplir a cabalidad con sus funciones contables al interior de la empresa, por lo tanto se decidió por parte de la Gerencia patrocinarle el curso de Técnico en contabilidad en el Instituto de educación Comfenalco, que inició en junio de 2007 y tiene una duración de 3 semestres académicos.
- Auxiliar de apoyo logístico. Para la persona que desempeña este cargo, se le tiene programado a inicios del año 2008 el curso de técnicas en administración de documentos, ya que ella es la responsable del control y organización del archivo de la empresa.
- Coordinadora administrativa y asistencial y coordinadora administrativa y financiera. Estos dos cargos que igualmente lo desempeñan dos personas, realizaron el diplomado de salud ocupacional en salud dictado por la ARP COLPATRIA en alianza con el SENA, esto con el fin de fortalecer el tema de ambiente de trabajo y de higiene y seguridad industrial en la empresa.
- Gerente General y Coordinadora Administrativa y financiera. Estas dos personas al inicio del año 2006, realizaron el diplomado de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2000 y de auditor interno de SGS en la Universidad Pontificia Bolivariana respectivamente; esto con el fin de prepararse para el arduo proceso hacia la certificación en la NTC ISO 9001:2000.
- Auxiliar de Calidad. También está preparado con el diplomado de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2000 y de Auditor interno de SGS, realizado en la Universidad Industrial de Santander.
- Médicos nucleares y Tecnólogos. Estuvieron participando en el congreso nacional de medicina nuclear, realizado en la ciudad de Bogotá en el mes de noviembre de 2007. La Coordinador Médico Nuclear asistió en el congreso internacional de Medicina Nuclear realizado en Santa Cruz de la Sierra (Bolivia) en el mes de Diciembre.

- Auxiliares Administrativas. Fueron capacitadas por los funcionarios de Informática y gestión para la implementación del nuevo sistema de Información (SIIGO e-salud).

Las capacitaciones desarrolladas en Spect Medicina Nuclear durante la implementación del sistema de gestión de la calidad se enfocaron en los siguientes temas:

- Sistema de Gestión de la Calidad y Normas ISO 9000: Desde el principio y durante la implementación del sistema, la consultora realizó capacitaciones sobre conceptos de la norma ISO 9000, proceso de certificación, sistemas de gestión, principios de la calidad, planificación de la calidad (política y objetivos de la calidad, red de procesos, procedimientos requeridos por la norma ISO 9001:2000). De otro lado el Auxiliar de Calidad (practicante) ha reforzado en el espacio de los 10 minutos de calidad, todo lo referente a los numerales de la NTC ISO 9001:2000, las directrices de calidad y la gestión de cada uno de los procesos y procedimientos del sistema.
- Gestión de Ambiente de trabajo: Se han realizado capacitaciones para el manejo de los riesgos al interior de la empresa. Se ha capacitado en normas de bioseguridad (manual de bioseguridad), normas de protección radiológica (manual de protección radiológica) y Gestión de residuos hospitalarios (manual de gestión de residuos hospitalarios). Estas capacitaciones han estado lideradas por la coordinadora administrativa y asistencial (responsable del proceso de ambiente de trabajo) y por los médicos nucleares (responsables de los procesos asistenciales).
- Protocolos médicos asistenciales: Esta capacitación se desarrolló a través de talleres educativos realizados en el comité técnico. Aquí se revisaron las prácticas actuales del personal asistencial, corrigiendo procedimientos incorrectos y brindando una actualización sobre los nuevos conceptos de la medicina nuclear. Para estos talleres se tomaron los veinte protocolos médicos principales ofrecidos en el servicio y se empezó su socialización del más frecuente al menos frecuente citado en la empresa. La metodología de los talleres fue teórico práctica; la teoría discutía en los comités y la práctica las supervisaban los médicos nucleares.
- Capacitaciones de la ARP COLPATRIA: La ARP brindó su apoyo en los temas de salud ocupacional, reinducción de riesgos, riesgos

Psicosocial y orientación del COPASO para las normas de higiene y seguridad industrial. La ARP Colpatria, en coordinación con la empresa, estipula un cronograma de asesoría y capacitación para cada año.

- Capacitaciones de otras empresas: Entre estas están la FOSCAL, que brinda charlas en actualizaciones de enfermería y programas de salud, Informática y gestión en la capacitación del sistema de información SIIGO, Secretaría de salud (departamental) sobre la normativa actual del sector salud y algunas empresas clientes (EPS), que eventualmente brindan capacitaciones para el entendimiento de los requisitos de servicio al cliente que ellas manejan.

Para el estudio de la información, comprensión y recordación de las capacitaciones de los temas de calidad, se elaboró un folleto (cuadernillo) llamado "Aspectos básicos de nuestro sistema de gestión de la calidad", que recopila la principal información del sistema de gestión de calidad de la empresa como son las directrices estratégicas, la política y objetivos de calidad, clientes de la empresa, requisitos, estructura de la norma ISO 9000, términos y definiciones y los principios para la gestión de la calidad. Este cuadernillo fue entregado a cada funcionario simultáneamente cuando empezaron los ciclos de los 10 minutos de la calidad en el mes de septiembre de 2007.

Considerando que todo ciclo de capacitación debe ser evaluado para realizar mejoras futuras, se efectuaron evaluaciones donde se analizaba la metodología y contenido empleada por los diferentes tutores. Los cuestionarios fueron diligenciados por el personal a quienes se dirigieron las capacitaciones. Las evaluaciones fueron socializadas a cada tutor, para que analizaran la percepción de sus alumnos y pudieran observar sus fortalezas y debilidades en los contenidos y metodología desarrollada. El cuestionario utilizado para la evaluación de los eventos de formación/capacitación se presenta en la figura 10.

Figura 10. Formato evaluación evento de formación

 Sport Medicina Nuclear Ltda.	EVALUACION EVENTO DE FORMACION	
A continuación encontrará una serie de aspectos que permitirán conocer y apreciar el trabajo que se desarrolló durante el evento de formación, sus respuestas serán un gran aporte para nuestro proceso de mejoramiento continuo.		
Nombre del participante:	Cargo:	Fecha:
Nombre del evento:	Nombre del Facilitador:	

Por favor marque con una X según su concepto como califica cada aspecto según la escala que se presenta a continuación:					
1. FACILITADOR	EXCELENTE	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	DEFICIENTE
1.1 Dominio del Tema					
1.2 Capacidad para exponer ideas					
1.3 Capacidad para motivar y captar la atención del grupo					
1.4 Capacidad para responder las preguntas					
1.5 Cumplimiento del programa y manejo del tiempo					
1.6 Habilidad para fomentar la participación y el trabajo en grupo					
2. PROGRAMA	EXCELENTE	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	DEFICIENTE
2.1 Las actividades del taller fueron:					
2.2 Utilidad del conocimiento y destreza adquirida					
2.3 Calidad del material didáctico y audiovisual					
3. ¿Qué fue lo que más le gustó de la actividad?					
4. ¿Qué fue lo que menos le agrado y que cambios sugeriría usted para una próxima actividad educativa?					
5. Los conocimientos que hoy adquirió los usará para:					
6. ¿Cuáles fueron los conceptos que más le interesaron, y como ó donde lo aplicarían en su trabajo?					

7.3 EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

Según la norma ISO 9001:2000, la organización debe asegurarse de que el personal es consciente de la pertinencia e importancia de su labor y de como éstas contribuyen a los objetivos de la empresa. También la organización debe evaluar la eficacia del personal que afecte la calidad del servicio.

Como respuesta a este requisito de la norma, el proceso de gestión del talento humano, cuenta con el procedimiento de evaluación del desempeño (GT-P-05), que establece el método para evaluar el desempeño de cada funcionario, comparando el cumplimiento de sus responsabilidades y objetivos obtenidos con los estándares esperados.

La evaluación del desempeño se programa y realiza cada año, para esto, antes de su aplicación el líder del proceso de gestión del talento humano realiza entrenamiento al personal sobre el diligenciamiento del

instrumento de evaluación. El instrumento de evaluación del desempeño se muestra en el **anexo H**.

El instrumento de evaluación del desempeño evalúa 4 grupos de competencias los cuales son:

COMPETENCIAS CORPORATIVAS. En este grupo se evalúa los principios corporativos, como: la actitud de servicio, el mejoramiento continuo, la integridad y la ética.

COMPETENCIAS TÉCNICAS. Aquí se evalúan los conocimientos, fundamentos e instrucciones básicas del trabajador para el desempeño del cargo.

COMPETENCIAS DE LOGRO. Aquí se evalúan el cumplimiento de objetivos, labores y planes para el desempeño del cargo.

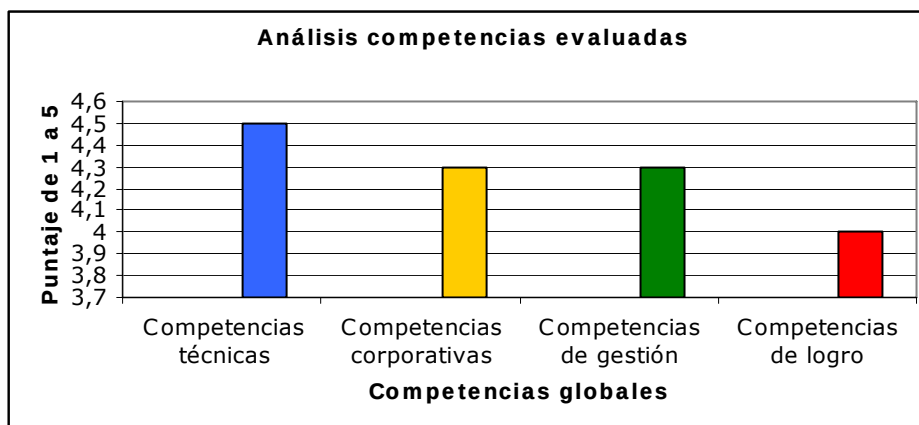
COMPETENCIAS DE GESTIÓN. En este grupo se evalúan las competencias específicas y que aplican a cada cargo. Aquí se encuentran las competencias de planificación y organización, Liderazgo, Atención al detalle y Análisis numérico.

En Spect Medicina Nuclear se aplicó la evaluación del desempeño en el mes de agosto de 2007, evaluando el periodo que comprende desde julio de 2006 hasta julio de 2007. La metodología utilizada en el desarrollo de la evaluación del desempeño es la siguiente:

- La evaluación del desempeño se realiza en tres vías, cada funcionario de la empresa realiza una autoevaluación, después los jefes inmediatos realizan una evaluación a sus colaboradores y por último un compañero de trabajo evalúa al funcionario.
- Los resultados obtenidos se computan para cada funcionario, se procesan determinando la calificación final junto a las fortalezas y debilidades. Estos resultados son entregados a los jefes inmediatos, quienes a su vez les presentan las debilidades y fortalezas a sus funcionarios, realizando retroalimentación y llegando a un acuerdo en el cual se establecen compromisos de mejora.
- Finalmente el líder del proceso de gestión de talento humano, determina la calificación promedio de todo el personal y calcula el indicador de eficiencia y eficacia que tiene que ver con la evaluación realizada.

Los resultados globales de la evaluación del desempeño realizada en el año 2007 a los funcionarios de Spect Medicina Nuclear se presentan en la figura 11.

Figura 11. Resultados por competencias de la evaluación del desempeño



COMPETENCIAS EVALUADAS	Resultado promedio	Estándar esperado
Competencias técnicas	4,5	4
Competencias corporativas	4,3	4
Competencias de gestión	4,3	4
Competencias de logro	4	4

Conclusiones generales.

Las competencias técnicas resultaron con el mayor puntaje de la evaluación, superando ampliamente el estándar esperado, lo que quiere decir que en promedio el personal posee los fundamentos e instrucciones básicas para el desempeño de sus labores.

Las competencias corporativas superan el estándar esperado, de lo que se puede inferir que en promedio el personal interpreta y comprende las directrices y principios corporativos de la empresa.

Las competencias de gestión superan el estándar establecido, lo que da a entender que en promedio, el personal posee las competencias específicas para el cargo en el cual se desempeñan.

Las competencias de logro, están en el límite del estándar establecido, lo que representa que hay una debilidad en el cumplimiento de las metas y objetivos establecidos en un determinado periodo de tiempo.

7.4 IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROCESOS

La implementación de los procesos en Spect Medicina Nuclear fue un proceso complejo y paulatino, al interior de la empresa. Este proceso se fue desarrollando desde el nivel estratégico de la organización, hasta el nivel operativo de la misma.

Una vez se documentaban, revisaban y aprobaban los manuales de procedimientos de cada proceso, iniciaba su implementación formal. El Gerente General y/o el representante de la dirección del sistema de gestión de la calidad, dirigía un memorando interno (ver memorando interno en el **anexo M**) al responsable del proceso para que comenzara a liderar lo establecido en los manuales de procedimientos. Es así como la implementación de cada proceso marchaba para tomar carrera en la organización.

Después de la aprobación mencionada anteriormente, se empezaba aplicar de una forma más disciplinada lo estipulado en los procedimientos y los líderes de proceso, junto con el Auxiliar de Calidad (practicante) y en algunas ocasiones con la ayuda de la empresa consultora socializaban dichos procedimientos para después supervisar su implementación.

Naturalmente como todo proceso de cambio, se presentó resistencia por parte de las personas involucradas, ya que eran procesos, nuevas actividades y tareas que demandaban de un mayor esfuerzo, en la medida que se facilitaba el proceso de aprendizaje y se amoldaban a las funciones dispuestas en cada uno de los procedimientos. También se presentaron voces de protestas, incluso personas que no querían cumplir con las funciones establecidas en los procedimientos; para esto los orientadores sensibilizaron las veces que fuera necesario al personal, lo escucharon y hubo conciliaciones sobre aspectos en los cuales no había un acuerdo establecido y se generaban la mayor resistencia.

El proceso de *GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA* fue el primer proceso en implementarse, ya que se necesitaba del control de documentos y control de registros para soportar la creación y aprobación de todos los documentos de los demás procesos y el manejo adecuado de sus registros.

En el proceso de *GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO*, su implementación abarcó la elaboración de las hojas de vida del personal, con todos los registros que soportan la formación, educación y experiencia como lo establece la NTC ISO 9001:2000. La descripción de cada cargo para cada funcionario, en la que se le hizo entrega de una copia de sus responsabilidades y otra firmada por el funcionario anexada a la hoja de vida. También se realizó la evaluación del desempeño de los funcionarios explicada en el numeral anterior.

La implementación de *GESTIÓN DE CONTRATOS Y SERVICIO AL CLIENTE*, comprendió la realización de encuestas de satisfacción al cliente que empezaron antes de la aprobación del manual de procedimientos, como requisito de la superintendencia nacional de salud. También se instauraron los formatos de quejas, reclamos y sugerencias de los clientes, utilizando el buzón de sugerencia de la organización. Otra forma de implementación, fue la ejecución de visitas de seguimiento al cliente, que era una manera donde se establecían los requisitos del cliente, se realizaba mercadeo y publicidad de los servicios ofrecidos.

La implementación del proceso de *GESTIÓN DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN*, comprendió la elaboración de las fichas de inscripción de proveedores, derivándose así el listado de proveedores aprobados de la organización. A estos proveedores se les realizó la evaluación del desempeño, para medir los requisitos relacionados con las características del producto que ellos ofrecen y que de alguna manera repercuten en la calidad del servicio de la organización. De igual manera, cuando los proveedores no llegaran a los puntajes de aceptación se les realizó después de un periodo determinado, una reevaluación que permitiera conocer los avances alcanzados una vez corregidas las fallas de la evaluación inicial.

También se implementaron los registros de requisición de productos/servicios y de órdenes de compra, junto a formatos de verificación de productos comprados, esto con el fin de ejecutar los controles necesarios de los productos o servicios adquiridos en la organización.

La implementación del proceso de *GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA*, comprendió la elaboración de las hojas de vida de los equipos médicos y de medición. Igualmente, se establecieron los mantenimientos

preventivos de los equipos médicos y las calibraciones de los equipos de medición en un cronograma anual de mantenimiento preventivo.

En el proceso de *FACTURACIÓN Y RECAUDO*, la implementación consistió en la puesta en práctica de su manual de procedimientos y de la planeación para la selección del sistema de información integrado.

El proceso de *GESTIÓN DE AMBIENTE DE TRABAJO*, tuvo una de las implementaciones más trabajadas por las características del servicio. Aquí se implementaron todos los registros de normas de protección radiológica, registros de normas de bioseguridad y de residuos hospitalarios; todos estos característicos del sector salud y de un servicio de medicina nuclear.

La implementación de los procesos asistenciales (*DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO*), consistió en la puesta en práctica de los protocolos médicos asistenciales. Se realizaron evaluaciones escritas y prácticas al personal técnico asistencial de dichos protocolos médicos, también se aplicaron los protocolos para la unidad de yodoterapia, en la administración del radioisótopo I-131 en las habitaciones de la Clínica Carlos Ardila Lulle.

La implementación de los procedimientos asistenciales junto a la medición de la oportunidad de las citas, la oportunidad en la emisión de los resultados, y la percepción del tiempo en la atención de los servicios a través de las encuestas de satisfacción del cliente, constituyó la aplicación de lo establecido en los manuales de procedimientos de estos procesos misionales.

7.5 DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS

El desempeño de los procesos, se refiere al seguimiento y medición de los procesos a través de los indicadores de gestión, establecidos en el sistema de gestión de la calidad de la organización.

La medición y seguimiento de los procesos está a cargo de los líderes de procesos, que empezaron a realizar esta tarea una vez que el manual de procedimientos de cada proceso fue aprobado por el Gerente General.

La cultura de la medición no estaba establecida al interior de la organización, por lo cual desde un principio la consultora de la empresa

tuvo que sensibilizar y capacitar al personal para que se apropiara de ésta cultura.

Los primeros meses de la medición fueron difíciles para el personal, inclusive hubo periodos en los que no se realizó medición por negligencia del personal a cargo. Por tal razón, se realizaron correcciones y acciones correctivas que debían aplicarse por los líderes de proceso, adicional a esto se les capacitó en medición análisis y mejora.

La recolección de los datos está a cargo en algunas ocasiones del personal administrativo, del personal técnico asistencial, del auxiliar de calidad y por supuesto de los líderes de procesos, que diligencian los registros y obtienen la información que sirve de insumo para el cálculo de los indicadores. Una vez los datos hayan sido recolectados, el líder del proceso acompañado del auxiliar de calidad (practicante), realizan el cálculo y posterior análisis de los indicadores según la fórmula establecida para dicho indicador.

Después de varias mediciones se empezaron a realizar gráficos para ilustrar mejor el comportamiento de los indicadores y gráficas de tendencia para proyectar comportamientos futuros. Todos estos análisis y gráficos se condensaron en libros de Excel, compuestos de hojas de cálculos para cada periodo de la medición.

A manera de ilustrar la metodología del análisis de datos realizado en Spect Medicina Nuclear, se presenta a continuación el análisis de los indicadores del proceso de Diagnóstico realizado hasta el mes de noviembre, después de realizada la revisión gerencial:

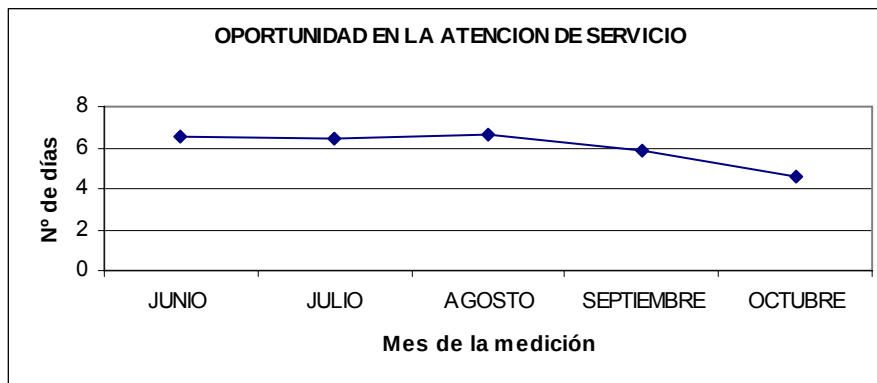
ANALISIS DE INDICADORES NOVIEMBRE DE 2007 PROCESO DIAGNOSTICO

➤ Oportunidad en la atención de servicios

$$\frac{\sum \text{del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio hasta el momento que se presta el servicio}}{\text{Total de pacientes atendidos al mes}} \approx \frac{2657 \text{ días}}{634 \text{ pacientes}} \approx 4,2 \text{ días}$$

GRAFICO: Comportamiento del indicador

JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
6,5	6,4	6,6	5,9	4,6	4,2



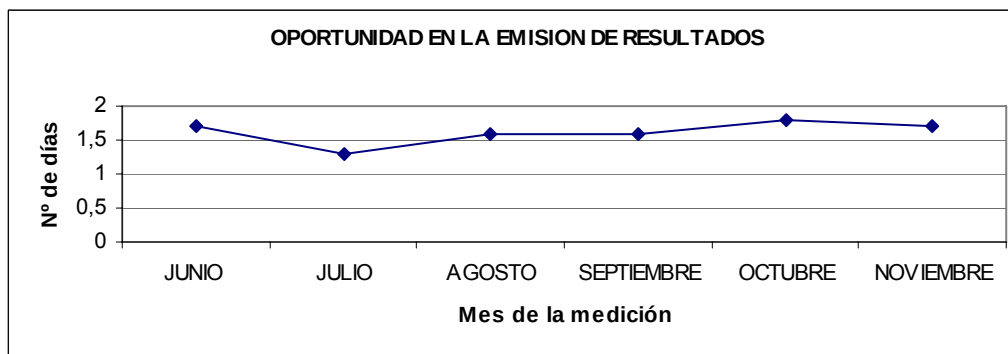
Durante el mes de noviembre se atendió un total de 634 pacientes, 36 menos que en el mes anterior. El indicador de oportunidad en la atención de servicios en noviembre, mostró que nuestros usuarios toman en promedio 4,2 días para acceder al servicio. El gráfico de líneas muestra que hubo una disminución considerable en el mes de noviembre respecto a los meses anteriores, cumpliendo con la meta propuesta. En este mes, se puede apreciar que una de las razones de la disminución de la oportunidad en la atención del servicio es la apertura de la nueva sede.

➤ **Oportunidad en la emisión de resultados.**

$$\frac{\Sigma \text{ del número de días transcurridos entre la prestación del servicio hasta la fecha de emisión del informe de resultado}}{\text{No total de usuarios atendidos por mes}} \approx \frac{1064}{634} \approx 1,76 \approx 1,7 \text{ días}$$

GRAFICO: Comportamiento del indicador

JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
1,7	1,3	1,6	1,6	1,8	1,7



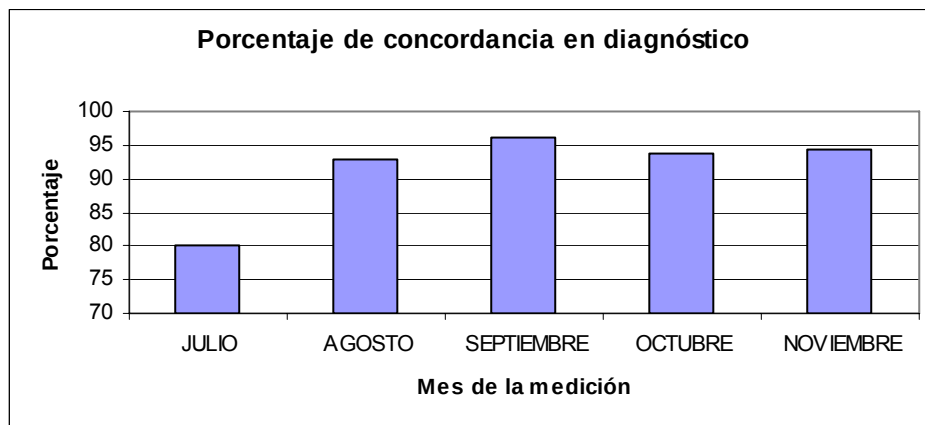
El indicador en la emisión de los resultados se mantuvo en un promedio de un promedio de 1,7 días cumpliendo la meta establecida (≤ 2 días). Durante estos cinco meses de la medición, se refleja un cumplimiento de la meta propuesta.

➤ **Porcentaje de concordancia en diagnóstico**

$$\frac{\sum \text{de exámenes que coinciden} \times 100}{\text{No total de exámenes analizados}} \approx \frac{33 \times 100}{35} \approx 94,3\%$$

GRAFICO: Comportamiento del indicador

JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
N.A	80	93	96	93,8	94,3



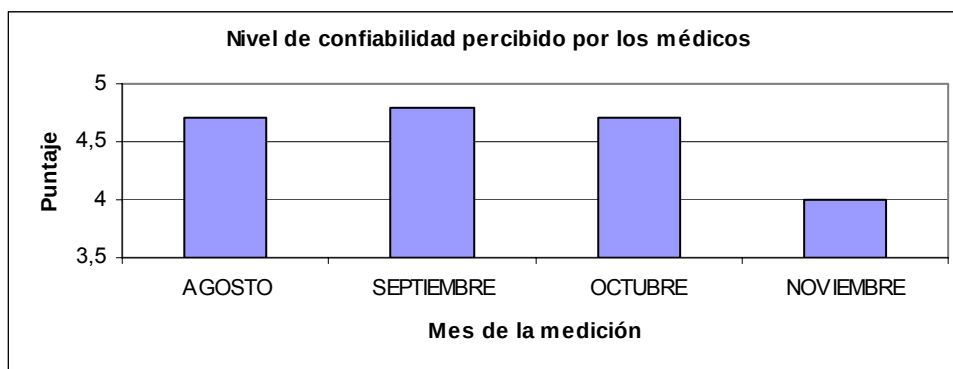
Este indicador muestra que hay un 94% de concordancia diagnóstica de los exámenes analizados. Creemos que esto no afecta globalmente la confiabilidad del servicio. La muestra analizada es de 35 pacientes faltando un poco más para que se constituya en una muestra del todo confiable; mas sin embargo, con ésta se realizó el análisis y de 35 estudios analizados no hubo concordancia en dos de ellos.

➤ **Nivel de confiabilidad de resultados percibidos por médicos**

$$\frac{\sum \text{de calificaciones ítem de confiabilidad en encuestas satisfacción cliente-médico}}{\text{No total de encuestas satisfacción cliente-médico realizadas mensualmente}} \approx \frac{4}{1/\text{mes}} \approx 4,00$$

GRAFICO: Comportamiento del indicador

JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
N.A	5	4,7	4,8	4,7	4



En este mes de la medición sólo se hizo una encuesta a un cliente médico que arrojó un puntaje de 4 en el ítem de confiabilidad. El acumulado de lo que va del semestre es el siguiente: Desde Julio hasta noviembre se han encuestado 25 clientes médicos arrojando una sumatoria de 119 puntos en el ítem de confiabilidad. Realizando la relación se obtiene un puntaje promedio de 4,76 puntos de 5 en este ítem. Como se puede observar este indicador supera ampliamente la meta establecida.

El análisis de desempeño de todos los procesos del sistema de gestión de la calidad a través de indicadores de gestión y que está elaborado en hojas de cálculo de Excel, se presentan en el **anexo I**.

7.6 IMPLEMENTACIÓN DEL SERVICIO NO CONFORME

Con la implementación del proceso de gestión de la calidad y mejora continua y de los procesos asistenciales, se dio inicio a la implementación del servicio no conforme al interior de la organización.

En un principio fue muy difícil asimilar el concepto de producto no conforme o "no conformidad" por parte del personal, especialmente, por aquellas personas que pertenecen al nivel operativo de la organización. Estos pensaban que una no conformidad podía ser una acusación de un error cometido por parte de un compañero, o simplemente relacionaban una no conformidad a una voluntad impuesta por ellos mismos y que no tenía que ver realmente con un incumplimiento de un requisito.

También se presentó temor para notificar las no conformidades ocurridas en el servicio, porque el personal operativo pensaba que podían ser juzgados por parte de los jefes superiores y por lo tanto no se estaba tomando estos sucesos como base para la mejora del sistema.

Para erradicar todos estos temores y mal interpretaciones del concepto de producto no conforme se realizaron reentrenamientos del instructivo de no conformidades y charlas por parte de los líderes de procesos y auxiliar de calidad, para sensibilizar al personal sobre el tratamiento y control del producto no conforme.

Los controles y responsabilidades relacionadas con el tratamiento del producto no conforme están definidos en el *procedimiento para el servicio no conforme* GC-P-05. En este procedimiento, se detalla la metodología para realizar el control de servicio no conforme, con los requisitos especificados en los procesos del SGC, especialmente los procesos misionales de la organización.

Cualquier persona de la organización puede identificar un producto/servicio no conforme y realiza la acción inmediata según lo definido en el *instructivo para control de servicios no conformes* (GC-I-02) para el control de éste. También elabora el registro establecido como sustento de la no conformidad.

En el caso que el producto/servicio no conforme sea diferente al establecido en el instructivo, se diligencia el formato de gestión de no conformidad que se presenta en la figura 12. En el que se establece el tratamiento de la no conformidad, el responsable y la autorización del líder del proceso.

Figura 12. Formato de gestión de no conformidad

 FORMATO DE GESTIÓN DE NO CONFORMIDAD	
Proceso que reporta:	Servicio: Diagnóstico ☐ Tratamiento ☐
DESCRIPCION DE LA NO - CONFORMIDAD	
Reportado por:	Fecha:
TRATAMIENTO DE LA NO CONFORMIDAD	

Tratamiento ejecutado por:	Fecha:
Solicitud de: acción correctiva SI ☐ NO ☐ acción de mejora SI ☐ NO ☐	

A final de cada mes el líder del proceso de gestión de la calidad y mejora continua, contabiliza las no conformidades sucedidas en el periodo y calcula el indicador de eficacia del producto no conforme. También evalúa el número de veces que ocurre una no conformidad, para establecer si es necesario implantar una acción correctiva o preventiva.

7.7 IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

La implementación de las acciones correctivas y preventivas se inició cuando todo el sistema de gestión de la calidad estaba implementado. Es decir, los manuales de procedimientos de todos los procesos, estaban aprobados.

Al igual que el producto no conforme, fue muy compleja la implementación de las acciones correctivas y preventivas, ya que los líderes de proceso no tenían claros los conceptos para su aplicación, como son los métodos a utilizar para encontrar la causa raíz del problema o situación. Por otra parte, los planes de acción establecidos en el análisis de estas acciones no se cumplían en su totalidad y de acuerdo a las metas fijadas. Para contrarrestar estas falencias, la empresa consultora realizó capacitaciones en el tema de medición análisis y mejora a los líderes de proceso.

Según el numeral 8.5.2 de la norma ISO 9001:2000, la organización debe tomar las acciones para eliminar la causa de no conformidades con el objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir, éstas son las acciones correctivas del sistema.

En Spect Medicina Nuclear, el manejo de las acciones correctivas se definió en el *procedimiento para acciones correctivas* (GC-P-03), donde se establece los pasos a seguir, para identificar, registrar y hacer

seguimiento a estas acciones, que se presentan en el sistema de gestión de la calidad.

Las posibles causas que pueden generar una acción correctiva son:

- Queja, sugerencia o solicitud del cliente.
- No conformidad u observación de la auditoria interna o externa.
- Producto o servicio no conforme.
- Encuestas de la satisfacción del cliente.
- Reuniones y acciones de revisión por la dirección.
- Análisis e información estadística extraída de los datos.
- Informes de accidentes y asuntos de seguridad, etc.

Las acciones preventivas se establecen para eliminar las causas de no conformidades potenciales, con el fin de prevenir su ocurrencia. En Spect Medicina nuclear, el manejo de acciones preventivas se definió en el *procedimiento para acciones preventivas* (GC-P-04), donde se establecen los pasos a seguir, para identificar, registrar y hacer seguimiento, a estas acciones que se pueden generar en el sistema de gestión de la calidad.

Cualquier persona de la empresa puede reportar ante el líder del proceso, el problema o situación que puede generar una acción correctiva o preventiva, de acuerdo a las causas expuestas anteriormente. A su vez, el líder del proceso es el encargado de revisar el problema o situación, y determinar, si es necesario generar algún tipo de acción correctiva o preventiva. En dicho caso, el líder genera la acción diligenciando el siguiente *formato de reporte de acciones correctivas o preventivas* (GC-F-06), que se muestra en la figura 13.

Figura 13. Formato de reporte de acciones correctivas y preventivas

 Spect Medicina Nuclear Ltda.		FORMATO DE REPORTE DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS	
Acción correctiva ☐	Acción Preventiva ☐	Acción de mejora ☐	Fecha:
Proceso que identifica la acción:			
Fuente: 1.Servicio no conforme ☐ 2.No conformidad auditoria: interna ☐ externa ☐ 3.Queja, sugerencia cliente ☐ 4.Revisión gerencial ☐ 5. Problemas de salud ocupacional ☐ 6.Análisis información estadística ☐ 7.Ideas para mejorar ☐ 8. Otro ☐			
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN: (Si es una Acción Preventiva, describa la No conformidad o Riesgo. Si es una Acción Correctiva, describa la No conformidad Identificando la Falla o Problema. Si es una No Conformidad de Auditoría, descríbala).			

CAUSA DE LA SITUACIÓN: (Si aplica indique las herramientas de análisis y fuentes de información que utilizó).		
PLAN DE ACCIÓN		
TAREA	RESPONSABLE	FECHA LIMITE

APROBADO SI ☐ NO ☐ GERENCIA GENERAL: FECHA:

VERIFICACION DE LAS ACCIONES EJECUTADAS				
SEGUIMIENTO Y RESPONSABLE	FECHA	% DE AVANCE (implementada)		NUEVA FECHA LIMITE
		Si	No	

CIERRE DE LA ACCIÓN: SI ☐ NO ☐

OBSERVACIONES. Fue o no efectiva:

Firma responsable plan de acción:	Firma responsable calidad:
Fecha:	Fecha:

En el formato anterior el líder del proceso, identifica la causa raíz del problema o situación a través de varias metodologías como: diagrama de causa efecto, lluvia de ideas y los Por que's. Después de esto, se elabora plan de acción para que el gerente general lo apruebe. El líder del proceso, implementa el plan de acción aprobado y el proceso de gestión de la calidad y mejora continua, es el encargado de hacer seguimiento y verificar su implementación según los plazos establecidos.

8. EVALUACIÓN Y MEJORA

La evaluación y mejora del sistema de gestión de la calidad comprende la realización de las auditorías internas, la revisión por la dirección, el análisis de datos, las acciones correctivas, las acciones preventivas y las acciones de mejora.

La evaluación del sistema, también tiene por objeto determinar su grado de cumplimiento con base a los requisitos de la norma ISO 9001:2000, de los requisitos reglamentarios que aplican y de lo planificado y establecido de acuerdo a las directrices de calidad.

8.1 AUDITORÍA INTERNA

La auditoría interna se inició en la empresa después que todos los procesos del sistema de gestión de la calidad tenían en promedio tres meses de medición a través de los indicadores de gestión.

La auditoría interna se realizó de acuerdo a lo establecido en el *procedimiento para auditorías internas* (GC-P-06) que pertenece al proceso de gestión de la calidad y mejora continua. Este procedimiento establece las actividades y disposiciones, para evaluar el desempeño del sistema de gestión de la calidad.

8.1.1 Planificación de la auditoría

El primer ciclo de auditorías internas se inició el 9 de agosto de 2007 y terminó el 4 de septiembre de 2007. La planificación de la auditoría está a cargo del líder del proceso de gestión de la calidad y mejora continua, con la ayuda del comité de calidad y Auxiliar de calidad (practicante).

Inicialmente la planificación de la auditoría contó con la asesoría de la empresa consultora INGCODI LTDA, quien ayudó a realizar el *programa de auditorías internas* (**ver anexo J**).

La primera auditoría interna del sistema de gestión de calidad de Spect Medicina Nuclear Ltda., tuvo como objetivo el siguiente: evaluar si en cada uno de los procesos, se ha implementado adecuadamente todos los estándares establecidos para cada uno de los procesos del sistema de

gestión de la calidad, según la norma ISO 9001:2000 y los requisitos legales que los rigen.

El alcance de la auditoría aplicó para todos los procesos del sistema de gestión de la calidad de la empresa. Los criterios establecidos de la auditoría fueron el manual de calidad, los requisitos de la norma ISO 9001:2000 y los requisitos de ley que apliquen a cada proceso.

El equipo auditor estuvo conformado por: la ingeniera Siomara Hernández Sánchez, como auditora líder, la ingeniera Libia Rangel Arias, como auditor observador N° 1, la doctora Marta Reyes Sanabria, como observador N° 2, el doctor Rafael García Rey, como observador N° 3, y finalmente José L. Quiroz (practicante), como observador N° 4.

Después de conformado el equipo auditor, se determinó por especificar el ciclo de auditoría interna, según las disposiciones de cada integrante del equipo auditor y auditados de cada proceso, para los días 9, 15, 16 de agosto y el último día de auditoría para el 4 de septiembre de 2007. Los procesos a auditar se repartieron en las fechas expuestas, desde los que se aprobaron inicialmente hasta los últimos en aprobarse.

El programa de auditoría interna fue elaborado por la coordinadora administrativa y financiera y aprobado por el gerente general, para después presentarlo a cada líder de proceso para que tuvieran conocimiento de las fechas de la auditoría.

El *plan de auditoría interna*, se conformó según los procesos a auditar en los días dispuestos en el programa de auditoría interna. Es decir había un plan de auditoría de acuerdo a las sesiones programadas en el cronograma inicial.

El plan de auditoría se constituye, registrando el objetivo de la sesión de auditoría, el alcance de la auditoría (procesos y sitios), los criterios o normativa por la que se rige la auditoría, los procesos a auditar, el equipo auditor, el equipo auditado y los recursos a utilizar en la auditoría. Adicionalmente en el mismo plan de auditoría, se consigna la hora, lugar y fecha de las actividades a realizar y el responsable de estas actividades; constituyéndose así, en la programación de la auditoría del respectivo periodo.

Después de establecido el plan de auditoría interna, el equipo auditor hace el reparto de las tareas y responsabilidades. El auditor líder

prepara los documentos de trabajo, estudia el manual de calidad y el manual de procedimientos de los procesos a auditar.

El auditor líder define la *lista de verificación de auditoría*, que es un instrumento importante de planificación para la entrevista al equipo auditado. La lista de verificación de cada sesión de la auditoría se presenta en el **anexo J**.

Finalmente el equipo auditor, informa al equipo a auditar, con 15 días de anticipación, enviándole el plan de auditoría a través de un memorando interno.

8.1.2 Realización de la auditoría

Según la norma ISO 19011 “la auditoría es el procesos sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de la auditoría”²⁰.

La realización de auditoría inició de acuerdo a lo planeado en los planes de auditoría y según las fechas y tiempos estipulados inicialmente.

La auditoría empezó con la reunión de apertura, que es la primera etapa, y tuvo como actividades las siguientes:

- Se presentó el equipo auditor por parte del auditor líder.
- Se recordó los objetivos y alcance de la auditoría.
- Se hizo mención de los métodos y procedimientos a utilizar.
- Se determinaron los canales de comunicación/medios e instalaciones necesarias para el desarrollo de la auditoría.
- Y se estableció el calendario de las reuniones con los integrantes del equipo auditado.

Después de la reunión de apertura se dio curso a la auditoría, según las actividades planificadas. Al principio se hizo entrevista al líder del proceso de acuerdo a lo establecido en la lista de verificación. El auditor líder corroboró con la evidencia objetiva, mediante la revisión de registros y documentos aportados por el líder del proceso. Después el auditor realizó preguntas al resto del equipo auditado, comparando las respuestas de cada uno de ellos y revisando la evidencia que ellos mismos suministraban.

²⁰ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION (ICONTEC) NTC ISO 19011:2002. Directrices para la auditoría de calidad. Colombia 2002.

Al mismo tiempo el auditor realizaba observación directa corroborando con los criterios planeados, para verificar el grado de cumplimiento de los requisitos. Adicionalmente el auditor reportaba en la lista de verificación, los hallazgos encontrados, los registros y documentos soportes de dichos hallazgos, además de comentarios y observaciones realizadas acerca de lo evaluado.

En la realización de la auditoría en Spect Medicina Nuclear, se buscó en todo momento que el ambiente fuera el adecuado, donde no existiera mucha actividad laboral, al interior del servicio y donde la disposición y atención del equipo auditado, para con el equipo auditor fuera la necesaria para realizar a cabalidad la auditoría.

Una vez se desarrollaron las etapas de la auditoría, se realizó la reunión de cierre en la que el auditor líder presenta al equipo auditor y al líder del proceso, los hallazgos de la auditoría desarrollada. Esta reunión de cierre se caracterizó por ser una reunión corta donde el auditor suministró en forma clara los hallazgos y de igual manera hubo espacio para escuchar objeciones, posibles aclaraciones y dudas del equipo auditado, acerca de la auditoría desarrollada.

8.1.3 Informe de Auditoría

Realizada la auditoría, el auditor líder elaboró el *informe de auditoría*, el cual fue entregado a la Coordinadora Administrativa y financiera en un período de 8 días, que fue acordado al finalizar ésta. Luego cada líder de proceso fue enterado del informe de auditoría realizado por el auditor líder.

El informe de auditoría es un reporte donde se consignan los hallazgos de la auditoría, los cuales presentan las conformidades y no conformidades encontradas con el numeral del requisito de la norma ISO 9001:2000 al que corresponden. Igualmente se establecen las conclusiones de la sesión de auditoría y en la parte final el nombre del líder del proceso auditado, así como del auditor líder. El informe de la auditoría realizada en Spect Medicina Nuclear se presenta en el **anexo J**.

Una vez el informe de auditoría fue entregado a los líderes de proceso, se realizó comité de calidad para ejecutar el plan de acciones correctivas, preventivas y de mejora para dar tratamiento a las no conformidades encontradas por la auditoría.

8.2 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Según el numeral 5.6 de la norma ISO 9001:2000, “la gerencia de la empresa debe revisar el sistema de gestión de la calidad a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continua. Esta revisión debe incluir la evaluación de las oportunidades de mejora, modificaciones necesarias, así como evaluar la adecuación de la política y objetivos de la calidad.”²¹

En Spect Medicina Nuclear, la revisión por la dirección se realizó dos meses después de haberse realizado la auditoría interna. Es decir después que se puso en marcha el plan de acciones, que se generó una vez concluida la auditoría interna.

La revisión gerencial fue realizada en 4 sesiones del comité de calidad, entre el 30 de octubre de 2007 hasta el 16 de noviembre de 2007. Esta revisión gerencial estuvo encabezada por el Gerente General, los líderes de procesos, Auxiliar de Calidad (practicante) y además, contó con la presencia de la consultora de la empresa.

Para la realización de la revisión gerencial se siguió el *procedimiento de revisión gerencial* GC-P-07 del proceso de gestión de la calidad y mejora continua; que determina la metodología para la ejecución de este requisito de la norma ISO 9001:2000.

Siguiendo el procedimiento se planeó con anticipación la revisión gerencial, informando con 15 días de anticipación mediante memorando interno a los líderes de cada proceso. Este memorando contenía la información de entrada que los líderes de proceso debían presentar para la ejecución de esta revisión gerencial. Según el procedimiento los líderes de proceso debían presentar los indicadores de gestión de cada uno de sus procesos, el resultado de las auditorías internas, las acciones correctivas y preventivas implementadas, la evaluación de satisfacción del cliente, y las observaciones que creyeran fueran necesarias.

El comité de calidad reunido para ejecutar la revisión gerencial, empezó por analizar la adecuación de la política y de los objetivos de calidad para con la misión de la empresa. Se revisó también el plan estratégico, los resultados de las auditorías internas, la situación de implementación de las acciones correctivas y preventivas, el análisis de los indicadores

²¹ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION (ICONTEC) NTC ISO 9001:2000. Requisitos del sistema de gestión de la calidad. Colombia 2000.

de gestión de cada proceso e información de los clientes como son las encuestas de satisfacción del cliente y las quejas y reclamos de éstos.

Una vez fueron analizados cada ítem se registraron los hallazgos y conclusiones de cada reunión en el informe de revisión gerencial y en las actas de comité de calidad.

8.2.1 Informe de revisión gerencial

Finalizada la revisión gerencial, la Coordinadora administrativa y financiera y el Auxiliar de calidad, elaboraron el informe de resultados de dicha revisión por la dirección y se le presentaron al gerente general para su aprobación. El *informe de revisión gerencial* GC-F-11 realizado en Spect Medicina Nuclear Ltda. se presenta a continuación:

 Spect Medicina Nuclear Ltda.		INFORME DE REVISIÓN GERENCIAL	
FECHA DE REALIZACION: 30 de octubre hasta 16 de noviembre de 2007.		REVISION N°: 1	
OBJETIVO: (Describa el propósito por el cual se está realizando la revisión gerencial) Evaluar y revisar el nivel de cumplimiento de todo el sistema de gestión de calidad para finalmente determinar el cumplimiento de la política de calidad, los objetivos de Calidad y todos los estándares establecidos en cada proceso.			
ALCANCE: (Defina que aspectos se consideraron en la revisión gerencial) Esta revisión incluye: Revisión del plan de acción a diciembre de 2007. Resultado de auditorias. Retroalimentación del cliente. Desempeño de los procesos y conformidad del producto. Estado de las acciones correctivas y preventivas. Cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad			

CONCLUSIONES Y OBSERVACIONES: (Describa en este espacio las conclusiones y observaciones de acuerdo al análisis de la información obtenida)

POLÍTICA DE CALIDAD Y OBJETIVOS DE CALIDAD

El Gerente General en compañía del comité de calidad, revisó en esta revisión gerencial las directrices de calidad básicas, como son la política y objetivos de calidad; y determinó que son adecuadas para el propósito de la empresa y de su sistema de gestión de la calidad, considerando no efectuar cambio alguno en su contenido.

REVISIÓN PLAN DE ACCIÓN A DICIEMBRE DE 2007

El plan de acción establecido a junio de 2007 se revisó por parte del comité de calidad. Se evaluó el progreso de las acciones del plan de acción hasta el día 30 de octubre de 2007. Se definió que se debían cumplir 3 acciones, a 31 de diciembre de 2007, las cuales son: la implementación del nuevo sistema de información SIIGO, el diseño y elaboración del manual de imagen corporativa, y la organización del archivo de la empresa. De otro lado la acción de realizar el análisis de la estructura de costos para los productos claves de la empresa, se decide postergarla para el plan de acción del año 2008. Las nuevas fechas del plan de acción a diciembre de 2007 se modificaron en una tabla que se anexa en el acta de comité de calidad realizado el 30 de octubre de 2007.

RESULTADO DE AUDITORIAS

Los resultados de las auditorías se resumen en el cuadro que se presenta a continuación:

RESULTADO DE LAS AUDITORIAS INTERNAS				
Proceso	No conformidades	Observaciones	Acciones correctivas y preventivas	Aspectos críticos y Observaciones
DIAGNOSTICO	4	1	Correctivas: 5 Preventivas: 0 Total: 5 Total implementadas: 4	No se ha podido cerrar la acción que permite evidenciar las condiciones previas del paciente (preparación).
TRATAMIENTO	3	2	Correctivas: 3 Preventivas: 0 Total: 3 Total implementadas: 2	Falta divulgar de una manera más formal el uso de registros en el proceso de tratamiento al personal técnico asistencial.
G. AMBIENTE DE TRABAJO	1	0	Correctivas: 4 Preventivas: 1 Total: 5 Total implementadas: 2	Falta hacer una socialización general acerca de riesgo radiológico en todo el personal. Falta elaborar cronograma para la planeación y ejecución de los programas del manejo de residuos hospitalarios. Falta socializar al personal técnico asistencial temas como incidente y accidente radiológico y sobre los límites de radiación permisible.
G. DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA.	6	6	Correctivas: 4 Preventivas: 1 Total: 5 Total implementadas: 5	Seguir fortaleciendo el liderazgo en los responsables de cada proceso.
GESTION DE CONTRATOS Y SERVICIO AL CLIENTE	2	0	Correctivas: Preventivas Total: Total implementadas:	Se debe gestionar totalmente la legalización de contratos con empresas clientes. Empezar la aplicación de la encuesta a los pacientes del proceso de tratamiento.
GESTION DEL TALENTO HUMANO	1	0	Correctivas: 1 Preventivas: 0 Total: 1 Total implementadas: 1	
GESTION DE COMPRAS Y CONTRATACION	1	1	Correctivas: 2 Preventivas: 0 Total: 2 Total implementadas: 2	Concretar lo de la evaluación y reevaluación de proveedores y realizar retroalimentación.

GESTION DE INFRAESTRUCTURA	6	3	Correctivas: 5 Preventivas: 0 Total: 5 Total implementadas: 2	
FACTURACION Y RECAUDO	2	1	Correctivas: 2 Preventivas: 0 Total: 2 Total implementadas: 2	Supervisar el número de errores en facturación y el número de glosas (diligenciar registro).
TOTAL	26	14	Total: 26 Implementadas: 22 de 26 % de implementación = 85%	

El cuadro de resultados de auditorías internas, muestra que se presentaron 26 no conformidades, en el ciclo de auditorías internas realizadas, para las cuales se formularon el mismo número de acciones entre correctivas y preventivas. Se implementaron 22 de las 26 acciones formuladas para un porcentaje de implementación del 85% hasta la fecha de la revisión gerencial.

RETROALIMENTACIÓN DEL CLIENTE

La información de retroalimentación del cliente es extraída de las encuestas realizadas a los tres tipos de clientes que tiene la empresa (pacientes, médicos, y empresas-clientes). En la tabla que se presenta a continuación se muestran los resultados del nivel de satisfacción del cliente de los meses de julio, agosto y septiembre, anteriores a esta revisión por la dirección.

Tipo de Cliente	Nivel de satisfacción nivel bueno			Promedio	Meta
	Julio	Agosto	Septiembre		
Paciente	95%	95.5%	95%	95.2%	80%
Médico	100%	100%	86%	95.3%	80%
EPS	100%	100%	100%	100%	80%
Satisfacción cliente total	91%	95.7%	94%	93.6%	80%

La tabla muestra que en los tres meses evaluados se cumplió la meta establecida para cada tipo de cliente, superando el nivel de satisfacción alcanzado en nivel bueno (puntaje superior a 4 puntos en una escala de 1 a 5). El acumulado de satisfacción del cliente en nivel bueno, muestra un porcentaje del 93,6% de satisfacción, también cumpliendo la meta del 80% de satisfacción.

En la tabla a que se muestra a continuación se realizó un resumen de los aspectos críticos y positivos de la evaluación de satisfacción del cliente realizada en los tres meses mencionados anteriormente.

Tipo de Cliente	Aspectos Críticos	Aspectos positivos
Paciente	Oportunidad en la atención del servicio. Tiempo de espera en la realización del estudio. Sala de espera confortable.	En general la calificación del servicio esta alrededor de los 4.7 puntos en una escala de 1 a 5. Es decir es excelente.
Médico	El tiempo en la asignación de la cita es considerado crítico	Todas las variables evaluadas en la encuesta tienen una calificación

	por algunos médicos especialistas.	entre buena y excelente.
EPS	En general todas las variables de la encuesta están calificadas en un nivel entre bueno y excelente.	

DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS

En el desempeño de los productos cada líder de proceso presentó el análisis de los indicadores de gestión de los últimos tres meses antes de esta revisión por la dirección. Este análisis está impreso en cada manual de procedimientos de los procesos del sistema de gestión de la calidad.

En el proceso de gestión de la calidad y mejora continua, se presenta el indicador de producto no conforme, que muestra la situación de la conformidad del servicio al interior de la empresa.

SITUACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

En la revisión por la dirección se mostró de forma breve la situación de las acciones correctivas y preventivas de cada uno de los procesos del sistema de gestión de la calidad. A continuación se presenta dos cuadros resumen de la situación de las acciones correctivas y preventivas hasta la fecha:

SITUACION ACCIONES CORRECTIVAS		
PROCESO	TOTAL PLANTEADAS	TOTAL CERRADAS
DIAGNOSTICO	6	5
TRATAMIENTO	4	4
G. AMBIENTE DE TRABAJO	6	4
G. DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA.	7	6
GESTION DE CONTRATOS Y SERVICIO AL CLIENTE	7	7
GESTION DEL TALENTO HUMANO	2	2
GESTION DE COMPRAS Y CONTRATACION	2	1
GESTION DE INFRAESTRUCTURA	6	4
FACTURACION Y RECAUDO	2	2
TOTALES DE ACCIONES	42	35

Como se puede observar hay hasta la fecha 42 acciones correctivas planteadas en lo que va de implementado el sistema de gestión de la calidad y se han implementado 35 de éstas. Lo que quiere decir que el porcentaje de implementación de acciones correctivas va en un 83%, cifra que es satisfactoria, teniendo en cuenta que se han creado nuevas acciones correctivas a causa de esta revisión gerencial.

SITUACION ACCIONES PREVENTIVAS		
PROCESO	TOTAL	TOTAL CERRADAS

	PLANTEADAS	
DIAGNOSTICO	1	1
TRATAMIENTO	1	0
G. AMBIENTE DE TRABAJO	2	1
G. DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA.	1	1
GESTION DE CONTRATOS Y SERVICIO AL CLIENTE	0	0
GESTION DEL TALENTO HUMANO	1	1
GESTION DE COMPRAS Y CONTRATACION	1	1
GESTION DE INFRAESTRUCTURA	0	0
FACTURACION Y RECAUDO	0	0
TOTALES DE ACCIONES	7	5

Las acciones preventivas son las más complicadas en plantearse, y como se observa en el cuadro resumen hay procesos que carecen de éstas acciones, lo que quiere decir que los líderes de procesos deben gestionar al interior de sus procesos acciones preventivas con el fin de eliminar causas potenciales de servicios no conformes. De las 7 acciones preventivas planteadas al interior de la organización, desde que fue implementado el SGC, 5 de ellas han sido cerradas, lo que proporciona un 71% de implementación de acciones preventivas.

OBSERVACIONES

- En esta revisión gerencial se dio vía libre a la implementación por completo del sistema de gestión de la calidad, en la sede de Spect Medicina nuclear abierta desde el 16 de octubre de 2007.
- Se espera que a diciembre de 2007 se cumpla con las acciones del plan estratégico establecido hasta esa fecha. Y se evaluará a inicios del año 2008 el cumplimiento del plan de 2007 y se elaborará el nuevo plan para el año 2008.
- Se establece en esta revisión gerencial que la gerencia general se compromete para que Spect Medicina Nuclear sede clínica Chicamocha cumpla con todos los requisitos legales, tanto de licenciamiento para el manejo de materiales radiactivos, transporte de material radiactivo y demás requisitos impuestos por la superintendencia nacional de salud.

Una vez concluido el informe de revisión gerencial se socializó con todos los líderes de proceso para recordar los compromisos adquiridos en la revisión gerencial. Igualmente surgieron acciones correctivas, acciones preventivas y de mejora, que deben ser implementadas para contribuir con la mejora continua del sistema de gestión de la calidad.

8.3 MEJORA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

La mejora del sistema de gestión de la calidad se realiza mediante la implementación de acciones correctivas, acciones preventivas y acciones de mejoras, como resultado de las auditorías, revisiones por la dirección, análisis de datos, desempeño de los procesos y sugerencias del cliente interno y externo.

8.3.1 Plan de acciones posterior a la auditoría interna

El mayor número de acciones correctivas y preventivas que surgieron en la empresa, se presentaron a partir de la realización de la auditoría interna.

Después del informe de auditoría interna, todos los líderes de procesos empezaron a proporcionarle tratamiento a cada una de las no conformidades surgidas a partir de la auditoría. Este fue un proceso muy trabajado, en el que participaron el líder del proceso, Auxiliar de calidad (practicante) y la consultora de la empresa.

Como ya se explicó en la implementación de las acciones correctivas y preventivas, se utilizaron los formatos y metodologías establecidas en los procedimientos para tal fin. En el **anexo K** se presenta el *formato de control y seguimiento de acciones correctivas y preventivas GC-F-07*, que muestra el plan de acciones correctivas y preventivas elaborado después de la auditoría interna.

En todos los procesos del sistema de gestión de la calidad se presentaron acciones, pero fueron en los procesos misionales y en el proceso de gestión de la calidad donde se presentaron las acciones más relevantes, para la mejora del sistema. Entre las acciones más importantes implementadas para la mejora del sistema una vez se realizó la auditoría interna, se encuentran las siguientes:

- En la auditoría interna, se generó una observación que se refería a la planeación de todo el SGC. Es decir, todos los líderes de procesos deben fortalecer el conocimiento de esta planeación y tener mejor dominio para ejecutarla correctamente. De igual forma también se generó una no conformidad por la no implementación en su totalidad, de los procedimientos de acciones correctivas y preventivas.

Debido a esta observación y a esta no conformidad, se planearon y realizaron capacitaciones para fortalecer estos conceptos en los

líderes de procesos. Se realizó una capacitación por parte de la consultora en el tema de planificación de calidad y otra capacitación en el tema de medición análisis y mejora del SGC.

- Según la auditoría se encontraron no conformidades en el control de documentos y registros de todo el SGC. Existen documentos que no están controlados de forma adecuada, y algunos registros se están diligenciando a lápiz, con tachones, etc.

El plan de acción para estos errores, fue realizar cambios en los procedimientos de control de documentos para incluir conceptos de copias no controladas, etc., e incluir en el de control de registros, criterios para su diligenciamiento. También se re-entrenó a todo el personal en el control de documentos y control de registros, se verificó que todos los documentos del SGC tengan versiones y criterios establecidos con los cambios.

- En la auditoría del proceso de gestión de la calidad, se evidenció que no existía conocimiento claro de la política y los objetivos de calidad, en general por todo el personal. También no se estaba implementando el manejo del PNC.

Las acciones para contrarrestar estas N.C, fue realizar actividad de integración para sensibilizar sobre los aspectos básicos del SGC. Entrenamiento para implementar el producto no conforme y hacerle su seguimiento.

- En cuanto a la alta dirección se evidenció su compromiso en el SGC, sin embargo se observó que requiere fortalecer los conocimientos del numeral 5 de la norma, referente a responsabilidad de la dirección, para que el gerente comprenda como la organización da cumplimiento a los requisitos establecidos en ese numeral. De otro parte se evidencia que el uso de indicadores en el proceso de tratamiento, y de otros procesos no está generando un aporte para la mejora.

Las acciones planeadas para corregir estas N.C, fue que se realizó un entrenamiento al gerente de la empresa, en el uso del procedimiento de revisión por la dirección, capacitación en el punto 5 de la norma con aplicación y comprensión de los puntos en el SGC. Por otro lado se realizó entrenamiento a los líderes de proceso en el uso de

indicadores y se les ha acompañado, por parte del Auxiliar de Calidad y consultora en su análisis mensual.

- En el proceso de Ambiente de trabajo, según la auditoría de calidad se encontró que no se tenía claro los límites permisibles de radiación en superficies, para el diligenciamiento del registro de vigilancia radiológica de las instalaciones. Por otra parte en este mismo proceso, no se tenía totalmente claro el concepto de incidentes y accidentes de tipo radiológico.

Las acciones para contrarrestar estas no conformidades, fue que se realizó una investigación adecuada con el Instituto de minería y Geología INGEOMINAS y con otras instituciones a nivel nacional, para aclarar los conceptos de límites de radiación en superficies y en los temas de incidentes y accidentes radiológicos. Después de estas investigaciones se condensó un solo concepto de estos temas, documentándolo en los respectivos manuales para posteriormente socializarlo y realizar el entrenamiento con el personal técnico asistencial.

- En el Proceso de Gestión de compras y contratación, se encontró que no se cumple en su totalidad con la evaluación y reevaluación de proveedores y su posterior notificación a estos. Las acciones emprendidas para esta no conformidad, es que después de realizar las evaluaciones a los proveedores el líder del proceso debe informarlos de los resultados de dichas evaluaciones. También debe analizar dichos resultados y en caso de no obtener los resultados deseados, conceder un periodo de prueba y realizar una re-evaluación a dichos proveedores.
- En el proceso de facturación y recaudo, según la auditoría de calidad, se encontró que el número de errores en facturación supera la meta establecida en el indicador, transfiriendo ineficiencias en este proceso. El plan de acción se estableció que se socializaría con los actores del proceso de facturación los errores más frecuentes y el resultado del indicador. También de emprender métodos que permitan la verificación de los documentos de facturación, antes de su liberación y la acción más importante la implementación de un sistema de información más eficiente.
- En la auditoría de calidad, surgió una no conformidad porque no se está dejando evidencia de la verificación de las condiciones previas del equipo de gammacámaras antes de su uso. La acción para la

corrección, fue crear lista de verificación diaria para el arranque seguro del equipo antes de su uso. Adicional a esto, se realiza el entrenamiento de este tipo de registros al personal técnico asistencial.

8.3.2 Plan de acciones posterior a la revisión por la dirección

Una vez realizada la revisión por la dirección se generaron 14 acciones entre correctivas y preventivas, que resultaron del análisis y de los hallazgos encontrados por los integrantes del comité de calidad.

El Gerente General y los líderes de procesos siguieron los procedimientos de acciones correctivas y preventivas para proporcionar tratamiento a las no conformidades surgidas a partir de la revisión gerencial. Después de elaborar el informe de revisión gerencial, las acciones correctivas y preventivas, se condensan y tienen su seguimiento en el *formato de seguimiento de acciones a tomar para revisión gerencial* GC-P-04 que se muestra en el **anexo K**. Entre las acciones más destacadas implementadas para la mejora del sistema una vez se realizó la revisión gerencial, se encuentran las siguientes:

- En el proceso de diagnóstico, se pudo observar y confirmar que los resultados del indicador de concordancia en el mes de septiembre presentan poca confiabilidad, porque no se estudió la totalidad de la muestra de los estudios por parte del segundo observador principal. La acción correctiva consistió en analizar una muestra semanal, antes de que los estudios se borren del sistema. También se delega a las auxiliares administrativas para que suministren la muestra semanal que corresponda para el análisis de los médicos nucleares.
- En el proceso de tratamiento, se presenta un producto no conforme porque el proveedor del insumo radiactivo I-131, no ha enviado respuesta al llamado telefónico que le hizo el gerente General por los retrasos del insumo radiactivo. La acción consistió en enviar una carta escrita al proveedor, donde se le notifica la importancia de la entrega a tiempo de sus productos y la repercusión en la calidad de los servicios para la empresa.
- En el proceso de Gestión de Ambiente de trabajo, se percibe que el puesto de las auxiliares administrativas, se debe incluir en el análisis de dosimetría junto al del personal asistencial. También se concluyó que se debe hacer énfasis en el uso de los elementos de protección radiológica en el personal asistencial, como también planificar la

rotación del personal asistencial por los diferentes puestos de trabajo.

La acción preventiva fue que se implementó el análisis de la dosimetría, en el puesto de las auxiliares administrativas, enviando el dosímetro del puesto de trabajo a la empresa del servicio de dosimetría. Por otra parte se decidió comprar más elementos de protección personal, para el uso por parte del personal asistencial. Otra acción fue que los líderes de proceso de diagnóstico y del proceso de talento humano, coordinaran la rotación del personal con sus respectivos horarios y turnos.

- En el proceso de gestión del talento humano el comité de calidad, considera que se deben realizar capacitaciones para fortalecer las competencias que tuvieron los puntajes más bajos en la evaluación del desempeño. La acción que se implementó fue la planear capacitaciones o eventos de formación que permitan fortalecer las competencias más débiles en el personal. Al finalizar el año se realizó una capacitación de comunicación asertiva, y se espera que otras capacitaciones se incluyan en el plan de formación para atender estas necesidades.

8.3.3 Acciones de mejoras

La mejora de una organización que está implementando un sistema de gestión de la calidad, es aplicada desde que se realiza su planificación, y requiere del esfuerzo de todas las personas que pertenecen a dicha organización.

Spect Medicina Nuclear, como toda empresa para poder subsistir en el mercado, ha tenido que aplicar cambios que le apunten a su desarrollo y crecimiento. Estos cambios pueden ser por la necesidad que le plantea el entorno en el que está envuelta, o simplemente por decisión novedosa de sus dueños.

En la implementación de la mejora del sistema de gestión de la calidad, a través de acciones correctivas, acciones preventivas; también han surgido varias acciones de mejora al interior de la empresa, de las cuales algunas han sido formalizadas. La metodología utilizada para la formalización de estas mejoras, es la misma que la que se aplica para las acciones correctivas y acciones preventivas; es decir, se aplican los mismos formatos y los mismos métodos de aplicación: Porque's, Lluvia de ideas, diagrama causa efecto.

Entre las acciones que han sido formalizadas se encuentran las siguientes:

8.3.3.1 Implementación de un sistema de información integrado

El problema de carecer de un sistema de información integrado, se hizo visible en la medida que la empresa fue creciendo y la demanda de pacientes fue aumentado, razón por la cual, las actividades de tipo manual, que se realizaban con los dos programas (software) por separado para la facturación del servicio y para la contabilidad de la empresa resultaron ineficientes.

Este problema fue demostrado cuando se realizó el diagnóstico organizacional de la función contabilidad. En el proceso de facturación y recaudo había un programa diseñado a la medida por un ingeniero de sistemas, basado en FoxPro, que funcionaba para la asignación de citas y la facturación de los pacientes, mientras que para la contabilidad se utilizaba el paquete contable Timax. Esto repercutía en que se realizara doble digitación y la información no se manejara en tiempo real.

El análisis de todos los problemas generados, dieron lugar para que en comité de calidad, se tomara el plan de acción de solicitar la cotización de un sistema de información integrado que cumpla con las necesidades de la empresa para los procesos asistenciales y de facturación y recaudo. Se realizaron tres cotizaciones, la primera a la empresa Informática & Gestión que proporciona el sistema integrado SIIGO, la segunda a la Fundación Cardiovascular y la tercera a la empresa del Ingeniero Oscar Corredor.

El programa que mejor reunía las soluciones para los problemas de la empresa fue el sistema integrado SIIGO, ya que es un programa reconocido a nivel nacional, es un programa robusto, que tiene un buen servicio postventa, y tiene la mejor relación costo/beneficio.

Sistema de información SIIGO e-salud y SIIGO administrativo. Es una solución informática, diseñada y desarrollada con tecnología de punta, exclusivamente para que todas las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS) puedan registrar, consultar, analizar y controlar la información de la empresa mediante una conexión a Internet o Intranet, 24 horas del día, 7 días a la semana.

En Spect medicina Nuclear se implementaron los módulos de agenda médica, imágenes diagnósticas y de facturación y RIPS. Los beneficios de SIIGO e-salud son:

- Por ser un sistema totalmente integrado, se registra la información una sola vez y el sistema automáticamente y de manera inteligente actualiza la información de todas las áreas.
- Información contable en tiempo real. Acceso a toda la información contable y administrativa de la institución, sin necesidad de transcripción de datos, interfaces e improductividad por doble digitación.
- Sistema integrado de información. Facilita la implementación y estandarización de los procesos internos de calidad, al permitir organizar y controlar el flujo de atención de los pacientes.
- Rentabilidad. Disminuye el riesgo de pérdida de ingresos por servicios prestados a pacientes no registrados para su facturación.
- Ofrece la ventaja de un ambiente Web en una red local.
- Productividad de recursos. Controla la gestión administrativa de las dependencias en cada unidad de negocios.
- Esquema de acompañamiento personalizado y presencial, que incluye un determinado número de horas, proporcionales a los módulos a implementar.

El sistema de información integrado SIIGO e-salud y SIIGO administrativo inició su negociación e implementación en el mes de septiembre de 2007 y la termina en el mes de enero de 2008. En la figura 12 se presentan dos gráficas del ambiente web del sistema de información SIIGO e-salud.

Figura 14. Ambiente Web sistema SIIGO e-salud

The screenshot displays the SIIGO e-salud web interface. At the top, a header bar includes the text 'CENTRO MEDICO CARLOS ARDILA LULLE', 'EMPERATRIZ ANGARITA DIAZ', 'Jueves, 24 de Enero de 2008', and the SIIGO e-Salud logo. Below the header, a navigation bar contains links for 'MENU', 'AYUDA', and 'CERRAR SESION'. The main content area is titled 'Servicios Ambulatorios' and features two primary sections: 'Mis Pacientes Pendientes' and 'Mis Notificaciones'.

The 'Mis Pacientes Pendientes' section includes a search bar with the text 'Por letra: A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z Todos'. Below this is a table with the following data:

Hora	Nombres	Alarmas	Ver mas...	Seleccionar
12/12/2007 04:06:19 p.m.	QUIJANO MARIA CAROLINA			Seleccionar
12/12/2007 12:01:44 p.m.	FLOREZ RINCON RAUL			Seleccionar
12/12/2007 09:37:09 a.m.	GUIO GARZON ALVARO			Seleccionar
04/10/2007 09:30:55 a.m.	HUERTAS GIL JAIME ANDRES			Seleccionar

Below the table, there is a pagination control showing 'Total Páginas: 1' and an 'Actualizar' button.

The 'Mis Notificaciones' section is located below the first section and includes a table with the following structure:

Nombres	Tipo de Notificación	Ver	☐ Todos

At the bottom of this section, there are two buttons: 'Actualizar' and 'Ocultar Seleccionados'.

8.3.3.2 Análisis ABC de los servicios

La línea de productos o servicios de una típica empresa está conformada por artículos individuales en diferentes etapas de sus respectivos ciclos de vida y con diferentes grados de éxito de ventas. En cualquier punto del tiempo esto crea, un fenómeno de productos conocido como la curva 80-20, concepto particularmente valioso para la planeación de la producción.

Después de observar los patrones de productos en muchas empresas, el concepto 80-20 se deriva de que el volumen de ventas es generado por relativamente pocos productos en la línea de productos, y del principio conocido como la ley de Pareto. Es decir 80% de las ventas de una empresa se generan por 20% de la línea de productos o servicios. Rara vez se observa una relación exacta 80-20, pero la desproporcionalidad entre las ventas y el número de artículos por lo general es verdadera.²²

El análisis ABC (o regla del 80-20 o ley del menos significativo) es una herramienta que permite visualizar esta relación y determinar, en forma simple, cuáles servicios son de mayor importancia, optimizando así la administración de los recursos y permitiendo tomas de decisiones más

²² BALLOU, Ronald H, Logística. Administración de la cadena de suministro, Pearson Educación, México.2004

eficientes. Según este método, se clasifican los servicios en clases, generalmente en tres (A, B o C), permitiendo dar un orden de prioridades a los distintos productos o servicios:

SERVICIOS A: Los servicios más importantes a los efectos del control.

SERVICIOS B: Aquellos servicios de importancia secundaria.

SERVICIOS C: Los de importancia reducida.

La designación de las tres clases es arbitraria, pudiendo existir cualquier número de clases. Los factores más importantes son los dos extremos: unos pocos servicios significativos y un gran número de servicios de relativa importancia. Esta relación empírica ha demostrado ser una herramienta muy útil y sencilla de aplicar a la gestión empresarial. Permite concentrar la atención y los esfuerzos sobre las causas más importantes de lo que se quiere controlar y mejorar.

El análisis ABC en Spect medicina Nuclear, se le realizó a todos los servicios ofrecidos. Estos servicios se clasificaron según su volumen de ventas en los cuatro meses de la medición desde mayo hasta agosto del 2007. Después de esto se calculó la participación de cada procedimiento sobre el total de las ventas, para conseguir una ponderación de cada procedimiento y luego sumaras y obtener la ponderación acumulada, que permitiría discriminar la clasificación de los servicios en las diferentes categorías A, B, o C según el ordenamiento de mayor a menor participación, en las ventas totales de la empresa. Este procedimiento se realizó en una plantilla de la hoja de cálculo Excel y se encuentra detallada a continuación en la tabla 11.

Tabla 11. Análisis ABC de los servicios de Spect Medicina nuclear

ANALISIS ABC DE LOS PROCEDIMIENTOS DE SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA. 2007									
PROCEDIMIENTO	COSTO	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Total	Porcentaje	F Acum	Análisis
Gammagrafía ósea	115125	294	254	237	242	1027	39,84%	39,84%	A
Gammagrafía Renal Estática	63480	135	124	124	86	469	18,19%	58,03%	
Gammagrafía de Tiroides Tc99	47375	65	77	68	71	281	10,90%	68,93%	
Renograma Secuencial Filtración Glomerular	94375	53	46	40	36	175	6,79%	75,72%	
Gammagrafía De Reflujo Gastroesofagico	77705	29	33	39	28	129	5,00%	80,72%	
Renogrma Diurético	121185	10	11	12	19	52	2,02%	82,74%	B
Gammagrafía Pulmonar Perfusión - Ventilación	135540	12	11	11	16	50	1,94%	84,68%	
Gammagrafía Hepatoesplenica	58505	9	8	7	17	41	1,59%	86,27%	
Cistogammagrafía	59945	8	13	11	6	38	1,47%	87,74%	
Gammagrafía ósea de tres fases	143910	9	5	9	8	31	1,20%	88,94%	
Gammagrafía Hepatobiliar - IDA	158520	5	9	5	11	30	1,16%	90,11%	
Terapia para Hipertiroidismo I-131	139155	8	5	4	11	28	1,09%	91,19%	

Rastreo corporal I-131	116900	8	6	7	4	25	0,97%	92,16%	C
Gammagrafía de Glandulas Salivares	52360	6	7	3	9	25	0,97%	93,13%	
Terapia para CA I-131	427480	5	5	5	3	18	0,70%	93,83%	
Gammagrafía Vaciamiento Gástrico	137975	3	4	6	4	17	0,66%	94,49%	
Ventriculografía en Reposo	132025	3	3	7	4	17	0,66%	95,15%	
Dacriocistogammagrafía	71725	6	5	2	4	17	0,66%	95,81%	
Gammagrafía con leucocitos marcados	289500	1	5	5	4	15	0,58%	96,39%	
Perfusión Miocárdica en Reposo y post Ejercicio	487335	6	3	3	2	14	0,54%	96,94%	
Gammagrafía de ganglios linfáticos Linfoga	88960	4	1	2	5	12	0,47%	97,40%	
Renograma Basal y Post Captopril	166595	5	2	2	3	12	0,47%	97,87%	
Gammagrafía ósea con Spect	172455	0	0	4	6	10	0,39%	98,25%	
Renograma con Mertiatide (MAG 3)	120430	4	3	0	2	9	0,35%	98,60%	
Gammagrafía de Paratiroides Tetrofosmín	271915	1	4	1	2	8	0,31%	98,91%	
Cisternogammagrafía	97495	3	2	0	1	6	0,23%	99,15%	
Gammagrafía Pulmonar Perfusión	86625	2	0	1	2	5	0,19%	99,34%	
Gammagrafía Pool Sanguíneo Hepático	95040	2	2	0	0	4	0,16%	99,50%	
Gammagrafía SPECT Cerebral	230320	0	0	3	1	4	0,16%	99,65%	
Gammagrafía de Perfusión Testicular y Conteni	51690	0	2	0	1	3	0,12%	99,77%	
Gammagrafía Hemorragia Digestiva	158520	0	1	0	1	2	0,08%	99,84%	
Gammagrafía Para Mucosa Gastrica Ectopica	102790	1	0	1	0	2	0,08%	99,92%	
Gammagrafía de Transito Esofágico	55565	0	1	0	0	1	0,04%	99,96%	
Gammagrafía con GALIO-67	151700	1	0	0	0	1	0,04%	100,00%	

Según este análisis el 80% de participación en las ventas de los servicios de gammagrafías, corresponden a 5 procedimientos del portafolio de servicios ofrecidos por la organización. Como es sabido en la organización el producto estrella es la gammagrafía ósea, seguida de la gammagrafía renal estática.

Esta clasificación sirve para mantener toda la atención y control en los productos tipo A y algunos tipos B. También sirve para planear mejor la agenda médica en los recursos de gammacámaras, según los tiempos asignados a cada procedimiento.

8.3.3.3 Otras acciones de mejora

Otras acciones de mejora implementadas en la organización para contribuir al mejoramiento continuo del sistema de gestión de la calidad son:

- Implementación de los diez minutos de calidad, los días lunes, martes y miércoles. Esta mejora estuvo acompañada de la creación de un folleto que detalla los aspectos básicos del SGC de Spect Medicina Nuclear.
- Organización del archivo de la empresa. Esta labor fue realizada para tener un mayor control de los documentos y registros de la empresa, clasificando todos los archivos en las instalaciones de la empresa.

- Creación de jornadas de orden y aseo, que serán realizadas mensualmente, y estarán acompañadas con controles de calidad a los equipos médicos.
- Ampliación del listado de proveedores aprobados.

8.4 SELECCIÓN DEL ENTE CERTIFICADOR

La gestión para cotizar los servicios de certificación estuvo a cargo del Auxiliar de calidad (practicante), quien contactó a los principales entes certificadores, para que presentaran sus ofertas de servicios ante la Gerencia de la empresa. Estos son los principales entes certificadores en Colombia:

SGS COLOMBIA.

SGS Colombia es una empresa perteneciente al grupo SGS fundado en 1878, esta es la mayor entidad de inspección, verificación, ensayo y certificación en el mundo

Desde el año 1956 SGS cuenta con presencia en Colombia, fundándose SGS Colombia en 1976 desarrollando actividades relacionadas con las áreas de productos agrícolas y vegetales, productos minerales y químicos, productos de consumo, productos petróleo y sus derivados, inspecciones de calidad industrial y certificación de SGC.

Por qué SGS

La división Systems de SGS será para el cliente la pareja profesional, independiente y confiable que orgullosamente provee a sus clientes con un valor agregado.

Su misión consiste en la protección y la mejora de sistemas de Gestión de los clientes a través de capacitación, auditoria y certificación:

- Compartimos con el cliente la fortuna de más de 25 años de experiencia en certificación de sistemas de gestión de calidad y mas de 127 años en el área de inspección en todas las principales industrias del mundo.
- Suministramos servicios innovadores que le ayudan a construir una ventaja competitiva duradera en los mercados de hoy y mañana.
- Estamos enfocados en brindar una fuente de procesos organizados y dinámicos para mejorar el desempeño operativo de su organización.

- Nuestra actividad está extendida por más de 70 países y la acreditación de ISO 9001:2000 está disponible en más de 41 países.²³

GRUPO BUREAU VERITAS

Bureau Veritas Quality International es una de las mayores y más importantes organizaciones de certificación en el mundo. Fundada en Londres, en 1987, está presente en más de 44 países en los 5 continentes. Con una larga trayectoria nacional e internacional, certifica las normas ISO 9000, ISO 14001, QS 9000, VDA 6.1, AVSQ"94, ISO/ TS 16949, SA 8000, Marca de Conformidad, BS 8800, OHSAS 18001, Certificación de Productos, Marca CE, TickIT entre otras.

BVQi es una referencia mundial de vanguardia, credibilidad y liderazgo. Aprobada por más de 20 organismos de acreditación de diversos países, la marca BVQi es mundialmente reconocida como un símbolo de calidad internacional.

¿Porqué elegir BVQi?

Experiencia internacional, operación local, gama de productos, vanguardia, credibilidad, liderazgo, confianza, atención, sociedad, seguridad, modernidad: estamos seguros de que su empresa descubrirá muchos otros motivos luego de contratar a BVQi.

Experiencia, por su posicionamiento en el mundo, el BVQi está apto para dar el mejor servicio a sus clientes, con experiencia internacional y actuación regional.

Alcance, únicamente BVQi le ofrece una amplia gama de certificaciones. ISO 9000, ISO 14001, QS 9000, VDA 6.1, AVSQ"94, ISO/ TS 16949, SA 8000, Marca de Conformidad, BS 8800, OHSAS 18001, Certificación de Productos, Marca CE y TickIT son algunas de las certificaciones posibles.

Vanguardia, BVQi fue la primera empresa certificadora en el mundo en obtener acreditación para la norma ISO 14000, certificación de sistemas de gestión ambiental.

Credibilidad, aprobada por más de 20 organismos de acreditación de diferentes países, la marca BVQi es reconocida en los 5 continentes

²³ Tomado de la página www.sgs.com.co

como un símbolo de calidad internacional. Asocie a su logo, la experiencia, la vanguardia y la credibilidad de BVQi en certificación de sus sistemas de gestión. Así, estará agregando más valor a las actividades de su empresa.²⁴

ICONTEC

ICONTEC es una organización privada con campo de actividades internacional, creada en 1963 para responder a las necesidades de los diferentes sectores económicos con servicios que contribuyen al desarrollo y competitividad de las organizaciones, lo que representa un conocimiento amplio de las condiciones de las empresas de diferentes sectores.

Actualmente ofrece servicios de evaluación de la conformidad como: certificación de sistemas de gestión, certificación de productos, certificación de personal, inspección.

ICONTEC en Colombia y el mundo. ICONTEC es miembro de IQNET, el Organismo de Certificación más grande y reconocido en el ámbito mundial, lo cual nos permite estar a la vanguardia en la tecnología de certificación y ofrecer a nuestros clientes un amplio soporte a través de organismos certificadores en todo el mundo, con el respaldo de más de 10000 auditores certificados en los diferentes sectores económicos. Por ser miembros de esta red internacional podemos emitir el certificado IQNet de sistema de gestión.

ICONTEC representa a Colombia ante la Organización Internacional de Normalización, ISO y la Comisión Electrónica Internacional, IEC. Esta participación activa en los organismos internacionales de Normalización le permite disponer de información actualizada sobre los avances tecnológicos en los sectores económicos de interés de las empresas.²⁵

8.4.1 Metodología para la selección

La metodología utilizada para la selección del ente certificador, consistió en la elaboración de una sencilla matriz de comparación entre las 3 organizaciones que se definieron anteriormente.

²⁴ Tomado de la página: www.bvqi.com

²⁵ Tomado de la propuesta para el otorgamiento del certificado ICONTEC de gestión de la calidad ISO 9001:2000

Para la elección se establecieron 6 variables de interés para Spect Medicina Nuclear; a cada una de estas variables, se les asignó un peso porcentual, de acuerdo a su importancia. Las variables establecidas con su porcentaje fueron las siguientes:

- Experiencia y reconocimiento en el sector salud (25%).
- Precio del servicio de certificación (20%).
- Experiencia en el mercado Colombiano (20%).
- Manejo y acreditación en normas del sector salud (15%).
- Disponibilidad de oficinas (10%).
- Reconocimiento o presencia en otros países (10%).

En la tabla 15 se detalla la matriz de selección del ente certificador:

Tabla 12. Matriz de selección ente certificador

VARIABLES DE SELECCIÓN	PESO	ENTES CERTIFICADORES					
		ICONTEC Calific.	Pond.	SGS Calific.	Pond.	Bvqi Calific.	Pond.
Experiencia y reconocimiento en el sector salud en Colombia	0,25	4	1	3	0,75	2	0,5
Precio del servicio de certificación	0,2	4	0,8	2	0,4	2	0,4
Experiencia en el mercado Colombiano	0,2	4	0,8	3	0,6	3	0,6
Manejo y acreditación en normas del sector salud	0,15	4	0,6	2	0,3	2	0,3
Disponibilidad de oficinas locales	0,1	4	0,4	3	0,3	1	0,1
Reconocimiento o presencia en otros países	0,1	2	0,2	4	0,4	4	0,4
Puntaje Total	1		3,8		2,6		2,3
Calificación: Malo (1). Regular (2). Bueno (3). Excelente (4).							

Como se puede observar, el resultado de la matriz de selección del ente certificador, dio como absoluto ganador al ICONTEC, con un puntaje de 3.8, muy superior a los otros dos entes de certificación. Este y otros criterios hicieron que la Gerencia General de Spect Medicina Nuclear Ltda., escogiera al ICONTEC como entidad a contratar para el servicio de certificación del sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2000.

Cabe anotar que antes de este análisis, se contactó personalmente a los asesores comerciales de los entes ICONTEC (Luz Mary Larrota), y del SGS (Carolina Martinez Olave) para que presentaran sus ofertas de

servicio. Para BVQi sólo se visitó su página web, y por decisión y recomendación de la empresa consultora, no se hicieron los trámites para que presentaran su oferta de servicio.

8.5 CONTRATACIÓN DEL ENTE CERTIFICADOR

Una vez seleccionado el ICONTEC como ente certificador, se diligenció el *formulario de solicitud de certificación*, suministrado por la asesora comercial el día en el cual presentó su oferta de servicios. Este formulario de solicitud de certificación se muestra en el **anexo L**.

El Auxiliar de Calidad (practicante) se contactó personalmente con la representante del ICONTEC a mediados del mes de diciembre, para entregarle el formulario de solicitud de certificación. Después que se comprobaron todos los datos en el formulario de solicitud, el ICONTEC envió a la empresa el documento de *contrato de prestación del servicio de auditoría para el otorgamiento del certificado ICONTEC de sistema de gestión*. El documento fue firmado por el Dr. Rafael García Rey, como representante legal de la Empresa y por ICONTEC por la Dra. Gloria Stella Sarmiento Gaona, como directora del ICONTEC regional oriente. Ver **anexo L**.

8.6 PROGRAMACIÓN DE LA AUDITORÍA DE CERTIFICACIÓN

En reunión llevada a cabo el 20 de diciembre de 2007, entre la Asesora Comercial de ICONTEC, el Gerente General y Auxiliar de Calidad de Spect Medicina Nuclear, se acordó que la primera etapa de la auditoría de Certificación (revisión de la preparación del sistema) se llevaría a cabo el 31 de enero de 2008. En el **anexo L**, se encuentra la programación etapa inicial de la auditoría de certificación.

La metodología utilizada por ICONTEC para la auditoría de certificación es desarrollada por un proceso de dos etapas, que se presentan a continuación:

Etapas 1. Revisión de la preparación del sistema. En esta etapa inicial se desarrolla una revisión de la preparación del sistema de gestión, incluyendo la adecuación de la documentación del sistema que incluye el análisis de las disposiciones establecidas para cumplir los requisitos de ISO 9001:2000. Para esta revisión previa se requiere tener disponible la siguiente documentación:

- Manual del sistema de gestión
- Procedimientos del SGC requeridos por la norma
- Información sobre la satisfacción del cliente
- Informes de auditorías internas
- Registro de revisiones por la dirección del sistema de gestión
- Identificación de los requisitos legales y reglamentarios

Con base en los resultados de esta revisión el auditor líder prepara el plan de auditoría para definir la agenda por seguir en la auditoría y lo envía a la organización antes de reiniciar la etapa 2 de la auditoría.

Etapas 2. Auditoría en sitio. En esta etapa se recopila y analiza la información con la cual se puede conocer la implementación eficaz del sistema a través de entrevistas, visitas a las instalaciones y observación sobre el terreno. Finalmente se realiza una reunión de cierre en la que el auditor presenta un resumen general de las actividades desarrolladas y los resultados obtenidos, las fortalezas del Sistema en relación con los requisitos exigidos, así como las oportunidades de mejora y el estado de conformidad del sistema de gestión frente a los requisitos.

Se acordó con la asesora comercial de ICONTEC, que la segunda etapa de la auditoría de Certificación se llevaría a cabo entre los días 10 y 11 de marzo de 2008.

9. CONCLUSIONES

- Al iniciar cualquier tipo de proyecto de mejoramiento de procesos, siempre será necesario conocer la situación inicial en la que se encuentra una organización. Estudiar el ambiente interno, para identificar fortalezas y debilidades y a su vez, estudiar el ambiente externo, para identificar oportunidades y amenazas del contexto en el que se desarrolla dicha organización.
- La norma ISO 9001:2000 es una norma genérica, que permite a cualquier organización adecuarse a sus estándares; por esto es necesario que los líderes de la organización la estudien y comprendan, para poder interpretarla e implementarla de acuerdo a las exigencias que le plantea su sector económico.
- Los procesos de sensibilización y capacitación al interior de la empresa mostraron que son la mejor herramienta para que las personas resistentes a los procesos de cambio, sean participes y contribuyan al mejoramiento de la organización. En la empresa fue necesario realizar muchas sensibilizaciones, capacitaciones y re-capacitaciones; pero queda entre los líderes de los procesos la satisfacción del deber cumplido.
- Es destacable la metodología utilizada para realizar la planificación estratégica de la calidad, basada en el estudio minucioso de las necesidades del cliente, las características del entorno y la capacidad de la empresa para cumplir con las declaraciones de la política y los objetivos de calidad.
- El desarrollo de la documentación del sistema de gestión, fue una de las labores más arduas, en el proceso de implementación del sistema de gestión de la calidad; sin embargo, estuvo acompañada en todo momento con los actores directamente involucrados en las actividades que fueron establecidas. De igual forma la documentación contribuyó a la estandarización de los procesos creados del sistema

de gestión y fue una herramienta guía para el personal de la institución.

- La gestión del talento humano, fue una de las funciones mas beneficiadas con la implementación del sistema de gestión de la calidad, ya que su desarrollo comprendió la creación de una nueva estructura organizacional, la asignación de responsabilidades claras, mediante un manual de descripción del cargo, la formación del personal a través de la puesta en marcha de planes de formaciones/capacitaciones y finalmente, la evaluación del desempeño de las competencias de cada funcionario al interior de la empresa.
- El cumplimiento a cabalidad y con responsabilidad, de todos los requisitos de ley que rigen al sector, le permitieron a la empresa el reconocimiento de las entidades del estado que otorgan las licencias para la habilitación de los servicios de salud y licencia para el manejo de materia radiactivo, por ser una de las empresas que están a la vanguardia y en un nivel por encima de lo estipulado en sus reglamentaciones (requisitos mínimos).
- La medición de los procesos a través de los indicadores de gestión ha permitido a los líderes de la empresa, monitorear y realizar seguimiento a los procesos del sistema de gestión. Los indicadores de gestión, fue un concepto nuevo por el que se tuvo que trabajar mucho para su comprensión; en la medida en que se empezó a medir dichos indicadores, fueron mejorando los análisis y las acciones para corregir las fallas en los procesos.
- La evaluación del sistema de gestión de la calidad a través de las auditorías internas y revisiones por la dirección, permitieron valorar la eficacia del sistema implementado y tomar acciones para su mejoramiento. Fueron muchas las fallas presentadas, como también lo fueron las acciones para corregirlas. Cabe destacar que, entre cada evaluación realizada se concedió un periodo prudente para la implementación de las acciones correctivas, preventivas y de mejora.

- Con la implementación del sistema de gestión de la calidad se consiguieron grandes progresos, como la implementación de un sistema integrado de información que permite mayor productividad y reducción de actividades innecesarias en la facturación.
- Este proyecto de grado basado en una práctica empresarial, permitió conocer la realidad de las organizaciones y afianzar los conocimientos adquiridos durante el proceso de formación profesional en la carrera de ingeniería industrial. Además, fue una experiencia muy constructiva en el logro de los objetivos propuestos al comienzo de este proceso de implementación del sistema de gestión de la calidad.

10. RECOMENDACIONES

- Es recomendable que la alta dirección, mantenga el entusiasmo y compromiso demostrado desde el inicio del proceso de certificación, para liderar el mejoramiento continuo del sistema de gestión de la calidad y contribuir al crecimiento de la empresa.
- Se recomienda que los dos líderes de procesos que faltan por formarse en la norma ISO 9000, se acojan a un programa de formación que les otorgue el título de gestores de sistemas de calidad y auditores internos de calidad.
- Se recomienda seguir la propuesta de la empresa consultora de adquirir un software que contribuya a la sistematización del control de documentos y control de registros, para poder ejercer mejor el control sobre los documentos elaborados y las modificaciones realizadas en todos los documentos del SGC.
- Se recomienda que después de la certificación del sistema de gestión de la calidad, la empresa inicie el proceso hacia la acreditación institucional en salud y posteriormente, hacia la implementación de un sistema integrado de gestión.
- Es importante contemplar la necesidad de realizar estudios de mercados, para adquirir nuevas tecnologías en equipos médicos de medicina nuclear, que permitan la creación de nuevos servicios que están a la vanguardia de los adelantos de la medicina y que favorezcan el bienestar de la población regional y nacional.

BIBLIOGRAFÍA

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION. NTC-ISO 9000:2000 Fundamentos y vocabulario. Bogotá D.C. ICONTEC 2000.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION. NTC-ISO 9001:2000 Requisitos del sistema de gestión de la calidad. Bogotá D.C. ICONTEC 2000

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION. NTC-ISO 19011:2002 Directrices para la auditoria de calidad. Bogotá D.C. ICONTEC 2002

PÁRAMO ALTURO, José Ernesto. Guía de Interpretación y Aplicación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, ICONTEC, Bogotá. 2002.

LÓPEZ CARRIZOSA, Francisco José. ISO 9000 Y LA PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD. Guía para la Planificación de la Calidad con orientación en la Gestión por procesos, ICONTEC, Bogotá. 2006.

BALLOU, Ronald H, Logística. Administración de la cadena de suministro, Pearson Educación, México.2004

SENA. Fundamentación del Sistema de Gestión de la calidad. Curso Virtual ISO 9000. Colombia: 2006

SENA. Documentación del Sistema de Gestión de la calidad: Requisitos documentación sistema de calidad. Curso Virtual ISO 9000. Colombia: 2006

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

<http://www.sgs.com>

<http://www.bvqi.com.co>

<http://www.minproteccionsocial.gov.co>

<http://www.minminas.gov.co>

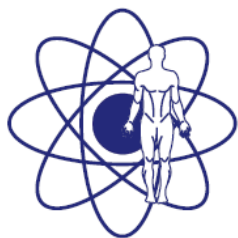
<http://www.vidacare.com.mx/medicina-nuclear>

<http://es.Wikipedia.org>. La enciclopedia libre

ANEXOS

ANEXO A. MANUAL DE CALIDAD

SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA.



Spect Medicina Nuclear Ltda.

MANUAL DE LA CALIDAD VERSION 01 SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD NORMA NTC ISO 9000:2000

Este manual no debe ser reproducido, distribuido, corregido o prestado total o parcialmente, sin la previa autorización del gerente de SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA.

ELABORADO POR: Auxiliar de Calidad	REVISADO POR: Coordinadora Administrativa y financiera	APROBADO POR: Gerente General
Fecha: 06/08/07	Fecha: 08/08/07	Fecha: 08/08/07

 Spect Medicina Nuclear Ltda.	MANUAL DE CALIDAD		FECHA:	08/08/07
			CÓDIGO:	GC-M-01
			VERSIÓN:	0
			Página 175 de 338	

TABLA DE CONTENIDO	Pág
1. PRESENTACION	1
2. CAMBIOS Y ACTUALIZACION DEL MANUAL	1
3. GENERALIDADES DE LA EMPRESA	2
3.1 Reseña histórica	2
3.2 Razón social	3
3.3 Ubicación	3
3.4 Misión	3
3.5 Visión	4
3.6 Valores corporativos	4
3.7 Servicios de spect medicina nuclear	4
4. COMPROMISO DE LA DIRECCION	5
5. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	6
6. CONFORMACIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO	6
7. ASIGNACION DEL REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	7
8. ALCANCE Y EXCLUSIONES	8
9. POLITICA DE CALIDAD	8
10. OBJETIVOS DE CALIDAD	9
11. MATRIZ DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD	10
12. MAPA DE PROCESOS SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA	12
13. CARACTERIACIONES DE PROCESOS	13
14. MATRIZ: PROCESOS VS REQUISITOS	

1. PRESENTACION

El presente manual ha sido creado para describir el sistema de gestión de calidad que Spect Medicina Nuclear Ltda. ha implementado según los requisitos establecidos por la norma ISO 9001:2000, para aplicar el enfoque de mejoramiento continuo y mostrar el compromiso de la gerencia general con respecto a la gestión de la calidad y específicamente a la gestión de sus procesos.

Presenta los diferentes procesos que lo conforman y sus interacciones, referencia de los procedimientos y justifica las exclusiones.

2. CAMBIOS Y ACTUALIZACION DEL MANUAL

La revisión y aprobación del Manual de la Calidad es responsabilidad de la Gerencia General. El control de la actualización del Manual se realiza a través de la revisión y fecha de aprobación, las cuales se encuentran en el recuadro del pie de página de la primera hoja; estas deben concordar con la versión registrada en el Listado Maestro de Documentos. De esta forma se facilitan las modificaciones y actualizaciones de manera controlada, asegurando que los funcionarios que posean el Manual de la Calidad, cuenten siempre con un documento vigente. Se generan dos copias duras; una bajo la responsabilidad de la Coordinadora Administrativa y Financiera y la otra a cargo de la Coordinadora Administrativa y Asistencial de la sede Chicamocha. Si se requieren copias para fines de información o por solicitud de los clientes, se entregarán copias no controladas de este documento las cuales no se incluyen en el Listado Maestro, ni deben ser actualizadas cuando se realice algún cambio al manual. Estas copias deben ser autorizadas por el gerente general.

3. GENERALIDADES DE LA EMPRESA

3.1 RESEÑA HISTORICA

SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA., es una empresa que se constituye el 30 de abril de 1993 por iniciativa del Doctor Rafael García Rey, médico de la UIS y especializado en medicina nuclear de la Universidad de Zaragoza España, quien nota, dos años antes, la necesidad de crear un centro moderno y actualizado de medicina nuclear en Bucaramanga y su área metropolitana. Constituyendo sociedad limitada, en las cuales participan; inmobiliaria REYCO, Luís Gabriel Beltrán, la FOSCAL y Rafael García Rey.

En 1992 se adquiere un área de 100 m² en el Centro Médico Carlos Ardilla Lülle Torre A, el cual estaba en construcción. El 1 de junio de 1993 se inician labores oficialmente, contando con una Gammacámara Siemens Orbiter 3000, una planta de personal de 3 trabajadores, atendiendo en el primer año aproximadamente 500 pacientes, aumentando progresivamente dicho número de pacientes atendidos hasta el año 1997 en que se atienden aproximadamente 6000 pacientes, haciendo necesario aumentar, el área, la planta de personal, insumos y la adquisición de nuevos equipos. En 1997 la FOSCAL se retira como socio de SPECT MEDICINA NUCLEAR.

En Julio de 1998 se da la ampliación del servicio en las nuevas instalaciones del centro medico, Torre B pasando a un área de 240 m². Se adquiere un nuevo y moderno equipo Gammacámara SMV DST-XL para la realización de estudios funcionales.

A principios del 2006 se piensa en la posibilidad de crear una sucursal de Spect Medicina Nuclear en la meseta de Bucaramanga, dado los múltiples proyectos de reforma urbana programada para realizar principalmente sobre la autopista florida – Bucaramanga, es así como en junio del 2006 se adquiere un área de

aproximadamente 85 m2 en la Clínica Chicamocha, adquiriendo un equipo de 2 cabezas General Electric para iniciar labores en Septiembre de 2007.

Actualmente cuenta con dos sedes en las cuales se tienen equipos de alta tecnología y una planta de personal de 14 empleados con excelente calificación nacional e internacional y continua actualización, generando mayor cobertura de mercado y mejor calidad y confiabilidad en los servicios.

3.2 RAZON SOCIAL

SPECT MEDICINA NUCLEAR LIMITADA.

3.3 UBICACIÓN

SEDE 1 FOSCAL

Urbanización el Bosque - Carrera 24 N° 154 – 106

Centro Médico Carlos Ardilla Lülle Piso 5 Modulo 43 Torre B

Florida Blanca – Santander

SEDE 2 CLINICA CHICAMOCHA

Carrera 28 N° 40 – 30

Bucaramanga - Santander

3.4 MISIÓN

Nuestra misión es realizar estudios de diagnóstico y tratamientos de Medicina Nuclear a pacientes, remitidos por médicos y entidades prestadoras de servicios de salud del nororiente Colombiano, mediante la interacción de la más alta tecnología y el mejor recurso humano, garantizando confiabilidad y calidad en nuestros servicios.

3.5 VISIÓN

En el 2010, seguiremos siendo líderes en Medicina Nuclear a nivel regional y lograremos mayor cobertura nacional e internacional, mediante la renovación

tecnológica y científica, el mejoramiento continuo y un equipo humano altamente cualificado.

3.6 VALORES CORPORATIVOS

Actitud de servicio

Nos preocupamos por estar disponibles para atender las necesidades y expectativas de nuestros clientes internos y externos y por brindar un servicio confiable, amable, cálido y con respeto.

Mejoramiento continuo

Buscamos la excelencia de nuestros servicios, mejorando continuamente nuestros procesos, nuestros conocimientos y nuestras actitudes.

Ética

Nuestras acciones son consecuentes con los principios morales, las buenas costumbres y prácticas profesionales, respetando las normas organizacionales.

Integridad

Estamos comprometidos con la honestidad, lealtad y la responsabilidad, en cada faceta de nuestros comportamientos.

3.7 SERVICIOS DE SPECT MEDICINA NUCLEAR

La empresa ofrece el servicio de medicina nuclear dividida en dos áreas; diagnósticas de imágenes funcionales y los tratamientos con Radioisótopos.

Diagnóstico por medio de Imágenes funcionales de las diferentes patologías, de prácticamente todas las áreas médicas: Medicina General, Neuropsiquiatría, Neurocirugía, Neuropediatría, Neurología, Endocrinología, Neumología, Cardiología, Ortopedia y Traumatología, Reumatología, Fisiatría, Gastroenterología, Cirugía, Nefrourología, Oncología, Pediatría, Cirugía maxilofacial, Cirugía Vascular periférica, Hematología, y Medicina Deportiva.

Tratamientos en Medicina Nuclear utilizando radioisótopos incorporados al organismo en áreas médicas específicas como: Oncología y Endocrinología.

Spect Medicina nuclear Ltda., ofrece entre 40-45 exámenes diagnósticos y 2 tratamientos de Medicina nuclear a su población objetivo, que comprende el nororiente colombiano y una parte de la región caribe y región central.

4. COMPROMISO DE LA DIRECCION

Como Gerente General de SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA., es mi compromiso planificar la calidad, asignar los recursos, garantizar que se conozca en todos los niveles de la organización el sistema de gestión de la calidad y realizar revisiones periódicas, para obtener y mantener procesos asistenciales y de gestión administrativa con altos estándares de calidad, que redunde en la satisfacción de nuestros clientes, en el desarrollo del equipo humano y la competitividad de la organización.

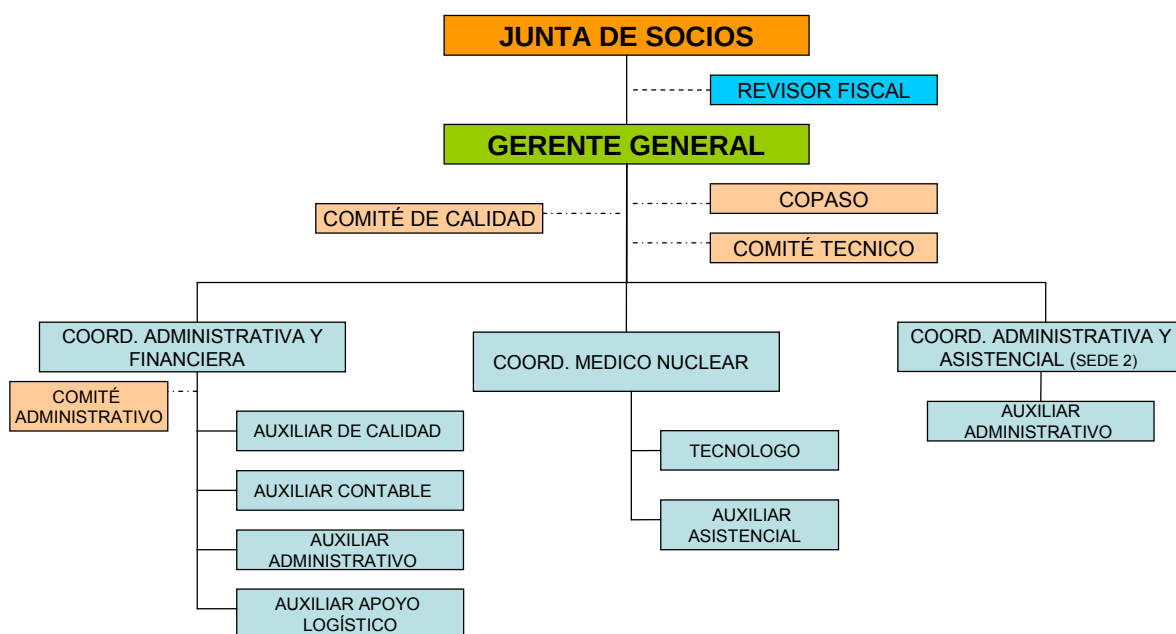
Por lo tanto mi interés de implementar un sistema de gestión de la calidad es que se cumpla la misión y visión de la organización, y se preste un servicio con ventajas diferenciadoras a nivel nacional e internacional.

RAFAEL E. GARCIA REY

Gerente General

5. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La alta dirección establece la jerarquía, responsabilidades y autoridades según la estructura organizacional que se muestra a continuación y se apoya en el documento manual de descripción de cargos para definir y dar a conocer a cada persona de la organización sus atribuciones y responsabilidades.



6. CONFORMACIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO

COMITÉ DE CALIDAD

El comité de calidad esta conformado por el Gerente General (Líder del equipo), Coordinador Medico Nuclear, Coordinadora Administrativa y financiera, Coordinadora Administrativa y Asistencial, y Auxiliar de Calidad. Las Responsabilidades del comité de Calidad son planificar, controlar y evaluar la implementación de todo el Sistema de Gestión de la Calidad.

COMITÉ TECNICO

Las Responsabilidades del comité técnico son planificar, controlar y evaluar la implementación de los procesos asistenciales. El comité técnico esta conformado por Coordinador Medico Nuclear (Líder del equipo), Medico Nuclear, Coordinadora Administrativa y asistencial, Tecnólogos y Auxiliar Asistencial.

COMITÉ ADMINISTRATIVO

Las Responsabilidades del comité administrativo son planificar, controlar y evaluar actividades de los procesos que tienen que ver con el área administrativa o procesos de apoyo. El comité administrativo esta conformado por la Coordinadora administrativa y financiera, Auxiliares administrativas, auxiliar contable, auxiliar de calidad y auxiliares administrativas.

Estos comités se reúnen de acuerdo a las necesidades que se vayan generando en la implementación del SGC, de los cuales quedan como evidencia las actas de reuniones.

7. ASIGNACION DEL REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN

La Gerencia General asigna como su representante para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad A la Coordinadora Administrativa y Financiera. Quien debe:

- Asegurar que se establecen, implementan, y mantienen los procesos del sistema de gestión de la calidad.
- Informar a la gerencia sobre 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 toda la organización.

8. ALCANCE Y EXCLUSIONES

Constituye los procesos asistenciales u operativos de prestación del servicio de Medicina Nuclear de la empresa.

"Spect Medicina Nuclear implementa su sistema de Gestión de la Calidad para prestar los servicios de Medicina Nuclear en los procesos de Diagnóstico y Tratamiento".

Se excluye el numeral 7.3 *Diseño y Desarrollo* debido a que todos los protocolos asistenciales de medicina nuclear que se siguen ya están establecidos por las sociedades de medicina nuclear nacionales e internacionales.

Se excluye el numeral 7.5.2 *Validación de los procesos de producción y de la prestación del servicio* porque la organización cuenta con controles en cada uno de los servicios que le permite identificar deficiencias antes y durante la prestación del servicio.

9. POLITICA DE CALIDAD

Nuestra política de calidad es satisfacer las necesidades de nuestros clientes, mediante la renovación tecnológica, el desarrollo permanente del equipo humano y el mejoramiento continuo de nuestros procesos; para lograr mayor eficiencia y resultados confiables y oportunos con un servicio seguro, confortable, respetuoso y cálido.

10. OBJETIVOS DE CALIDAD

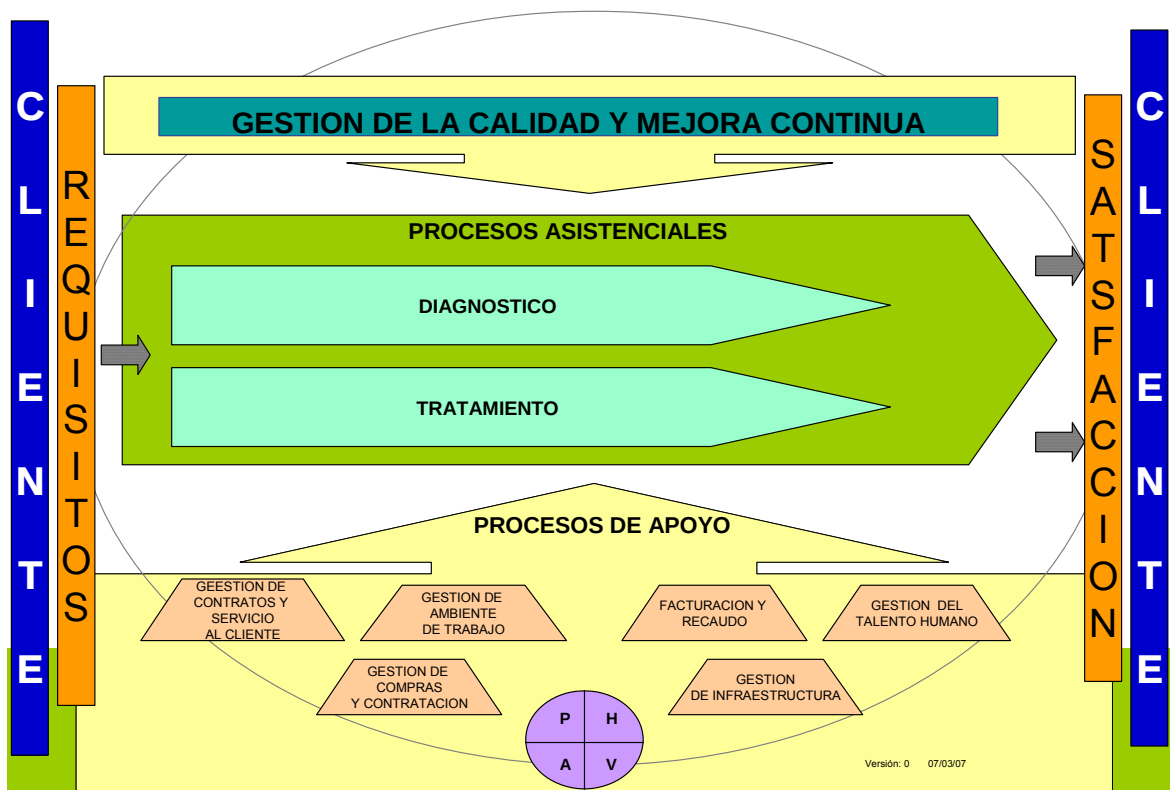
- Lograr la satisfacción del cliente en nivel bueno.
- Asegurar el desarrollo permanente del equipo humano.
- Lograr mejoramiento continuo del sistema de gestión de la calidad.
- Lograr mayor eficiencia en los procesos de diagnóstico y tratamiento.

11. MATRIZ OBJETIVOS DE CALIDAD

POLITICA DE CALIDAD	OBJETIVOS RELACIONADOS CON LA POLITICA DE CALIDAD	INDICADOR	CALCULO	META	RESPONSABLE DEL ANALISIS DE DATOS	FRECUECIA
Satisfacer las necesidades de nuestros clientes para lograr resultados confiables y oportunos	Lograr la satisfacción del cliente con eficacia y oportunidad.	Porcentaje de satisfacción del cliente en nivel bueno.	$\% = \frac{(\# \text{ clientes satisfechos en nivel bueno})}{(\# \text{ total de encuestados})} \times 100$	$\geq 85 \%$ de satisfacción en nivel bueno.	Coordinadora Administrativa y Financiera	Semestral
		Oportunidad en la atención de servicios.	$\frac{(\sum \text{ del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio hasta el momento que se presta el servicio})}{(\text{Total de pacientes atendidos al mes})}$	≤ 5 días	Coordinador médico nuclear	Mensual
		Oportunidad en la emisión de resultados.	$\frac{(\sum \text{ del número de días transcurridos entre la prestación del servicio hasta la fecha de emisión del informe de resultado})}{(\text{No total de usuarios atendidos por mes})}$	≤ 2 días	Coordinador médico nuclear	Mensual
		Porcentaje cumplimiento de fechas programadas administración de tratamiento.	$\% = \frac{(\sum \text{ de fechas programadas para administración de tratamiento cumplidas al mes})}{(\text{Nº total de usuarios programados para administración de tratamiento al mes})} \times 100$	$\geq 80\%$	Gerente General/Médico nuclear	Mensual
		Porcentaje cumplimiento de protocolos.	$\% = \frac{(\text{Nº pacientes que cumplen protocolo tratamiento al mes})}{(\text{Nº total de pacientes tratamiento al mes})} \times 100$	100%	Gerente General/Médico nuclear	Mensual
		Oportunidad en la atención de citas para tratamiento.	$\frac{(\sum \text{ del número de días transcurridos entre la solicitud de la cita hasta el momento que se atiende la cita})}{(\text{Total de pacientes atendidos al mes})}$	≤ 3 días	Gerente General/Médico nuclear	Mensual
		Porcentaje de concordancia en diagnóstico.	$\% = \frac{(\sum \text{ de exámenes que coinciden})}{(\text{No total de exámenes analizados})} \times 100$	$\geq 95\%$	Coordinador médico nuclear	Mensual
el desarrollo permanente del equipo humano	Asegurar el desarrollo permanente del equipo humano.	Porcentaje de funcionarios competentes	$\% = \frac{(\text{Sumatoria de funcionarios calificación superior a 4})}{(\text{Nº de funcionarios totales evaluados evaluadas})} \times 100$ (Acciones implementadas)	$\geq 80\%$	Coordinadora Administrativa y Financiera	Anual
el mejoramiento continuo de nuestros procesos	Lograr mejoramiento continuo del sistema de gestión de calidad.	Nivel de cumplimiento del plan de acción	$\% = \frac{(\text{Acciones implementadas})}{(\text{Acciones planeadas})} \times 100$	$\geq 90\%$	Gerente General	Trimestral

POLITICA DE CALIDAD	OBJETIVOS RELACIONADOS CON LA POLITICA DE CALIDAD	INDICADOR	CALCULO	META	RESPONSABLE DEL ANALISIS DE DATOS	FRECUECIA
		Nivel de implementación de acciones correctiva y preventivas implementadas	$\% = \frac{(\text{No. DE A.P} + \text{No. DE A.C. CERRADAS})}{(\text{NO. TOTAL DE A.P} + \text{A.C})} \times 100$	>=80%	Coordinadora Administrativa y Financiera	Mensual
para lograr mayor eficiencia y resultados confiables	Lograr mayor eficiencia en los procesos de diagnóstico y tratamiento.	Margen bruto de utilidad	$\% = \frac{(\text{Utilidad bruta})}{(\text{Ventas año})} \times 100$	>= 27 %	Coordinadora Administrativa y Financiera	Anual

12. MAPA DE PROCESOS SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA.



13. CARACTERIZACIONES DE PROCESOS (Ver Anexo B de este documento de grado)

14. MATRIZ: PROCESO DEL SGC VS REQUISITOS NTC ISO 9001:2000

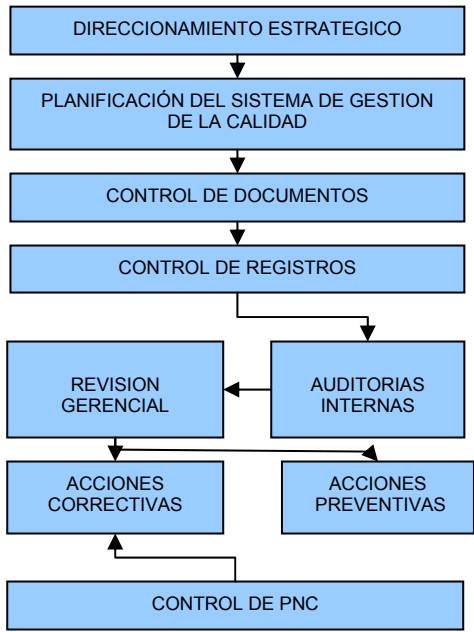
REQUISITO DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000		PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA								
NUMERAL		Gestión de la Calidad y Mejora Continua	Diagnóstico	Tratamiento	Gestión del talento humano	Gestión de Contratos y Servicio al Cliente	Gestión de Comparas y Contratación	Gestión de Ambiente de Trabajo	Gestión de Infraestructura	Facturación y Recaudo
4	4.1	X								
	4.2.1	X								
	4.2.2	X								
	4.2.3	X								
	4.2.4	X								
5	5.1	X								
	5.2	X				X				X
	5.3	X								
	5.4.1	X								
	5.4.2	X								
	5.5				X					
	5.5.1	X			X					
	5.5.2	X			X					
	5.5.3				X					
	5.6.1	X								
	5.6.2	X								
	5.6.3	X								
6	6.1				X					
	6.2				X					
	6.2.1				X					
	6.2.2				X					
	6.3								X	
	6.4				X			X		
7	7.1	X								
	7.2					X				
	7.2.1		X	X		X				X
	7.2.2		X	X		X				X
	7.2.3		X	X		X				X
	7.3									

REQUISITO DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000		PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA								
NUMERAL		Gestió n de la Calidad y Mejora Contin ua	Diagnósti co	Tratamie nto	Gestió n del talent o huma no	Gestión de Contrat os y Servicio al Cliente	Gestión de Comparas y Contrataci ón	Gestión de Ambien te de Trabajo	Gestión de Infraestruct ura	Facturaci ón y Recaudo
	7.4						X			
	7.4.1						X			
	7.4.2						X			
	7.4.3						X			
	7.5									
	7.5.1		X	X					X	
	7.5.3		X	X						
	7.5.4		X	X						
	7.5.5		X	X						
	7.6								X	
8	8.1	X								
	8.2					X				
	8.2.1					X				
	8.2.2	X								
	8.2.3	X								
	8.2.4		X	X						
	8.3	X				X				
	8.4	X								
	8.5	X				X				
	8.5.1	X								
	8.5.2	X								
	8.5.3	X								

ANEXO B. (CARACTERIZACIONES DE PROCESO Y PLANES DE CALIDAD)

 Spect Medicina Nuclear Ltda.	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE GESTION DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	CODIGO: GC-C-01
		VERSION: 0
		FECHA: 07/03/07
		PÁGINA 189 DE 338

NOMBRE DEL PROCESO: Gestión de la calidad y Mejora continúa.	LIDER DEL PROCESO: Coordinadora administrativa y financiera.	PARTICIPANTES: Gerente, Coordinadora administrativa y financiera, Auxiliar de Calidad, Comité de Calidad, Comité Técnico, Personal de la organización.
OBJETIVO: Garantizar la mejora continua del sistema de gestión de la calidad, estableciendo e implementando lineamientos, y asignando recursos necesarios para lograr la eficiencia y eficacia de la red de procesos de la organización.		

PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTE
1. Gestión de contratos y servicio al cliente. 2. Alta Dirección. 3. Comités / Personal de la organización. Líderes de procesos. 4. ISO – ICONTEC. 5. Todos los procesos	1. Información de clientes, competidores, proveedores y colaboradores. Información del entorno, necesidades y expectativas del cliente. Nivel de satisfacción del cliente. Quejas y Reclamos del cliente. 2. Lineamientos, políticas y metas. 3. Necesidades de los procesos de la organización: Creación y modificación de documentos. Solicitud de acciones correctivas y/o preventivas. Resultados de indicadores de gestión. 4. Normas ISO 9001 del Sistema de gestión de la calidad. 5. Informes de Gestión	 <pre> graph TD A[DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO] --> B[PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD] B --> C[CONTROL DE DOCUMENTOS] C --> D[CONTROL DE REGISTROS] D --> E[REVISION GERENCIAL] D --> F[AUDITORIAS INTERNAS] E --> G[ACCIONES CORRECTIVAS] F --> H[ACCIONES PREVENTIVAS] G --> I[CONTROL DE PNC] H --> I I --> G </pre>	1. Misión, visión, Objetivos estratégicos, estrategias y Planes de acción. 2. Políticas y objetivos de calidad. Planificación de procesos y planes de calidad. 3. Control de documentos. 4. control de registros. 5. Planes de mejora. 6. Informes de auditoria. 7. Informe de revisión gerencial. 8. Informes de gestión. 9. Manual de calidad.	Todos los procesos de la organización.

RECURSOS FISICOS / HUMANOS: Hardware, Recurso humano, materiales e insumos de oficina, Insumos de apoyo audiovisual, Área física, Recurso financiero.		MECANISMOS DE SEGUIMIENTO: Revisión gerencial Auditorías Internas Comité de calidad
MECANISMOS DE MEDICION: Indicadores de Gestión. - Nivel de cumplimiento de metas del plan de acción % = $\frac{\text{Metas realizadas}}{\text{Metas planeadas}}$ - Nivel de cumplimiento de objetivos de calidad % = $\frac{\text{Objetivos cumplidos}}{\text{Objetivos totales definidos}}$ - Nivel de implementación de acciones correctivas y preventivas implementadas (No. DE A.P + No. DE A.C. CERRADAS) *100 %= $\frac{\text{NO. TOTAL DE A.P + A.C}}{\text{NO. TOTAL DE N. C POR CORRECCIÓN CERRADAS}} *100$ - Eficacia del control del servicio no conforme % = $\frac{\text{No. DE N.C POR CORRECCIÓN CERRADAS}}{\text{NO. TOTAL DE N. C POR CORRECCIÓN.}} *100$		DOCUMENTOS Y REGISTROS: 1. Manual de procedimientos proceso Gestión de calidad y mejora continua. 2. Acta de Realización de Equipos de trabajo. 3. Formato de Creación o Modificación de Documentos. 4. Lista de Chequeo para Identificar causas de acciones correctivas y preventivas. 5. Formato de reporte de acciones correctivas y preventivas. 6. Formato de Control y Seguimiento de acciones correctivas y preventivas. 7. Formato de Gestión de no conformidad. 8. Formato de Plan e Informe de Auditoría. 9. Formato Lista de Verificación. 10. Formato Programa Auditoría Interna. 11. Formato de Informe de Revisión Gerencial. 12. Formato de seguimiento de acciones a tomar para revisión Gerencial.
REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS: Norma ISO 9001:2000. Decreto 1011 Abril 3 de 2006 (establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema de seguridad social en salud). Resolución 1043 Abril 3 de 2006 de habilitación de los servicios de salud. Resolución 001446 del Mayo 8 de de 2006, sistema de información para la Calidad. Circular Externa 0030 Mayo 19 de 2006 / Indicadores de calidad. Decreto 070 de 2001 (por el cual se modifica la estructura del ministerio de minas y energía). Resolución 18 1434 (se adopta reglamento de protección radiológica). Resolución 18-1304 y 18-0208 (licencia manejo material radiactivos).		REQUISITOS ISO 9001: 4.1 – 4.2.1 – 4.2.2 – 4.2.3 – 4.2.4 – 5.1 – 5.2 – 5.3 – 5.4- 5.4.1-5.4.2 – 5.5 –5.5.1- 5.5.2- 5.6 –5.6.1 - 5.6.2 - 5.6.3 - 7.1 - 8.1 – 8.2.2 – 8.2.3 – 8.3 – 8.4 – 8.5 – 8.5.1- 8.5.2 – 8.5.3.
PROCESOS DE APOYO: Gestión de contratos y servicio al cliente, Facturación y Recaudo, Gestión del talento humano, Gestión de compras y contratación, Gestión de Infraestructura.		
ELABORADO POR: Auxiliar de Calidad	REVISADO POR: Comité de calidad	APROBADO POR: Gerente General
FECHA: 29/08/06	FECHA: 29/08/06	FECHA: 07/03/07



Spect Medicina Nuclear Ltda.

CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE DIAGNÓSTICO

CODIGO: DI-C-01

VERSION: 0

FECHA: 08/05/07

PÁGINA 191 DE 338

NOMBRE DEL PROCESO: Diagnóstico

LIDER DEL PROCESO: Coord. Médico Nuclear

PARTICIPANTES: Médico Nuclear, Tecnólogos, Auxiliar asistencial, Auxiliares Administrativas, Coord administrativa y asistencial.

OBJETIVO: Realizar estudios Gammagráficos para obtener resultados confiables y oportunos.

PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTE
1. Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Entidades Departamentales y Distritales de Salud, Ministerio de Minas y Energía - INGEOMINAS. 2. Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado, Empresas de Medicina Prepagada, Prestadores de Servicios de salud./ Proceso Gestión de Contratos y Servicio al Cliente. 3. Médico Especialista y Usuario del servicio. 4. Gestión de Compras y Contratación. 5. Gestión de la Calidad y Mejora Continua.	1. Requisitos legales y reglamentarios sector salud. 2. Requisitos contractuales. 3. Autorización médica 4. Solicitud Médica 5. Insumos radio-fármacos, Insumos Médicos. 6. Planes, procedimientos, protocolos y Políticas.	ASIGNACION DE CITAS ↓ ADMISION ↓ ADMINISTRACION RADIOFARMACO ↓ ADQUISICION DE IMÁGENES ↓ ANALISIS Y DIAGNOSTICO ↓ ELABORACION Y ENTREGA DE RESULTADOS	1. Imágenes diagnósticas / informe de Resultados. 2. Usuario /Médico satisfecho 3. Documentos y Anexos soportes de Facturación. 4. Documentos y Registros de información para requisitos legales y Normativos. 5. Informes de gestión 6. Dinero	1. Médico Especialista. 2. Usuario del servicio. 3. Facturación y Recaudo. 4. Gestión de Contratos y servicio al cliente. 5. Gestión de la Calidad y Mejora Continua.

RECURSOS FISICOS / HUMANOS: Talento humano calificado, Equipo de medicina Nuclear, Equipos de medición, Infraestructura, Sistemas de Información, Insumos Radio-fármacos, Insumos Médicos, y Aditivos.		MECANISMOS DE SEGUIMIENTO: Revisión gerencial Auditorías Internas Comité Técnico.
MECANISMOS DE MEDICION: Indicadores de Gestión. Oportunidad en la atención de servicios Σ del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio hasta el momento que se presta el servicio ----- Nº Total de pacientes atendidos al mes Oportunidad en la emisión de resultados Σ del número de días transcurridos entre la prestación del servicio hasta la fecha de emisión del informe de resultado ----- Nº total de usuarios atendidos por mes Porcentaje de concordancia en diagnóstico $\frac{\Sigma \text{ de exámenes que coinciden}}{\text{Nº total de exámenes analizados}}$ Nivel de confiabilidad de resultados percibidos por médicos $\frac{\Sigma \text{ de calificaciones ítem de confiabilidad en encuestas satisfacción cliente-médico}}{\text{Nº total de encuestas satisfacción cliente-médico realizadas semestralmente}}$		DOCUMENTOS Y REGISTROS: 1. Manual de procedimientos proceso de Diagnóstico DI-M-02. 2. Manual de protocolos médicos diagnostico DI-M-01. 3. Planilla de control de citas. 4. Orden de servicio DI-F-02. 5. Planilla ocupación diaria gammacámaras DI-F-04. 6. Registro de dosis diagnósticas DI-F-03. 7. Informe de resultados. 8. Planilla análisis de concordancia estudios diagnósticos DI-F-05.
REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS: Norma ISO 9001:2000 Decreto 1011 Abril 3 de 2006 (establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema de seguridad social en salud). Resolución 1043 Abril 3 de 2006 de habilitación de los servicios de salud. Circular Externa 0030 Mayo 19 de 2006 / Indicadores de calidad. Resolución 18 1434 (se adopta reglamento de protección radiológica). Resolución 18-1304 y 18-0208 (licencia manejo material radiactivos).		REQUISITOS ISO 9001: 7.2.1 – 7.2.2 – 7.2.3 – 7.5.1– 7.5.3 – 7.5.4 – 7.5.5
PROCESOS DE APOYO: Gestión de compras y contratación, Gestión de compras, Gestión de contratos y servicio al cliente, Gestión financiera, Gestión de infraestructura, Gestión de ambiente de trabajo, Gestión del talento humano, Facturación y recaudo.		
ELABORADO POR: Auxiliar de calidad	REVISADO POR: Comité de calidad	APROBADO POR: Gerente General
FECHA: 23/08/06	FECHA: 23/08/06	FECHA: 08/05/07



Spect Medicina Nuclear Ltda.

CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE TRATAMIENTO

CODIGO: TO-C-01

VERSION: 1

FECHA: 06/06/07

PÁGINA 193 DE 338

NOMBRE DEL PROCESO: Tratamiento

LIDER DEL PROCESO: Médico Nuclear

PARTICIPANTES: Médico Nuclear, Tecnólogos, Técnico y Auxiliares administrativos

OBJETIVO: Administrar tratamientos con isótopos radioactivos garantizando el cumplimiento de los protocolos médicos establecidos y oportunidad en la atención del servicio.

PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTE
1. Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Entidades Departamentales y Distritales de Salud, Ministerio de Minas y Energía - INGEOMINAS. 2. Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado, Empresas de Medicina Prepagada, Prestadores de Servicios de salud/ Proceso Gestión de Contratos y Servicio al Cliente. 3. Médico Especialista y Usuario del servicio. 4. Gestión de Compras y Contratación. 5. Gestión de la Calidad y	1. Requisitos legales y reglamentarios sector salud. 2. Requisitos contractuales. 3. Autorización médica 4. Solicitud Médica 5. Insumos radio-fármacos, Insumos Médicos. 6. Planes, procedimientos,	<pre> graph TD A[ASIGNACION DE CITAS] --> B[VALORACION EVALUACION Y PROGRAMACION TRATAMIENTO] B --> C[ADMISION] C --> D[ADMINISTRACION TRATAMIENTO] </pre>	1. Imágenes diagnósticas / informe de Resultados. 2. Usuario /Médico satisfecho 3. Documentos y Anexos soportes de Facturación. 3. Documentos y Registros de información para requisitos legales y Normativos. 4. Informes de gestión 5. Dinero	1. Médico Especialista. 2. Usuario del servicio. 3. Facturación y Recaudo. 4. Gestión de Contratos y servicio al cliente. 5. Gestión de la Calidad y Mejora Continua.

Mejora Continua.	protocolos y Políticas.			
RECURSOS FISICOS / HUMANOS: Talento humano calificado, Equipo de medicina Nuclear, Equipos de medición, Infraestructura, Sistemas de Información, Insumos Radio-fármacos, Insumos Médicos, y Aditivos.		MECANISMOS DE SEGUIMIENTO: Revisión gerencial Auditorías Internas Comité Técnico.		
MECANISMOS DE MEDICION: Indicadores de Gestión. Porcentaje cumplimiento de fechas programadas administración de tratamiento. $\frac{\sum \text{de fechas programadas para administración de tratamiento cumplidas al mes}}{\text{Nº total de usuarios programados para administración de tratamiento al mes}}$ Porcentaje cumplimiento de protocolos. $\% = \frac{(\text{Nº pacientes que cumplen protocolo tratamiento al mes})}{(\text{Nº total de pacientes tratamiento al mes})} \times 100$ Oportunidad en la asignación de citas para tratamiento. $\frac{\sum \text{del número de días transcurridos entre la solicitud de la cita hasta el momento que se atiende la cita}}{\text{Total de pacientes atendidos al mes}}$		DOCUMENTOS Y REGISTROS: 1. Manual de procedimientos proceso de tratamiento TO-M-01. 2. Manual de protocolos médicos tratamiento TO-M-02. 3. Registros Planilla de control de citas DI-F-01. Orden de servicio DI-F-02. Informe de resultados.		
REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS: Decreto 1011 Abril 3 de 2006 (establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema de seguridad social en salud). Resolución 1043 Abril 3 de 2006 de habilitación de los servicios de salud. Circular Externa 0030 Mayo 19 de 2006 / Indicadores de calidad. Resolución 18 1434 (se adopta reglamento de protección radiológica). Resolución 18-1304 y 18-0208 (licencia manejo material radiactivos).		REQUISITOS ISO 9001: 7.2.1 – 7.2.2 – 7.2.3 – 7.5.1– 7.5.3 – 7.5.4 – 7.5.5		
PROCESOS DE APOYO: Gestión de compras y contratación, gestión de contratos y servicio al cliente, gestión de infraestructura, gestión ambiente de trabajo, gestión del talento humano, Facturación y recaudo.				
ELABORADO POR: Auxiliar de calidad		REVISADO POR: Comité de calidad		APROBADO POR: Gerente General
FECHA: 08/06/07		FECHA: 29/09/07		FECHA: 06/06/07

 Spect Medicina Nuclear Ltda.	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DEL TALENTO HUMANO	CODIGO: GT-C-01
		VERSION: 0
		FECHA: 10/04/07
		PÁGINA 195 DE 338

NOMBRE DEL PROCESO: Gestión del Talento Humano.	LIDER DEL PROCESO: Coordinadora Administrativa y financiera.	PARTICIPANTES: Gerente, Coordinadora Administrativa y financiera, Tecnólogos, Auxiliar contable y Auxiliar de Apoyo logístico.
OBJETIVO: Lograr y mantener una estructura organizacional que provea a los procesos de personal competente y comprometido, para garantizar eficiencia y eficacia en sus resultados.		

PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTE
1. Alta dirección/Gerencia. 2. Personal 3. Comité de calidad/Líderes de procesos.	1. Solicitud de personal/Creación de un nuevo cargo 2. Políticas de contratación y de personal. 3. Hojas de vida 4. Solicitud de cambio o creación de descripción de cargo. 5. Necesidades de formación. 6. Estándares de competencia. 7. Necesidades de comunicaciones	DEFINIR ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y DESCRIPCION DE CARGOS ↓ SELECCIÓN DE PERSONAL ↓ CONTRATACION ↓ INDUCCION Y ENTRENAMIENTO ↓ FORMACION Y CAPACITACIÓN ↓ EVALUACION DE DESEMPEÑO ↓ COMUNICACINES INTERNAS ↓ PROGRAMA SALUD OCUPACIONAL ↓ EGRESO DEL PERSONAL	1. Manual de descripción de cargos. 2. Personal competente. 3. Plan de capacitación 4. Calificación de personal. 5. Informes de Gestión. 6. Comunicación Suministrada. 7. Plan de salud ocupacional implementado	1. Todos los procesos/funcionarios. 2. Gestión de Calidad y Mejora Continua.

RECURSOS FISICOS / HUMANOS: Recursos financieros, Recursos humanos, Insumos de papelería y oficina, hardware, Recursos físicos y apoyo audiovisual.		MECANISMOS DE SEGUIMIENTO: 1. Revisión gerencial 2. Auditorías Internas 3. Comité de calidad
MECANISMOS DE MEDICION: Indicadores de Gestión. Calificación promedio de desempeño del personal % = $\frac{\text{Sumatoria de calificaciones}}{\text{\# Personas evaluadas}}$ % De eficiencia del personal % = $\frac{(\text{Calificación promedio de todo el personal}) \times 100}{(\text{Calificación esperada})}$ % De eficacia del personal % = $\frac{(\text{Calificación obtenida en el ítems cumplimiento de objetivos}) \times 100}{(\text{Calificación esperada})}$ # De horas impartidas de capacitación por funcionario # HORAS = $\frac{(\text{Número total de horas de capacitación impartidas en el año})}{\text{\# De Funcionarios}}$ % De cumplimiento de programa de capacitación % = $\frac{(\text{Horas de capacitación desarrolladas}) \times 100}{(\text{Horas de capacitación programadas})}$ % De ausentismo (# de horas ausentismo personal al mes) % = $\frac{\text{-----}}{(\text{\# horas totales de personal al mes})} \times 100$		DOCUMENTOS Y REGISTROS: 1. Manual de procedimientos proceso Gestión del Talento Humano GT-M-01. 2. Manual de descripción de cargos GT-M-02. 3. Registros: • Contratos de trabajo • Hojas de vida aspirantes • Formato de evaluación del programa de inducción y entrenamiento GT-F-03 • Encuestas de necesidad de educación a cliente interno GT-F-08 • Encuestas de necesidad de educación a los líderes de proceso GT-F-09 • Evaluación evento de formación GT-F-04 • Control de asistencia de eventos formativos GT-F-01 • Memorando interno GT-F-02 • Instrumentos de evaluación del desempeño GT-F-06 • Planilla de control de ausentismo GT-F-07
REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS: Norma ISO 9001:2000 Código sustantivo del trabajo: Régimen laboral colombiano Decreto 614 de 1984 Establecimiento del comité paritario de salud ocupacional Resolución 2013 Organización de comité paritario de salud ocupacional		REQUISITOS ISO 9001: 5.5 - 5.5.1 - 5.5.2 – 5.5.3 – 6.1 – 6.2 – 6.2.1 - 6.2.2 - 6.4
PROCESOS DE APOYO: Gestión financiera, Gestión de ambiente de trabajo.		
ELABORADO POR: Auxiliar de Calidad	REVISADO POR: Comité de calidad	APROBADO POR: Gerente General
FECHA: 08/03/07	FECHA: 08/03/07	FECHA: 10/04/07

 Spect Medicina Nuclear Ltda.	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE GESTION DE CONTRATOS Y SERVICIO AL CLIENTE	CODIGO: GS-C-01
		VERSION: 0
		FECHA: 15/05/07
		PÁGINA 197 DE 338

NOMBRE DEL PROCESO: Gestión de Contratos y Servicio al Cliente.	LIDER DEL PROCESO: Coordinadora Administrativa y financiera.	PARTICIPANTES: Gerente General, Coordinadora administrativa y financiera y demás personal de la empresa.
OBJETIVO: Mantener e incrementar la satisfacción del cliente, realizando atención efectiva a sus requerimientos de tal forma que genere un aumento en las ventas.		

PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTE
1. EPS, ARS, IPS, Empresas de medicina prepagada/Usuarios 2. Gerente general. 3. Entidades públicas y privadas (Cámara de Comercio, DIAN, Notaria, etc.) 4. Gestión de Compras y Contratación. 5. Proceso de facturación y recaudos	1. Necesidades y expectativas, inconvenientes en la prestación del servicio, encuestas de medición del nivel de satisfacción, quejas, reclamos y sugerencias. 2. Políticas y pautas de negociación 3. Documentos Anexos al contrato. 4. Portafolio de servicios/ Material Publicitario 6. Informes de facturación, informes de cartera, informes de tarifas, inconvenientes en los procesos respecto al convenio, casos de cartera de difícil cobro.	GESTIÓN DE CONTRATOS Y CONVENIOS ↓ VISITAS DE SEGUIMIENTO ↓ QUEJAS Y RECLAMOS ↓ EVALUACION DE SATISFACCION DEL CLIENTE	1. Convenio o Contrato; requisitos convenio y contrato. 2. Visita realizada y acta de visita. 3. Solución a quejas y reclamos. 4. Datos e información de la evaluación de satisfacción del cliente. 5. Informes de Gestión.	1. Procesos de Diagnóstico y Tratamiento. 2. Proceso de Facturación y recaudo. 3. Usuario. 4. Gestión de la Calidad y Mejora Continua.

RECURSOS FISICOS / HUMANOS: Equipo de computo y Software, Recurso Humano, Insumos de oficina y papelería, Recurso financiero, y Material publicitario.		MECANISMOS DE SEGUIMIENTO: 1. Revisión gerencial 2. Auditorías Internas 3. Comité de calidad
MECANISMOS DE MEDICION: Indicadores de Gestión: - Porcentaje de Aumento de ventas: (Ventas actuales – ventas año anterior) $\% = \frac{\text{Ventas actuales} - \text{ventas año anterior}}{\text{Ventas actuales}} \times 100$ - Porcentaje de satisfacción del cliente en nivel bueno: (# clientes satisfechos en nivel bueno) $\% = \frac{\text{# clientes satisfechos en nivel bueno}}{\text{# total de encuestados}} \times 100$ - Porcentaje de eficacia en respuesta de quejas y reclamos: (# Quejas contestadas) $\% = \frac{\text{# Quejas contestadas}}{\text{# Total de quejas}} \times 100$ - Porcentaje de quejas y reclamos: (#Quejas y Reclamos) $\% = \frac{\text{#Quejas y Reclamos}}{\text{# Total de usuarios por mes}} \times 100$ - Numero de visitas de seguimiento: N° Visitas Realizadas		DOCUMENTOS Y REGISTROS: 1. Manual de Procedimientos Gestión de Contratos y Servicio al Cliente 2. Formato de Quejas Reclamos y Sugerencias GS-F-01. 3. Encuesta de satisfacción de pacientes o usuarios GS-F-02. 4. Encuesta de satisfacción al cliente-EPS GS-F-03. 5. Encuesta de satisfacción al cliente-Médico GS-F-04.
REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS: Norma ISO 9001:2000 Requisitos establecidos en contratos y convenios. Disposiciones de la Supersalud en materia de satisfacción cliente.		REQUISITOS ISO 9001: 5.2 – 7.2 -7.2.1 – 7.2.2 – 7.2.3 –8.2 - 8.2.1 – 8.3 – 8.4
PROCESOS DE APOYO: Gestión de la calidad y mejora continua, Gestión de compras y contratación, Facturación y recaudo, Diagnóstico y Tratamiento.		
ELABORADO POR: Auxiliar de Calidad	REVISADO POR: Comité de calidad	APROBADO POR: Gerente General
FECHA: 14/08/06	FECHA: 23/08/06	FECHA: 15/05/07

 Spect Medicina Nuclear Ltda.	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE GESTION DE COMPRAS	CODIGO: CC-C-01
		VERSION: 0
		FECHA: 12/06/07
		PÁGINA 199 DE 338

NOMBRE DEL PROCESO: Gestión de compras y contratación.	LIDER DEL PROCESO: Coordinadora Administrativa y financiera.	PARTICIPANTES: Gerente, Coordinadora Administrativa y financiera, Tecnólogos, Auxiliar contable y Auxiliar de Apoyo logístico.
OBJETIVO: Proveer con oportunidad, calidad y precios razonables los productos y servicios requeridos por cada uno de los procesos del sistema de gestión de calidad para garantizar su óptimo funcionamiento.		

PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTE
1. Proveedor Externo 2. Todos los procesos. 3. Gerencia General 4. Proceso Gestión Financiera	1. Portafolio de productos y servicios 2. Documentos legales de proveedores (para estudio de empresas). 3. Requisición de productos o servicios. 4. Políticas de compras 5. Recursos financiero.	COMPRA DE PRODUCTOS O SERVICIOS ↓ RECIBO Y VERIFICACIÓN PRODUCTO/SERVICIO COMPRADO ↓ MANEJO DE INVENTARIOS ↓ EVALUACIÓN DE PROVEEDORES	1. Producto comprado y servicio recibido. 2. Proveedores evaluados. 3. Informes de manejo de inventarios. 4. Informes de Gestión. 5. Factura de proveedores.	1. Todos los procesos. 2. Proceso de Gestión de la calidad y mejora continua. 3. Proceso gestión financiera.

RECURSOS FISICOS / HUMANOS: Recursos financieros, Recursos humanos, Insumos de papelería y oficina, hardware.		MECANISMOS DE SEGUIMIENTO: Revisión gerencial Auditorías Internas Comité de calidad
MECANISMOS DE MEDICION: Indicadores de Gestión: - Tiempo de oportunidad: $\frac{\text{Sumatoria de tiempo de atención de cada requisición}}{\text{\# de requisiciones atendidas}}$ - Porcentaje de devolución de órdenes de compra que no cumplieron especificaciones: $\% = \frac{\text{\# de ordenes de compra devueltas por no cumplimiento de especificaciones}}{\text{\#total de ordenes de compra realizadas}}$ - Porcentaje de proveedores evaluados con calificación mayor de 4 $\% = \frac{\text{\# de proveedores evaluados con puntaje mayor a 4}}{\text{\# total de proveedores evaluados}}$		DOCUMENTOS Y REGISTROS: 1. Manual de procedimientos Gestión de compras y contratación GC-M-01. 2. Inscripción y Selección de proveedores CC-F-01. 3. Matriz de evaluación y selección de proveedores CC-F-02. 4. Listado de proveedores aprobados CC-F-03. 5. Orden de Compra/Servicio CC-F-04. 6. Requisición de suministros/servicios CC-F-05. 7. Tipología de compras y contratación de servicio CC-F-06. 8. Formato de verificación en la recepción de productos comprados CC-F-07. 9. Control de ambiente para almacenamiento de insumos y elementos comprados CC-F-08. 10. Kardex
REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS: Norma ISO 9001:2000 Resolución 1043 Abril 3 de 2006 de habilitación de los servicios de salud Resolución 18 1434 (se adopta reglamento de protección radiológica) Resolución 18-1304 y 18-0208 (licencia manejo material radiactivos)		REQUISITOS ISO 9001:2000: 7.4 - 7.4.1 – 7.4.2 – 7.4.3
PROCESOS DE APOYO: Gestión financiera, Gestión de infraestructura, Gestión del talento humano.		
ELABORADO POR: Auxiliar de Calidad	REVISADO POR: Comité de calidad	APROBADO POR: Gerente General
FECHA: 08/06/07	FECHA: 29/08/06	FECHA: 12/06/07



Spect Medicina Nuclear Ltda.

CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE FACTURACIÓN Y RECAUDO

CODIGO: FR-C-01

VERSION: 0

FECHA: 17/07/07

PÁGINA 201 DE 338

NOMBRE DEL PROCESO: Facturación y Recaudo.

LIDER DEL PROCESO: Coordinadora Administrativa y financiera.

PARTICIPANTES: Coordinadora Administrativa y financiera, Auxiliar contable, Auxiliares administrativas.

OBJETIVO: Generar la facturación libre de errores para realizar su entrega oportuna al cliente, que permita posteriormente la gestión eficaz y eficiente de su recaudo.

PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTE
1. Proceso de gestión de Contratos y Servicio al cliente. 2. Procesos Asistenciales 3. Gestión Financiera.	1. Novedades de convenio o contratos/Requisitos del cliente. 2. Recibo de ingresos, documentos de facturas, cierre diario de ventas. 3. Directrices de facturación y tributarias.	FACTURACION ↓ GESTION DE COBRO ↓ INFORMES DE CARTERA	1. RIPS, Factura a usuarios Particulares. 2. Planillas diarias de Facturación. 3. Orden de Suministro. 4. Dinero o consignación. 5. Informes de Gestión de cobro (cartera). 6. Informes Supersalud. 7. Informes de gestión.	1. EPS, ARS, Empresas de medicina prepagada y Usuarios particulares. 2. Gestión Financiera. 3. Procesos de Diagnóstico y Tratamiento. 4. Gestión financiera. 5. Gestión Financiera, Gerencia y Junta de Socios. 6. Supersalud. 7. Gestión de la Calidad y Mejora Continua.

RECURSOS FISICOS / HUMANOS: Software de Facturación, Recursos financieros, Recursos humanos, Insumos de papelería y oficina, y hardware.		MECANISMOS DE SEGUIMIENTO: Revisión gerencial Auditorías Internas Comité de calidad Revisoría Fiscal.
MECANISMOS DE MEDICION: Indicadores de Gestión. Número de errores en procedimiento de facturación Nº de errores en facturación al mes Número de Glosas en proceso de facturación Nº de glosas en facturación al mes Rotación de Cartera Nº = $\frac{\text{Ventas crédito en el periodo}}{\text{Cuentas por cobrar promedio}}$		DOCUMENTOS Y REGISTROS: Manual de procedimientos proceso de Facturación y Recaudo. Formatos y/o Registros: Autorizaciones de pacientes Orden de autorización médica Orden de suministro de insumos Factura Particular Planilla de movimientos diarios de servicios prestados
REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS: Norma ISO 9001:2000 Resolución 3374 diciembre de 2000 por la cual se reglamenta los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud (RIPS). Decreto 1165 de 1996 (Requisitos Factura). Circular 0223 de 1999 (Autorización de numeración para facturación). Requisitos establecidos en contratos y convenios. Disposiciones de la Supersalud en materia de satisfacción cliente.		REQUISITOS ISO 9001: 5.2 - 7.2.1 – 7.2.2 – 7.2.3.
PROCESOS DE APOYO: Diagnóstico, Tratamiento, Gestión de contratos y servicio al cliente, Gestión financiera.		
ELABORADO POR: Auxiliar de Calidad	REVISADO POR: Comité de calidad	APROBADO POR: Gerente General
FECHA: 15/07/07	FECHA: 29/08/06	FECHA: 17/07/07

 Spect Medicina Nuclear Ltda.	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE INFRAESTRUCTURA	CODIGO: GI-C-01
		VERSION: 1
		FECHA: 24/10/07
		PÁGINA 203 DE 338

NOMBRE DEL PROCESO: Gestión de Infraestructura	LIDER DEL PROCESO: Coordinadora administrativa y financiera.	PARTICIPANTES: Todo el personal de la Organización.
OBJETIVOS: Mantener equipos en óptimas condiciones de funcionamiento, para evitar fallas que afecten la prestación del servicio.		

PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTE
1. Casa Matriz del equipo. 2. Procesos Diagnóstico y Tratamiento. 3. Todos los procesos. 4. Proceso de Compra y Contratación.	1. Hoja de vida de los equipos. 2. Solicitud del servicio de mantenimiento. 3. Orden de servicio de Mantenimiento. 4. Materiales para la reparación.	MANTENIMIENTO PREVENTIVO ↓ MANTENIMIENTO CORRECTIVO	1. Equipos calibrados y con mantenimiento. 2. Certificación de calibración. 3. Factura de cobro. 4. Reporte de Mantenimiento. 5. Área física adecuada. 6. Informes de gestión.	1. Procesos de Diagnóstico y Tratamiento. 2. Procesos de Diagnóstico y Tratamiento. 3. Proceso de Facturación. 4. Procesos de diagnóstico y Tratamiento. 5. Todos los procesos. 6. Proceso de Gestión de la Calidad y Mejora Continua.

RECURSOS FISICOS / HUMANOS: Recursos financieros, Recursos humanos, Insumos de papelería y oficina, Hardware, Recursos físicos (ferretería, decoración etc.), Elementos de Medición y calibración, Dotación médica.		MECANISMOS DE SEGUIMIENTO: Revisión gerencial Auditorías Internas Comité de Calidad.
MECANISMOS DE MEDICION: Indicadores de Gestión. Cumplimiento de cronograma de mantenimiento preventivo. $\% = \frac{\text{Total de mantenimientos realizados en el tiempo pactado}}{\text{Total de mantenimientos programados}} \times 100$ Número de mantenimiento correctivo realizado al equipo médico Número de mantenimiento correctivo por equipo médico. Tiempo de parada de la estación de trabajo (Gammacámara) por mal funcionamiento del equipo. Número de horas de parada de la estación de trabajo (gammacámara) por mal funcionamiento.		DOCUMENTOS Y REGISTROS: 1. Manual de procedimientos proceso de gestión de Infraestructura GI-M-01. 2. Formatos y registros: Cronograma de mantenimiento preventivo GI-F-01. Listado de equipos médicos y de cómputo GI-F-02. Listado de equipos de medición GI-F-05. Formato Hojas de vida equipos médicos y de cómputo GI-F-03. Formato Hojas de vida equipos de medición GI-F-04. Solicitud de mantenimiento correctivo GI-F-06. Control de temperatura y humedad del ambiente GI-F-07.
REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS: Norma ISO 9001:2000 Resolución 1043 Abril 3 de 2006 de habilitación de los servicios de salud Resolución 18 1434 (se adopta reglamento de protección radiológica) Resolución 18-1304 y 18-0208 (licencia manejo material radiactivos)		REQUISITOS ISO 9001: 6.3 – 7.5.1-7.6
PROCESOS DE APOYO: Diagnóstico, Tratamiento, Gestión de compras y contratación, Gestión de contratos y servicio al cliente, Gestión financiera, Gestión de ambiente de trabajo.		
ELABORADO POR: Auxiliar de Calidad	REVISADO POR: Coordinadora administrativa y financiera	APROBADO POR: Gerente General
FECHA: 24/10/07	FECHA: 24/10/07	FECHA: 24/10/07

ANEXO B-2. PLANES DE CALIDAD

 Spect Medicina Nuclear Ltda.	PLAN DE CONTROL DEL PROCESO PRESTACION DEL SERVICIO DE DIAGNOSTICO	CODIGO: GC-A-01
		VERSION: 0
		FECHA: 08/05/07
		PÁGINA 205 DE 338

ETAPA DEL PROCESO	PRODUCTO	CARACTERISTIC A DE CALIDAD POR CONTROLAR	META	PARAMETROS A CONTROLAR	RECURSO PARA CONTROLAR PARAMETRO	DOCUMENTO / REGISTRO	RESPONSABLE
ASIGNACION DE CITAS	Fecha de realización del servicio.	Oportunidad en la atención del servicio.	Cinco días hábiles.	Medición del tiempo de espera desde la solicitud de la cita (servicio) hasta la prestación del servicio.	Indicador de Oportunidad en la atención de servicios.	Planilla de citas en el sistema de información.	Coordinador Médico Nuclear
		Indicaciones de preparación del paciente/usuario.	Suministrar acertadamente a todos los pacientes las instrucciones para la preparación.	Método para suministrar las instrucciones al paciente de la preparación requerida según el examen a realizar.	Procedimiento asignación de citas procesos asistenciales. Instructivos de preparación a pacientes.	Procedimiento asignación de citas procesos asistenciales DI-P-01. Instructivos a pacientes. Planilla de citas.	Auxiliar Administrativo.
ADMISION	Orden de servicio legalizada.	Preparación adecuada del paciente.	100% de pacientes con preparación adecuada.	Realizar verificación para determinar si el usuario esta debidamente preparado para la realización del procedimiento.	Procedimiento admisiones procesos asistenciales. Instructivo de preparación a pacientes. Instructivo de control de servicio no conforme.	Procedimiento admisiones procesos asistenciales DI-P-02. Instructivo de preparación a pacientes. Instructivo de control de servicio no conforme GC-I-02. Orden de	Auxiliar Administrativo

ETAPA DEL PROCESO	PRODUCTO	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD POR CONTROLAR	META	PARAMETROS A CONTROLAR	RECURSO PARA CONTROLAR PARAMETRO	DOCUMENTO / REGISTRO	RESPONSABLE
						servicio DI-F-02.	
		Documentos de ingreso completos	Disminuir errores de facturación por falta de documentos soporte.	Realizar verificación para determinar si el usuario presenta los documentos requeridos por cada entidad prestadora de servicios de salud.	Procedimiento admisiones procesos asistenciales. Instructivo de control de servicio no conforme.	Procedimiento admisiones procesos asistenciales DI-P-02. Instructivo de control de servicio no conforme GC-I-02. Orden de servicio DI-F-02.	Auxiliar Administrativo
ADMINISTRACIÓN DE RADIOFARMACIO	Paciente/usuario con dosis administrada	Cantidad de dosis a administrar según protocolo médico.	Administración de dosis según protocolo médico.	Medición de dosis	Calibrador de dosis calibrado. Protocolos médicos procesos asistenciales.	Hoja de vida Calibrador de dosis GI-F-04. Registro de calibración. Manual de protocolos médicos DI-M-01. Registro de dosis diagnósticas DI-F-03.	Tecnólogo
ADQUISICIÓN DE IMÁGENES	Imagen/placa	Imagen interpretable	Todas las imágenes 100%.	Equipo gammacámara e impresora de placas.	Flood de uniformidad. Mantenimiento de equipo y de la impresora de placas	Placa de Flood de uniformidad. Instructivo de Flood de uniformidad GI-I-01. Hoja de vida del equipo GI-F-03.	Tecnólogo Coordinador Administrativo y Financiero.

ETAPA DEL PROCESO	PRODUCTO	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD POR CONTROLAR	META	PARAMETROS A CONTROLAR	RECURSO PARA CONTROLAR PARAMETRO	DOCUMENTO / REGISTRO	RESPONSABLE
				Método de adquisición de imágenes.	Protocolos Médicos	Manual de protocolos médicos DI-M-01.	Tecnólogo
ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO	Informe de resultado.	Diagnóstico probable/ compatible	95% de concordancia diagnóstica.	Competencia Médico nuclear y medición.	Perfil de médico nuclear. Indicador de porcentaje de concordancia en diagnóstico.	Hoja de vida médico nuclear GT-F-02. Planilla de análisis de concordancia DI-F-05.	Coordinadora Administrativa y Financiera. Médico Nuclear.
		Oportunidad en la emisión de resultados.	2 días	Medición del tiempo	Indicador de oportunidad en la emisión de resultados.	Planilla de citas en el sistema de información.	Auxiliar administrativo
ELABORACIÓN Y ENTREGA DE RESULTADOS	Informe de resultado entregado al usuario/paciente	Informes de resultado sin errores	Cero errores	Método de elaboración y entrega de resultado.	Procedimiento de elaboración de informe y entrega de resultado. Instructivo de control de servicio no conforme.	Procedimiento de elaboración de informe y entrega de resultado DI-P-04. Informe de resultado.	Auxiliar Administrativo. Médico Nuclear.

 Spect Medicina Nuclear Ltda.	PLAN DE CONTROL DEL PROCESO		CODIGO: GC-A-01
	PRESTACION DEL SERVICIO DE TRATAMIENTO		VERSION: 0
			FECHA: 25/07/07
			PÁGINA 208 DE 338

ETAPA DEL PROCESO	PRODUCTO	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD POR CONTROLAR	META	PARAMETROS A CONTROLAR	RECURSO PARA CONTROLAR PARAMETRO	DOCUMENTO / REGISTRO	RESPONSABLE
ASIGNACION DE CITAS	Fecha de asignación de citas.	Oportunidad en la asignación de citas.	3 días	Medición del tiempo de espera desde la solicitud de la cita hasta la atención de la cita programada.	Indicador de Oportunidad en la asignación de citas.	Agenda para programación de tratamiento.	Auxiliar Administrativo
VALORACION EVALUACION Y PROGRAMACION DE TRATAMIENTO	Fecha de programación de administración de tratamiento.	Cumplimiento de fecha programada.	80 % de fechas cumplidas de programación administración de tratamiento.	Medición de tiempo de fechas cumplidas para administración tratamiento.	Procedimiento de valoración y programación del tratamiento. Indicador de cumplimiento de fecha programada.	Procedimiento de valoración y programación del tratamiento. Formato de datos clínicos	Médico Nuclear
	Indicaciones de preparación de tratamiento.	Instructivo de preparación a pacientes en tratamiento.	Todos los pacientes preparados.	Método de preparación.	Procedimiento de valoración y programación del tratamiento.	Instructivo de preparación a pacientes en tratamiento. Consentimiento informado.	
	Paciente valorado.	Valoración de datos clínicos y clasificación.	Todos los pacientes valorados.	Método de valoración.	Procedimiento de valoración y programación del tratamiento.	Formato datos clínicos.	
ADMISION	Orden de servicio legalizada.	Documentos de ingreso completos	Todos los documentos completos 100%.	Método de admisión.	Procedimiento admisiones procesos asistenciales. Orden de servicio	Procedimiento admisiones procesos asistenciales DI-P-02. Orden de servicio DI-F-	Auxiliar Administrativo

ETAPA DEL PROCESO	PRODUCTO	CARACTERÍSTICA DE CALIDAD POR CONTROLAR	META	PARAMETROS A CONTROLAR	RECURSO PARA CONTROLAR PARAMETRO	DOCUMENTO / REGISTRO	RESPONSABLE
						02.	
ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO	Paciente/usuario con dosis administrada	Dosis Administrada según programación y evaluación.	Cumplimiento de 100% de la programación de la dosis.	Método de administración del tratamiento.	Procedimiento para administración del tratamiento.	Procedimiento para administración del tratamiento. Formato adquisición datos clínicos.	Médico Nuclear

ANEXO C. PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS OBLIGATORIOS

 <i>Spect Medicina Nuclear Ltda.</i>	PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS	FECHA:	18/09/07
		CÓDIGO:	GC-P-01
		VERSIÓN:	1
		PÁGINA 210 DE 338	

1. OBJETIVO

Establecer el método para el diseño, elaboración, actualización y control de los documentos del sistema de gestión de calidad.

ALCANCE

Este procedimiento lo aplican la Coordinadora administrativa y financiera, el Auxiliar de calidad y cualquier funcionario de la organización cada vez que se requiera el diseño, la modificación y la actualización de todos los documentos que se generen y conforman los procesos del sistema de gestión de calidad.

3. DOCUMENTOS APLICABLES

GC-F-01	Formato Solicitud de creación o modificación de documentos
GC-I-01	Instructivo para la elaboración de documentos
GC-F-02	Listado maestro de documentos internos
GC-F-03	Listado maestro de documentos externos

4. DEFINICIONES

Documento: Información que describe lineamientos, directrices, pasos a seguir o datos para ejecutar una actividad y puede estar en cualquier tipo de medios. Ejemplo: procedimiento, instructivo, política, lista de chequeo, etc.

Procedimiento: Forma específica para llevar a cabo una actividad.

Instructivo: Documento que contempla en detalle aspectos técnicos del trabajo.

Documentos Externos: Son los documentos que son generados por entidades externas a la organización y que se utilizan como información en la aplicación de procedimientos e instructivos en la organización.

Revisión: Actividad realizada para asegurar la conveniencia, la suficiencia, la eficacia, y eficiencia del tema sujeto a revisión para alcanzar los objetivos establecidos.

Aprobación: Consiste en aprobar y liberar un documento para aplicarlo en la operación normal del proceso al que pertenece.

Documento obsoleto: Documento que ha sido sustituido por una versión actualizada del mismo.

Documento controlado o copia controlada: Son todos los documentos generados que forman parte del SGC, sujetos de actualización cuando el original sufra cambios. Se identifica con el sello de copia controlada.

Documento no controlado: son aquellos que no son controlados en su distribución y por lo tanto no requieren de una actualización cuando el original sufra cambios.

5. DESARROLLO

N°	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTO / REGISTRO
1.	Usuario del documento	Identifica la necesidad de crear, o modificar documento, diligenciando y entregando el formato de solicitud de creación o modificación de documento al Líder del proceso.	Ver Formato solicitud de creación o modificación de documentos GC-F-01.
2.	Líder del proceso	Revisa la solicitud e identifica si se requiere la creación o la modificación del documento. Si se requiere firma la solicitud y la envía a la Coordinadora administrativa y financiera. Si se rechaza la solicitud informa al usuario solicitante dando una justificación.	GC-F-01
3.	Coordinadora Administrativa y financiera	Verifica la necesidad del documento. Si autoriza la creación o modificación del documento firma el formato de solicitud y lo entrega al Auxiliar de calidad para que inicie la elaboración y actualización del documento. Si no autoriza, informa al líder del proceso dando una justificación.	GC-F-01
4.	Coordinadora Administrativa y financiera /Auxiliar de Calidad	Recolecta información y elabora borrador según Instructivo para la elaboración de documentos.	Instructivo para la elaboración de documentos GC-I-01.
5.	Líder del proceso y Usuario del documento	Revisa documento, si está correcto pase a la actividad 6. Si no está correcto anote comentarios y vuelva a la actividad 4.	
6.	Coordinadora Administrativa/Auxiliar de Calidad	Codifica y actualiza la versión según instructivo de elaboración de documentos.	GC-I-01

7.	Coordinadora Administrativa/Auxiliar de Calidad	Solicita aprobación del documento a la gerencia. Si la gerencia aprueba pase a la actividad 8. Si no aprueba anote comentarios y pase a la actividad 4.	
8.	Coordinadora Administrativa /Auxiliar de Calidad	Edita y actualiza el documento colocando el nombre del cargo de quien elaboró, revisó y aprobó el documento.	
9.	Coordinadora Administrativa/Auxiliar de Calidad	Si existen versiones anteriores, se conserva la copia de la última versión en medio magnético, identificando el documento como obsoleto. Las copias controladas que se retiran de su lugar de uso debido a su obsolescencia son destruidas.	
10.	Coordinadora Administrativa/Auxiliar de Calidad	Actualiza el listado maestro de documentos internos. Si el documento tiene como anexos documentos externos, los incluye en el listado maestro de documentos externos.	Listado maestro de documentos internos GC-F-02. Listado de documentos externos GC-F-03.
11.	Coordinadora Administrativa/Auxiliar de Calidad	Distribuye las copias a los procesos interesados, y entrena y capacita sobre el uso de los documentos. Las copias que considere necesaria las identifica como copia controlada, colocándoles sello de copia controlada.	
12.	Coordinadora Administrativa/Auxiliar de Calidad	Durante la utilización de los documentos en cada proceso realiza revisiones periódicas para verificar la legibilidad y la versión actualizada del documento. Si identifica cambios pase a la actividad 1.	

ELABORADO POR: Auxiliar de Calidad	REVISADO POR: Coord. Administrativa y Financiera	APROBADO POR: Gerente General
FECHA: 18/09/07	FECHA: 18/09/07	FECHA: 18/09/07

 Spect Medicina Nuclear Ltda.	INSTRUCTIVO PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	FECHA:	07/03/07
		CÓDIGO:	GC-I-01
		VERSIÓN:	0
		PÁGINA 213 DE 338	

Este documento tiene como finalidad estandarizar la metodología para la elaboración de documentos del sistema de Gestión de la Calidad en Spect Medicina Nuclear Ltda. Es utilizado por la Coordinadora Administrativa y financiera, Auxiliar de calidad para generar o modificar un documento del Sistema de Gestión de la Calidad.

Todos los documentos del SGC de Spect Medicina Nuclear Ltda. deben presentarse en un tipo de letra legible y el tamaño según la necesidad del documento.

Los siguientes son los pasos a seguir para la elaboración de documentos:

1. Para documentar procedimientos se debe tener la siguiente estructura:

1.1 Encabezamiento

(1) LOGO DE EMPRESA	(2) NOMBRE DEL DOCUMENTO	(3) FECHA:	
		(4) CÓDIGO:	
		(5) VERSIÓN:	
		(6) PÁGINA 213 DE 338	

- (1) LOGO DE EMPRESA
- (2) NOMBRE DEL DOCUMENTO
- (3) FECHA DE LA ÚLTIMA EDICIÓN.
- (4) CÓDIGO DEL DOCUMENTO
- (5) VERSIÓN
- (6) NÚMERO DE PÁGINA

1.1.1 Codificación

Los documentos se codifican mediante una combinación de letras y números separados por guiones. Éste código es asignado por el Coordinador de calidad.

El primer grupo corresponde al tipo de proceso constituido por 2 letras:

Gestión de la Calidad y Mejora Continua:	GC	
Gestión del Talento Humano:		GT
Gestión de Compras y Contratación:		CC
Gestión de Infraestructura:	GI	
Gestión de Ambiente de Trabajo:		GA
Gestión de Contratos y Servicio al Cliente:		GS
Facturación y Recaudo:		FR
Diagnóstico:		DI
Tratamiento:		TO

El segundo grupo de letras corresponde al tipo de documentos identificado de la siguiente manera:

Caracterización:	C
Procedimiento:	P
Protocolo:	R
Formato:	F
Instructivo:	I
Manual:	M
Política o Norma:	N
Plan de Calidad:	A
Lista de chequeo	L

El tercer grupo corresponde al número de consecutivo de cada tipo de documento.

Ejemplo:

GC	P -	01	El procedimiento
Proceso	Tipo de documento	Numero consecutivo	número 01 de Gestión de Calidad y Mejora Continua.

1.2 Objetivo: Describe para que se crea el documento.

1.3 Alcance: Define quién y cuando, se aplica el procedimiento.

1.4 Documentos Aplicables: Corresponde a los documentos que se relacionan en el procedimiento o que aplican en el proceso. Pueden ser documentos internos del SGC y documentos de origen externo.

Los documentos externos se identificarán por medio del título o nombre de este.

Ejemplo: LEY 100 DE 1993: LEY 100 DE 1993

1.5 Definiciones: Son los términos administrativos y/o técnicos que se consideren necesarios para un claro entendimiento.

1.6 Desarrollo del Procedimiento: Describe todas las actividades o tareas que conforman el procedimiento. Se describe utilizando el siguiente esquema:

N°	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTO / REGISTRO
1.	Detalle el nombre del cargo que ejecuta la actividad.	Describe en forma de párrafo utilizando la voz activa, la actividad del procedimiento de forma secuencial.	Si la actividad hace uso de documentos o registro descríbalos en este ítem.

1.7 Pie de Página: Los procedimientos y manuales del SGC de la organización tienen el siguiente pie de página asociado, en la última página del documento:

(1) ELABORADO POR:	(2) REVISADO POR:	(3) APROBADO POR:
FECHA:	FECHA:	FECHA:

(1) Esta casilla se diligencia con el nombre del cargo que elabora el documento y fecha.

(2) Esta casilla se diligencia con el nombre del cargo que revisa el documento y fecha de realizado.

(3) Esta casilla se diligencia con el nombre del cargo que aprueba el documento y fecha de realizado.

2. Para documentar Protocolos de los procesos Asistenciales hay que desarrollar la siguiente estructura:

2.1 Encabezamiento: Aplica igual que para documentar procedimientos.

2.2 Objetivo: Describe para que se crea el documento.

2.3 Alcance: Define los responsables y limites de las actividades.

2.4 Conceptos: Son los términos técnicos que se consideren necesarios para un claro entendimiento del protocolo asistencial.

2.5 Documentos Aplicables: Aplica igual que para documentar procedimientos.

2.6 Fundamento: Principio o concepto básico en el que se apoya el protocolo.

2.7 Indicaciones: Son los indicios o patologías mas comunes por las que se realiza el proceso asistencial (operacional).

2.8 Preparación del paciente: Son las disposiciones que se deben seguir antes, durante y después de realizar el proceso asistencial (operacional).

2.9 Adquisición datos Clínicos: Son los datos e información que se deben recoger para una mejor ejecución y prestación del servicio asistencial.

2.10 Dosis: Es la cantidad de sustancia (radiotrazador, radiofármaco) que se debe administrar a los pacientes. En está se especifica el rango y las unidades de medidas de la sustancia radioactiva.

2.11 Forma de administración: Es la vía de administración por la que se suministra la sustancia radioactiva en el organismo del paciente.

2.12 Adquisición de Imágenes: Son las técnicas en Medicina Nuclear que se hacen para la toma de imágenes.

2.13 Procesamiento: Serie de operaciones que se hacen en el equipo de Medicina Nuclear para procesar las imágenes.

2.14 Documentación del Estudio: Es el soporte, medio o documento donde se graban o imprimen las imágenes. Por Ejemplo: Placas radiográficas, medio magnético etc.

2.15 Interpretación y diagnóstico: Son las traducciones, explicaciones y posterior calificación y evaluación que se hace del estudio.

3. Para documentar Instructivos: Se describe en forma lógica y secuencial los pasos para ejecutar la tarea en forma de frases. Para el Instructivo solo aplican el ítem de encabezamiento descrito en el punto para documentar Procedimientos; y si es necesario el o los responsables de las indicaciones.

4. Para documentar Políticas: se tiene en cuenta la siguiente estructura:

Encabezamiento: En este espacio se especifica el logotipo de la empresa, el nombre del proceso, La identificación de la política, el código de la misma y el número de la versión.

Descripción de la Política: Una política es una directriz emitida por la organización que soporta la ejecución de actividades y la toma de decisiones, se redactan en párrafo.

5. Para documentar Formatos y Listas de Chequeo:

Todo formato debe tener, identificación o nombre del documento, fecha en la cual lleva a cabo o aplica el documento y/o código (Igual que los Procedimientos), el resto de contenido, se debe diseñar de acuerdo a las necesidades de información presentadas.

En la Lista de chequeo se enumeran los aspectos que usted debe tener en cuenta para realizar una actividad.

 Spect Medicina Nuclear Ltda.	PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE REGISTROS	FECHA:	07/03/07
		CÓDIGO:	GC-P-02
		VERSIÓN:	0
		PÁGINA	217 DE 338

1. OBJETIVO

Definir los controles para identificar, almacenar, proteger y recuperar registros del SGC.

ALCANCE

El control aplica sobre los registros internos del Sistema de Gestión de la calidad generados por la aplicación de los procedimientos y por las actividades propias de cada proceso. Este documento es de consulta general de todo el personal de la empresa.

3. DOCUMENTOS APLICABLES

GC-I-01 Instructivo para la elaboración de documentos
GC-F-04 Listado maestro de registros

4. DEFINICIONES

Registros: declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables.

5. DESARROLLO

N°	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTO / REGISTRO
1.	Líder del proceso	Define el registro del sistema de gestión de la calidad.	
2.	Coord. Administrativa y financiera/Auxiliar de calidad	Planifica el control de los registros y lo incluye en el listado maestro de registros.	Ver Listado maestro de registros. GC-F-04
3.	Líder del proceso/Funcionario	Diligencia los registros de calidad, de tal manera que permitan su lectura y comprensión, evitando borrones, tachones o enmendaduras.	
4.	Líder del proceso/Funcionario	¿Es identificable el registro?: SI. pase a la actividad 5 NO. pase a la actividad 3	

5.	Líder del proceso/Funcionario	Archiva el documento, teniendo en cuenta los lineamientos de protección, ubicación, tiempos de retención y recuperación.	Ver GC-F-04
6.	Líder del proceso/Funcionario	¿Se requiere consultar documento? SI: pase actividad 7 NO: pase a la actividad 8	Ver GC-F-04
7.	Personal autorizado	Consulta los archivos según lo indique el Listado Maestro de Registros en el ítem Acceso.	Ver GC-F-04
8.	Líder del proceso/Funcionario	Conservar el registro de calidad hasta su disposición final.	
9.	Coord. Administrativa y financiera /Auxiliar de calidad	Actualiza el listado maestro de registros.	

Identificación

La identificación del registro se realiza a través del nombre del registro y el código del formato.

Almacenamiento

El almacenamiento de los registros es de tipo descentralizado. Las clases de archivo manejadas en Spect Medicina Nuclear son:

Activo: Hace referencia al archivo de los documentos que se están usando en cada proceso.

Inactivo: Es el archivo que no se usa, pero se establece que si es archivo relacionado con la ejecución de un proceso, debe conservarse según lo especificado en el listado maestro de registros.

Los registros, se archivan según se determine en cada proceso, carpetas, a los cuales tiene acceso el personal de la organización que los requiera y este autorizado; protegiéndolos contra la pérdida y el deterioro.

Los registros se pueden clasificar en orden cronológico (fecha de diligenciamiento), por temas, ó en algunos casos por el consecutivo.

Protección de los registros y de la información

Si hay registros magnéticos, Spect Medicina nuclear realiza 1 copia de seguridad cada mes bajo responsabilidad de la Coordinadora Administrativa y Financiera.

Los datos registrados podrán ser consultados solo por personal debidamente autorizado lo cual se establece a criterio de la empresa y se menciona en el listado maestro de registros.

Los niveles de acceso de los registros, se definen así:

Confidencial: registro involucrado en el proceso, sólo tiene acceso el Gerente General y este autoriza su consulta.

Restringido: cuando el registro es de consulta para el proceso involucrado y autoriza su consulta el Líder del proceso.

General: sin limitaciones.

La recuperación

Después de almacenados los registros podrán ser recuperados de manera fácil, ya sea del archivo activo o del inactivo. La información de los registros se controla a través del Listado maestro de registros GC-F-04, a cargo de la Coordinadora Administrativa y financiera /Auxiliar de calidad.

En el listado maestro de registros se menciona el tiempo de retención de los registros y la disposición final cuando termina su tiempo de retención, ya sea eliminarlos o mantenerlos en archivo inactivo.

ELABORADO POR: Auxiliar de Calidad	REVISADO POR: Coord. Administrativa y Financiera	APROBADO POR: Gerente General
FECHA: 06/09/06	FECHA: 06/09/06	FECHA: 07/03/07

 Spect Medicina Nuclear Ltda.	PROCEDIMIENTO PARA ACCIONES CORRECTIVAS	FECHA:	06/09/07
		CÓDIGO:	GC-P-03
		VERSIÓN:	1
		PÁGINA	220 DE 338

1. OBJETIVO

Establecer los pasos a seguir para identificar, registrar y hacer seguimiento a las acciones correctivas que se presenten en el Sistema de Gestión de la Calidad.

ALCANCE

Este procedimiento lo aplican Coordinadora Administrativa, Auxiliar de calidad y/o Líder del proceso desde la identificación del problema hasta el cierre de la acción correctiva.

3. DOCUMENTOS APLICABLES

GC-F-06 Formato de Reporte de acciones correctivas y preventivas.

GC-F-07 Formato de control y seguimiento de acciones correctivas y preventivas.

4. DEFINICIONES

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

5. DESARROLLO

N°	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTO / REGISTRO
1.	Personal de Spect Medicina Nuclear.	INICIO Identifica el problema o causa que genera la acción correctiva. Orientarse por el resumen de posibles causas de acciones correctivas que está al final del procedimiento.	Formato de Reporte de acciones correctivas y preventivas GC-F-06.
2.	Personal de Spect Medicina Nuclear.	Reporta al líder del proceso el problema que causa la acción correctiva.	
3.	Líder del proceso	Revisa el problema. Determina si es conveniente generar una acción correctiva. Si es conveniente pase a la siguiente actividad. Si NO es conveniente se termina el procedimiento, FIN.	
4.	Líder del proceso	Abre acción correctiva diligenciando el formato de solicitud de acciones correctivas y preventivas.	Ver Formato de reporte de acciones correctivas y preventivas GC-

			F-06.
5.	Líder del proceso/Funcionario	Identifica la causa raíz, utilizando los siguientes métodos: análisis diagrama de causa efecto o espina de pescado, lluvia de ideas y 5 por ques. Propone acción correctiva y lo presenta al Gerente General o al comité de calidad.	
6.	Gerente General/Comité de calidad	Evalúa si es adecuada la acción correctiva. Si No es adecuada propone otra nueva acción correctiva, y da la orden para su implantación. Si es adecuada pase a la actividad 7.	
7.	Líder del proceso	Implanta la acción correctiva.	
8.	Coord. Administrativa y financiera/Auxiliar de Calidad.	Realiza seguimiento para verificar si fue implementada la acción correctiva y registra los resultados obtenidos. Registra en el formato de control y seguimiento de acciones correctivas y preventivas.	Ver Formato de control y seguimiento de acciones correctivas y preventivas GC-F-07.
9.	Coord. Administrativa y financiera/Auxiliar de Calidad.	Verifica si se cerró la acción correctiva. Si se cerró debe registrar la novedad en el formato de reporte acciones correctivas y preventivas y en el formato de control y seguimiento de acciones correctivas y preventivas. Si se cerró FIN. Si No se cerró, inicie el procedimiento; pase a la actividad 1.	Ver GC-F-06 GC-F-07

Nota: Resumen posibles causas de acciones correctivas.

1. Queja, sugerencia o solicitud del cliente.
2. No conformidad u observación de la auditoria externa.
3. No conformidad u observación de la auditoria interna.
4. Producto o servicio no Conforme.
5. Revisiones del Contrato.
6. Informe de la medición de la satisfacción del cliente.
7. Queja, sugerencia, estudio o solicitud del proveedor.
8. Mantenimiento y preparación preventiva y de fallas.
9. Problema de salud y seguridad ocupacional.
10. Ideas para mejorar o sugerencias del empleado.
11. Informes de accidentes y asuntos de seguridad.
12. Competencias, análisis de necesidades de formación, evaluación del curso o retroalimentación del estudiante.
13. Análisis e información estadística extraída de los datos.
14. Reuniones y acciones de revisión por la dirección.

ELABORADO POR: Auxiliar de Calidad	REVISADO POR: Coord. Administrativa y Financiera	APROBADO POR: Gerente General
FECHA: 04/09/07	FECHA: 06/09/07	FECHA: 06/09/07

 Spect Medicina Nuclear Ltda.	PROCEDIMIENTO PARA ACCIONES PREVENTIVAS	FECHA:	07/03/07
		CÓDIGO:	GC-P-04
		VERSIÓN:	0
		PÁGINA	222 DE 338

1. OBJETIVO

Establecer los pasos a seguir para identificar, registrar y hacer seguimiento a las acciones preventivas que se presenten en el Sistema de Gestión de la Calidad.

ALCANCE

Este procedimiento lo aplican Coordinadora Administrativa, Auxiliar de calidad y/o Líder del proceso desde la identificación de riesgos hasta el cierre de la acción preventiva.

3. DOCUMENTOS APLICABLES

GC-L-01 Lista de chequeo para identificar causas de acciones correctivas y preventivas.

GC-F-06 Formato de reporte acciones correctivas y preventivas.

GC-F-07 Formato de control y seguimiento de acciones correctivas y preventivas.

4. DEFINICIONES

Acción preventiva: Empezar una acción para determinar no conformidades potenciales y eliminar la causa para evitar que suceda.

5. DESARROLLO

Nº	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTO / REGISTRO
1.	Comité de calidad, Comité Técnico, Comité administrativo y Líder de proceso.	INICIO Analizan información a partir de tendencias, indicadores de gestión, auditorías internas y externas, revisiones gerenciales entre otras. Otros riesgos pueden ser detectados según causas expuestas por lista de chequeo para identificar causas de acciones correctivas y preventivas.	Ver Lista de chequeo para identificar causas de acciones correctivas y preventivas GC-L-01.
2.	Comité de calidad, Comité Técnico, Comité administrativo y Líder de proceso.	Identifican riesgos potenciales que afectan la satisfacción del cliente interno y externo, resultado de los procesos, funcionamiento de los equipos e infraestructura.	

3.	Comité de calidad, Comité Técnico, Comité administrativo y Líder de proceso.	Identifican las causas de los riesgos potenciales, utilizando el método de análisis, Diagrama de causa efecto o espina de pescado.	
4.	Líder del proceso, Comité de calidad, comité técnico y Gerente General.	Abre acción preventiva diligenciando formato de reporte acción correctiva o preventiva y lo presentan al Gerente General y comité de calidad.	Ver Formato de reporte acción correctiva y preventiva GC-F-06.
5.	Líder del proceso, Comité de calidad, comité técnico y Gerente General.	Registra en el formato de control de acciones correctivas y preventivas, para realizar seguimiento y cierre de la acción preventiva.	Ver Formato de control y seguimiento de acciones correctivas y preventivas GC-F-07.
6.	Gerente General/Comité de calidad	Evalúa si es adecuada la acción preventiva. Si No es adecuada propone otra nueva acción preventiva, y ordena su implantación. Si es adecuada pase a la actividad 7.	
7.	Líder del proceso	Implanta la acción preventiva.	
8.	Coord. Administrativa y Financiera/Aux. de calidad	Realiza seguimiento para verificar si fue implementada la acción preventiva y registra los resultados obtenidos.	
9.	Coord. Administrativa y Financiera/Aux. de calidad	Verifica si se cerró la acción preventiva. Si se cerró registra la novedad en el formato de reporte de acción correctiva y preventiva y en el formato de control y seguimiento de acciones correctivas y preventivas. Si se cerró FIN. Si No se cerró, pase a la actividad 1.	Ver GC-F-06. GC-F-07.

ELABORADO POR: Auxiliar de Calidad	REVISADO POR: Coord. Administrativa y Financiera	APROBADO POR: Gerente General
FECHA: 20/09/06	FECHA: 02/10/06	FECHA: 07/03/07

 Spect Medicina Nuclear Ltda.	PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE SERVICIO NO CONFORME	FECHA:	07/03/07
		CÓDIGO:	GC-P-05
		VERSIÓN:	0
		PÁGINA 224 DE 338	

1. OBJETIVO

Detallar la metodología para realizar el control de servicio no conforme con los requisitos especificados en los procesos de diagnósticos y de tratamiento.

ALCANCE

Este procedimiento es aplicado por los funcionarios involucrados en los procesos del sistema de gestión de calidad, desde la identificación de la no conformidad hasta su corrección, tratamiento y registro.

3. DOCUMENTOS APLICABLES

GC-I-02	Instructivo para control de servicios no conformes.
GC-F-08	Formato de gestión de no conformidad.
GC-P-03	Procedimiento de acciones correctivas.
GC-P-04	Procedimiento de acciones preventivas.

4. DEFINICIONES

Producto / servicio no conforme: Se interpreta como producto o servicio no conforme toda aquella situación que se presente que de paso al no cumplimiento de los requisitos especificados de cada proceso y a la cual se plantea y se aplica una solución de forma inmediata. Para tal fin se utiliza el instructivo de control de servicio no conforme. Cuando la situación sea diferente a las establecidas en el instructivo o se presente de manera constante o permanente y afecte significativamente la calidad de la prestación del servicio, se considera como una no conformidad, la cual se registrará en el formato de gestión de no conformidades, dando paso a una acción preventiva o correctiva.

5. DESARROLLO

Nº	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTO / REGISTRO
1.	Personal de Spect Medicina Nuclear.	INICIO Identifica las situaciones que ocasionan un servicio no conforme.	
2.	Personal de Spect Medicina Nuclear.	Realiza acción inmediata definida en el instructivo para control de servicios no conformes y elabora registro establecido.	Instructivo para control de servicios no conformes GC-I-02.
3.	Personal de Spect Medicina Nuclear	Si es diferente a las definidas en el instructivo diligencia formato	Formato de gestión de no

		de gestión de no conformidades, realiza acción inmediata y presta el servicio bajo autorización del líder del proceso.	conformidad GC-F-08.
4.	Comité de calidad	Evalúa mensualmente o antes en caso que sea necesario, el comportamiento del indicador de eficacia del producto no conforme y del número de veces que ocurre una no conformidad y define si hay necesidad de establecer una acción correctiva o preventiva. En dicho caso se remite al procedimiento de acciones correctivas y acciones preventivas.	Ver Formato de gestión de no conformidad GC-F-08. Procedimiento de acciones correctivas GC-P-03. Procedimiento de acciones preventivas GC-P-04.

ELABORADO POR: Auxiliar de Calidad	REVISADO POR: Coord. Administrativa y financiera	APROBADO POR: Gerente General
FECHA: 20/09/06	FECHA: 02/10/06	FECHA: 07/03/07

 Spect Medicina Nuclear Ltda.	PROCEDIMIENTO PARA AUDITORIAS INTERNAS	FECHA:	07/03/07
		CÓDIGO:	GC-P-06
		VERSIÓN:	0
		PÁGINA	226 DE 338

1. OBJETIVO

Establecer las actividades y disposiciones, para evaluar el desempeño del sistema de gestión de la calidad.

ALCANCE

Este documento aplica para llevar a cabo las auditorias internas de los procesos del sistema de gestión de la calidad de Spect Medicina Nuclear. Es aplicado por el equipo auditor asignado para cada auditoría.

3. DOCUMENTOS APLICABLES

GC-F-14	Programa de auditorias internas.
GC-F-09	Formato de plan e informe de auditoría.
GC-F-10	Formato de lista de verificación
GC-P-03	Procedimiento de acciones correctivas
GC-P-04	Procedimiento de acciones preventivas

4. DEFINICIONES

Auditoria: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar hasta que punto cumplen las políticas, procedimientos o requisitos de referencia.

Auditoria de Calidad: examen sistemático e independiente para determinar si las actividades y los resultados relacionados con la calidad cumplen disposiciones preestablecidas, y si estas disposiciones se aplican en forma efectiva y son aptas para alcanzar los objetivos.

5. DESARROLLO

Nº	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTO / REGISTRO
1.	Coord. Administrativa y financiera/Aux. de calidad	Elabora planeación semestral de Auditorias internas (Cronograma).	Programas de auditorias internas GC-F-14.
2.	Comité de Calidad	Selecciona el equipo de Auditor, de acuerdo al perfil definido de auditor interno en el manual de descripción de cargos, nombra el responsable del equipo, e Informa de la planeación de las auditorias.	

3.	Equipo auditor	Examina la documentación del proceso a auditar.	
4.	Equipo auditor	Elabora el plan de auditoría interna. En esta actividad se hace el reparto de tareas del equipo de auditoría y se preparan los documentos de trabajo. Define listas de verificación.	Ver Formato de Plan e informe de auditoría GC-F-09. Formato de lista de verificación auditoria GC-F-10.
5.	Equipo Auditor	Informa al equipo a auditar con 15 días de anticipación, enviándole el plan de auditoria a través de memorando interno.	Memorando interno GT-F-02.
5.	Equipo auditor	Realiza reunión de apertura.	
6.	Auditor	Ejecuta auditoria, a través de observación, entrevista y verificación de registros. Determina hallazgos con respecto a los criterios establecidos.	
7.	Equipo auditor	Establece los hallazgos de la auditoría, diligenciando el formato de plan e informe de auditoria.	GC-F-09.
8.	Equipo auditor	Prepara conclusiones de auditoría, y los registra en el formato de plan e informe de auditoria.	GC-F-09.
9.	Equipo Auditor	Elabora informe con los hallazgos de la auditoria y lo presenta al responsable del proceso y a la coordinadora administrativa y financiera.	GC-F-09.
10.	Líder del proceso	Se Remite al procedimiento de acciones correctivas o Preventivas (ver procedimiento según el caso), para dar tratamiento a causas de no conformidades. FIN	Ver Procedimiento de acciones correctivas GC-P-03. Procedimiento de acciones preventivas GC-P-04.

ELABORADO POR: Auxiliar de Calidad	REVISADO POR: Coord. Administrativa y Fin.	APROBADO POR: Gerente General
FECHA: 29/09/06	FECHA: 02/10/06	FECHA: 07/03/07

 Spect Medicina Nuclear Ltda.	PROCEDIMIENTO PARA REVISION GERENCIAL	FECHA:	02/10/06
		CÓDIGO:	GC-P-07
		VERSIÓN:	0
		PÁGINA	228 DE 338

1. OBJETIVO

Determinar la metodología para realizar revisiones gerenciales del Sistema de Gestión de la Calidad.

ALCANCE

Este documento lo aplica el Gerente General, Coordinadora Administrativa y Financiera, y Auxiliar de Calidad desde la planeación de la revisión Gerencial hasta la realización del seguimiento de la implementación de las acciones que se generen a partir de ésta.

3. DOCUMENTOS APLICABLES

GC-F-11	Informe de Revisión Gerencial.
GC-F-12	Formato de seguimiento de acciones a tomar para revisión Gerencial.
GC-P-03	Procedimiento de acciones correctivas.
GC-P-04	Procedimiento de acciones preventivas.

4. DEFINICIONES

Revisiones de la Dirección: Evaluación formal, por parte de la dirección, del estado y de la adecuación del sistema de calidad en relación con los objetivos y la política de calidad.

5. DESARROLLO

Nº	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTO / REGISTRO
1.	Gerente General y Coord. Administrativa y financiera.	INICIO Planea la ejecución de la revisión gerencial del SGC e informa a los líderes de procesos la fecha y hora de su realización. Esta revisión Gerencial debe realizarse mínimo una vez al año.	
2.	Líder del Proceso	Elabora informe de gestión de su proceso, que incluye indicadores de gestión del proceso, resultado de auditorías internas, acciones preventivas y correctivas implementadas, evaluación de satisfacción al cliente, y demás observaciones que crea	

		necesarias.	
3.	Comité de Calidad/Gerente General.	Analizan la información con el propósito de verificar si el sistema de calidad está debidamente implementado, se han logrado los objetivos de calidad y se ha dado cumplimiento a la política de calidad.	
4.	Coord. Administrativa y Financiera/Auxiliar de Calidad.	Realizan informes de los resultados de la revisión gerencial, en donde se detallan las observaciones y las conclusiones de dicha revisión.	Informes de Revisión GC-F-11.
5.	Coord. Administrativa y Financiera/Auxiliar de Calidad.	Si se generan acciones correctivas y preventivas ir a los procedimientos de acciones correctivas y acciones preventivas.	
6.	Coord. Administrativa y Financiera/Gerente general	Realizan seguimiento de acciones preventivas y correctivas.	Formato de seguimiento de acciones a tomar para revisión Gerencial. GC-P-04.

ELABORADO POR: Auxiliar de Calidad	REVISADO POR: Coord. Administrativa y Financiera	APROBADO POR: Gerente General
FECHA: 02/10/06	FECHA: 02/10/06	FECHA: 07/03/07

ANEXO D. (LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS Y LISTADO MAESTRO DE REGISTROS)



LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS

Proceso: Gestión de la Calidad y Mejora Continua

IDENTIFICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN					ACTUALIZACIÓN			
DOCUMENTO	CODIGO	DISTRIBUCIÓN	RESPONSABLE DE COPIAS	FECHA APROBACIÓN	VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	CAMBIOS	FECHA DE REVISIÓN
Política de Calidad	GC-N-01	Original magnética en calidad Administración. Copia cartelera admón. Copia Sede Chicamocha. Copia sala Gammacámaras.	Coord. Administrativa y Financiera/ Aux. de calidad.	07/03/07	0	07/03/07	Creación del documento.	07/03/07
Misión y Visión	—	Original magnética en calidad Administración. Copia en cartelera admón. Copia sede Chicamocha.	Coord. Administrativa y Financiera/ Aux. de calidad.	07/03/07	0	07/03/07	Creación del documento.	07/03/07
Valores Corporativos	—	Original magnética en calidad Administración. Copia en cartelera admón. Copia sede Chicamocha.	Coord. Administrativa y Financiera/ Aux. de calidad.	07/03/07	0	07/03/07	Creación del documento.	07/03/07
Direccionamiento estratégico Spect Medicina Nuclear Ltda.	—	Original magnética en calidad Administración. Original en Administración.	Coord. Administrativa y Financiera/ Aux. de calidad.	07/03/06	0	13/09/06	Creación del documento.	13/09/06
Mapa de procesos Spect Medicina Nuclear Ltda.	—	Original magnética en calidad Administración. Original en Administración. Copia en Recepción. Copia sede Chicamocha.	Coord. Administrativa y Financiera/ Aux. de calidad.	07/03/07	0	29/08/06	Creación del documento.	29/08/06
Caracterización del proceso: Gestión de la Calidad y Mejora Continua.	—	Original magnética en calidad Administración. Original en Administración. Copia controlada sede Chicamocha	Coord. Administrativa y Financiera/ Aux. de calidad.	07/03/07	0	29/08/06	Creación del documento.	29/08/06
Procedimiento para el control de documentos.	GC-P-01	Original magnética en calidad Original carpeta en Administración.	Coord. Administrativa y Financiera/ Aux. de calidad.	07/03/07	1	18/09/07	Creación del documento.	18/09/07
Instructivo para la elaboración de documentos.	GC-I-01	Original magnética en calidad Original carpeta en Administración.	Coord. Administrativa y Financiera/	07/03/07	0	06/09/06	Creación del documento.	06/09/06

IDENTIFICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN					ACTUALIZACIÓN			
DOCUMENTO	CODIGO	DISTRIBUCIÓN	RESPONSABLE DE COPIAS	FECHA APROBACIÓN	VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	CAMBIOS	FECHA DE REVISIÓN
			Aux. de calidad.					
Procedimiento para el control de registros.	GC-P-02	Original magnética en calidad Original carpeta en Administración.	Coord. Administrativa y Financiera/ Aux. de calidad.	07/03/07	0	06/09/06	Creación del documento.	06/09/06
Procedimiento para acciones correctivas.	GC-P-03	Original magnética en calidad Original carpeta en Administración.	Coord. Administrativa y Financiera/ Aux. de calidad.	07/03/07	0	06/09/06	Creación del documento.	06/09/06
Procedimiento para acciones preventivas.	GC-P-04	Original magnética en calidad Original carpeta en Administración.	Coord. Administrativa y Financiera/ Aux. de calidad.	07/03/07	0	20/09/06	Creación del documento.	02/10/06
Procedimiento para control de servicio no conforme.	GC-P-05	Original magnética en calidad Original carpeta en Administración.	Coord. Administrativa y Financiera/ Aux. de calidad.	07/03/07	0	20/09/06	Creación del documento.	02/10/06
Instructivo para control de servicios no conformes.	GC-I-02	Original magnética en calidad Original carpeta en Administración. Copia controlada recepción. Copia controlada sala de gammacámaras.	Coord. Administrativa y Financiera/ Aux. de calidad.	07/03/07	0	26/09/06	Creación del documento.	02/10/06
Procedimiento para auditorías internas.	GC-P-06	Original magnética en calidad Original carpeta en Administración	Coord. Administrativa y Financiera/ Aux. de calidad.	07/03/07	0	29/09/06	Creación del documento.	02/10/06
Procedimiento para revisión gerencial.	GC-P-07	Original magnética en calidad Original carpeta en Administración Copia controlada carpeta de gerencia (tratamiento).	Coord. Administrativa y Financiera/ Aux. de calidad.	07/03/07	0	27/09/06	Creación del documento.	02/10/06
Formato: Listado maestro documentos internos.	GC-F-02	Original magnética en calidad Original carpeta en Administración	Coord. Administrativa y Financiera/ Aux. de calidad.	07/03/07	0	06/09/06	Creación del documento.	06/09/06
Formato: Listado maestro documentos externos.	GC-F-03	Original magnética en calidad Original carpeta en Administración	Coord. Administrativa y Financiera/ Aux. de calidad.	07/03/07	0	06/09/06	Creación del documento	06/09/06

IDENTIFICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN					ACTUALIZACIÓN			
DOCUMENTO	CODIGO	DISTRIBUCIÓN	RESPONSABLE DE COPIAS	FECHA APROBACIÓN	VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	CAMBIOS	FECHA DE REVISIÓN
Formato: Listado maestro de registro.	GC-F-04	Original magnética en calidad Original carpeta en Administración	Coord. Administrativa y Financiera/ Aux. de calidad.	07/03/07	0	06/09/06	Creación del documento	06/09/06
Formato: Tablero control de indicadores	GC-F-13	Original magnética en calidad Original carpeta en Administración	Coord. Administrativa y Financiera/ Aux. de calidad.	07/03/07	0	29/09/06	Creación del documento	02/10/06

Proceso: Diagnóstico

IDENTIFICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN					ACTUALIZACIÓN			
DOCUMENTO	CODIGO	DISTRIBUCIÓN	RESPONSABLE DE COPIAS	FECHA APROBACIÓN	VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	CAMBIOS	FECHA DE REVISIÓN
Caracterización proceso de diagnostico	DI-C-01	Magnética calidad. Original dura Consultorio Coord. Médico Nuclear.	Auxiliar de calidad, Coord. Administrativa y Financiera	08/05/07	0	07/05/07	Creación del documento.	07/05/07
Procedimiento asignación de citas procesos asistenciales	DI-P-01	Magnética calidad. Original dura Consultorio Coord. Médico Nuclear. Copia controlada Recepción.	Auxiliar de calidad, Coord. Administrativa y Financiera	08/05/07	0	07/05/07	Creación del documento.	07/05/07
Procedimiento admisiones procesos asistenciales	DI-P-02	Magnética calidad. Original dura Consultorio Coord. Médico Nuclear. Copia controlada Recepción.	Auxiliar de calidad, Coord. Administrativa y Financiera	08/05/07	0	07/05/07	Creación del documento.	07/05/07
Procedimiento asistencial proceso diagnóstico	DI-P-03	Magnética calidad. Original dura Consultorio Coord. Médico Nuclear. Copia controlada Recepción y sala de gammacámaras.	Auxiliar de calidad, Coord. Administrativa y Financiera	08/05/07	0	07/05/07	Creación del documento.	07/05/07
Manual de protocolos médicos diagnóstico.	DI-M-01	Magnética calidad. Original dura área asistencial.	Auxiliar de calidad, Coord. Administrativa y	08/05/07	0	07/05/07	Creación del documento.	07/05/07

IDENTIFICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN					ACTUALIZACIÓN			
DOCUMENTO	CODIGO	DISTRIBUCIÓN	RESPONSABLE DE COPIAS	FECHA APROBACIÓN	VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	CAMBIOS	FECHA DE REVISIÓN
			Financiera					
Procedimiento elaboración de informe y entrega de resultados	DI-P-04	Magnética calidad. Original dura Consultorio Coord. Médico Nuclear. Copia controlada Recepción.	Auxiliar de calidad, Coord. Administrativa y Financiera	08/05/07	0	07/05/07	Creación del documento.	08/05/07
Tablero de control de indicadores proceso diagnóstico	GC-F-13	Magnética calidad. Original dura Consultorio Coord. Médico Nuclear.	Auxiliar de calidad, Coord. Administrativa y Financiera	08/05/07	0	07/05/07	Creación del documento.	08/05/07

Proceso: Tratamiento

IDENTIFICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN					ACTUALIZACIÓN			
DOCUMENTO	CODIGO	DISTRIBUCIÓN	RESPONSABLE DE COPIAS	FECHA APROBACIÓN	VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	CAMBIOS	FECHA DE REVISIÓN
Caracterización proceso de tratamiento	TO-C-01	Magnética calidad. Original dura Oficina administración.	Auxiliar de calidad, Coord. Administrativa y Financiera	06/06/07	0	06/06/07	Creación del documento.	29/09/06
Procedimiento valoración y programación de tratamiento	TO-P-01	Magnética calidad. Original dura Oficina administración.	Auxiliar de calidad, Coord. Administrativa y Financiera	06/06/07	0	06/06/07	Creación del documento.	30/05/07
Procedimiento para administración y seguimiento del tratamiento	TO-P-02	Magnética calidad. Original dura Oficina administración.	Auxiliar de calidad, Coord. Administrativa y Financiera	06/06/07	0	06/06/07	Creación del documento.	30/05/07
Instructivo a pacientes ambulatorio tratamiento con I-131	TO-F-04	Magnética calidad. Copia magnética en recepción.	Auxiliar de calidad, Auxiliares Administrativas	06/06/07	0	06/06/07	Creación del documento.	06/06/07
Instructivo a pacientes tratamiento con I-131 hospitalizados	TO-F-05	Magnética calidad. Copia magnética en recepción.	Auxiliar de calidad, Auxiliares Administrativas	06/06/07	0	06/06/07	Creación del documento.	06/06/07
Instrucciones a pacientes rastreo corporal total con 3-5 mCi I-131	-----	Magnética calidad. Copia magnética en recepción.	Auxiliar de calidad, Auxiliares Administrativas	06/06/07	0	06/06/07	Creación del documento.	06/06/07
Manual de protocolos médicos tratamiento	TO-M-02	Magnética calidad. Original dura Oficina administración.	Auxiliar de calidad	06/06/07	0	06/06/07	Creación del documento.	06/06/07
Guías de manejo para cáncer diferenciado de tiroides (CDT)	-----	Magnética calidad. Original dura Oficina	Auxiliar de calidad	06/06/07	0	06/06/07	Creación del documento.	06/06/07

IDENTIFICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN					ACTUALIZACIÓN			
DOCUMENTO	CODIGO	DISTRIBUCIÓN	RESPONSABLE DE COPIAS	FECHA APROBACIÓN	VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	CAMBIOS	FECHA DE REVISIÓN
		administración.						
Protocolo unidad de yodoterapia: transporte, administración I-131. Manejo de desechos y egreso hospitalario	TO-R-01	Magnética calidad. Copia dura Oficina administración.	Auxiliar de calidad	06/06/07	0	06/06/07	Creación del documento.	06/06/07
Instructivo para unidad de yodoterapia	TO-I-01	Magnética calidad. Copia dura Oficina administración.	Auxiliar de calidad	25/07/07	0	25/07/07	Creación del documento.	06/06/07
Tablero control de indicadores proceso tratamiento.	GC-F-13	Magnética calidad. Copia dura Oficina administración.	Auxiliar de calidad	06/06/07	0	06/06/07	Creación del documento.	06/06/07

Proceso: Gestión de Ambiente de Trabajo

IDENTIFICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN					ACTUALIZACIÓN			
DOCUMENTO	CODIGO	DISTRIBUCIÓN	RESPONSABLE DE COPIAS	FECHA APROBACIÓN	VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	CAMBIOS	FECHA DE REVISIÓN
Caracterización proceso de gestión ambiente de trabajo	GA-C-01	Magnética calidad. Original dura oficina administración.	Auxiliar de calidad, Coord. Administrativa y Asistencial	13/07/07	0	07/05/07	Creación del documento.	07/05/07
Manual de protección radiológica	GA-M-02	Magnética calidad. Original dura oficina administración.	Auxiliar de calidad, Coord. Administrativa y Financiera	13/07/07	1	13/07/07	Modificación documento anterior.	12/07/07
Manual de Bioseguridad	GA-M-03	Magnética calidad. Original dura oficina administración.	Auxiliar de calidad, Coord. Administrativa y Financiera	13/07/07	0	13/07/07	Modificación del logo.	04/07/07
Manual de gestión integral de residuos hospitalarios	GA-M-04	Magnética calidad. Original dura oficina administración.	Auxiliar de calidad, Coord. Administrativa y Financiera	13/07/07	0	13/07/07	Creación del documento.	13/07/07
Políticas para el control del ambiente en zonas de trabajo	GA-N-01	Magnética calidad. Original dura oficina administración.	Auxiliar de calidad, Coord. Administrativa y Financiera	07/07/07	0	07/07/07	Creación del documento.	07/07/07
Tablero de control de indicadores gestión ambiente de trabajo	GC-F-13	Magnética calidad. Original dura oficina administración.	Auxiliar de calidad, Coord. Administrativa y Financiera	27/09/07	1	27/09/07	Modificación por reducción indicadores ver registro de modificación.	27/09/07

Proceso: Gestión del Talento Humano

IDENTIFICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN					ACTUALIZACIÓN			
DOCUMENTO	CODIGO	DISTRIBUCIÓN	RESPONSABLE DE COPIAS	FECHA APROBACIÓN	VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	CAMBIOS	FECHA DE REVISIÓN
Estructura organizacional Spect medicina nuclear Ltda.	—	Coordinación Administrativa.	Coord. Administrativa y Financiera	10/04/07	0	03/02/07	Creación del documento	03/02/07
Mapa de cargos Spect medicina nuclear Ltda.	—	Coordinación Administrativa.	Coord. Administrativa y Financiera	10/04/07	0	03/02/07	Creación del documento	03/02/07
Procedimiento: Selección del personal	GT-P-01	Coordinación Administrativa.	Coord. Administrativa y Financiera	10/04/07	0	11/11/06	Creación del documento	08/03/07
Procedimiento de contratación de personal.	GT-P-02	Coordinación Administrativa.	Coord. Administrativa y Financiera	10/04/07	0	11/11/06	Creación del documento	08/03/07
Formato hoja de vida funcionario	GT-F-02	Coordinación Administrativa.	Coord. Administrativa y Financiera	10/11/06	0	10/11/06	Creación del documento	10/11/06
Procedimiento de inducción y entrenamiento de personal nuevo	GT-P-03	Coordinación Administrativa.	Coord. Administrativa y Financiera	10/04/07	0	17/11/06	Creación del documento	08/03/07
Procedimiento de formación y capacitación	GT-P-04	Coordinación Administrativa.	Coord. Administrativa y Financiera	10/04/07	0	17/11/06	Creación del documento	08/03/07
Plan de formación/capacitación	GT-F-05	Coordinación Administrativa.	Coord. Administrativa y Financiera	10/04/07	0	17/11/06	Creación del documento	10/04/07
Procedimiento de evaluación del desempeño	GT-P-05	Coordinación Administrativa.	Coord. Administrativa y Financiera	10/04/07	0	17/11/06	Creación del documento	08/03/07
Instructivo instrumento de evaluación de desempeño	GT-I-01	Coordinación Administrativa	Coord. Administrativa y Financiera	10/04/07	0	14/02/07	Creación del documento	10/04/07
Diccionario de competencias	—	Coordinación Administrativa	Coord. Administrativa y Financiera	10/04/07	0	18/01/07	Creación del documento	10/04/07
Políticas para el manejo de comunicaciones internas.	GT-N-01	Coordinación Administrativa	Coord. Administrativa y Financiera	10/04/07	0	17/11/06	Creación del documento	10/04/07
Procedimiento para la ejecución del programa de salud ocupacional	GT-P-06	Coordinación Administrativa	Coord. Administrativa y Financiera	10/04/07	0	24/11/06	Creación del documento	10/04/07
Cronograma de actividades para la gestión en salud ocupacional	GT-F-06	Coordinación Administrativa	Coord. Administrativa y Financiera	10/04/07	0	24/01/07	Creación del documento	10/04/07
Planilla de control de ausentismo	GT-F-07	Coordinación Administrativa	Coord. Administrativa y Financiera	24/01/07	0	24/01/07	Creación del documento	24/01/07

IDENTIFICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN					ACTUALIZACIÓN			
DOCUMENTO	CODIGO	DISTRIBUCIÓN	RESPONSABLE DE COPIAS	FECHA APROBACIÓN	VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	CAMBIOS	FECHA DE REVISIÓN
Tablero de control de indicadores proceso gestión del talento humano	GC-F-13	Coordinación Administrativa	Coord. Administrativa y Financiera	10/04/07	0	24/01/07	Creación del documento	10/04/07
REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO	—	Coordinación Administrativa	Coord. Administrativa y Financiera	23/05/2001	—	23/05/2001	Creación del documento	23/05/01

Proceso: Gestión de Contratos y servicio al cliente

IDENTIFICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN					ACTUALIZACIÓN			
DOCUMENTO	CODIGO	DISTRIBUCIÓN	RESPONSABLE DE COPIAS	FECHA APROBACIÓN	VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	CAMBIOS	FECHA DE REVISIÓN
Procedimiento para la Gestión de Quejas y reclamos	GS-P-01	Coordinación Administrativa.	Coord. Administrativa y Financiera	15/05/07	0	24/08/06	Creación del documento	06/09/06
Procedimiento de Evaluación y Satisfacción al cliente	GS-P-02	Coordinación Administrativa.	Coord. Administrativa y Financiera	15/05/07	0	01/09/06	Creación del documento	13/09/06
Procedimiento de Gestión de Contratos	GS-P-03	Coordinación Administrativa.	Coord. Administrativa y Financiera	15/05/07	0	08/09/06	Creación del documento	02/10/06
Procedimiento Visita de seguimiento al cliente	GS-P-04	Coordinación Administrativa.	Coord. Administrativa y Financiera	15/05/07	0	01/09/06	Creación del documento	13/09/06
Portafolio de Servicios	GS-F-06	Coordinación Administrativa.	Coord. Administrativa y Financiera	15/05/07	0	15/05/07	Creación del documento	15/05/07
Aplicación de la encuesta de satisfacción al cliente	—	Coordinación Administrativa.	Coord. Administrativa y Financiera.	15/05/07	0	01/09/06	Creación del documento	13/09/06
Caracterización del proceso Gestión de Contratos y Servicio al cliente	GS-C-01	Coordinación Administrativa.	Coord. Administrativa y Financiera.	23/08/06	0	14/08/06	Creación del documento	23/08/06
Listado de contratos o convenios	GS-F-05	Coordinación Administrativa	Coordinación Administrativa	15/05/07	0	15/05/07	Creación del documento	15/05/07

Proceso: Gestión de compras y contratación

IDENTIFICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN	ACTUALIZACIÓN
-------------------------------	---------------

DOCUMENTO	CODIGO	DISTRIBUCIÓN	RESPONSABLE DE COPIAS	FECHA APROBACIÓN	VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	CAMBIOS	FECHA DE REVISIÓN
Caracterización del procesos de gestión de compras y contratación	CC-C-01	Magnética calidad. Original dura Coordinación Administrativa	Coord. Administrativa y Financiera/ Aux. de calidad.	12/06/07	0	08/06/07	Creación del documento	08/06/07
Procedimiento para realizar compras y contratación de servicios.	CC-P-01	Magnética calidad. Original dura Coordinación Administrativa.	Coord. Administrativa y Financiera/ Aux. de calidad.	12/06/07	0	08/06/07	Creación del documento	08/06/07
Procedimiento de recibo y verificación producto/servicio comprado	CC-P-02	Magnética calidad. Original dura Coordinación Administrativa.	Coord. Administrativa y Financiera/ Aux. de calidad.	12/06/07	0	08/06/07	Creación del documento	08/06/07
Procedimiento Almacenamiento de insumos y elementos comprados.	CC-P-03	Magnética calidad. Original dura Coordinación Administrativa.	Coord. Administrativa y Financiera/ Aux. de calidad.	12/06/07	0	08/06/07	Creación del documento	08/06/07
Procedimiento Evaluación de desempeño de proveedores.	CC-P-04	Magnética calidad. Original dura Coordinación Administrativa.	Coord. Administrativa y Financiera/ Aux. de calidad.	12/06/07	0	08/06/07	Creación del documento	08/06/07

Proceso: Facturación y Recaudo

IDENTIFICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN					ACTUALIZACIÓN			
DOCUMENTO	CODIGO	DISTRIBUCIÓN	RESPONSABLE DE COPIAS	FECHA APROBACIÓN	VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	CAMBIOS	FECHA DE REVISIÓN
Caracterización del proceso de Facturación y Recaudo.	FR-C-01	Original magnético en calidad. Copia original impresa en Administración.	Coord. Administrativa y Financiera/Auxiliar de Calidad	18/07/07	1	17/07/07	Modificación del documento cambio de logo.	05/06/07
Procedimiento de Facturación.	FR-P-01	Original magnético en calidad. Copia original impresa en Administración.	Coord. Administrativa y Financiera/Auxiliar de Calidad	18/07/07	1	17/07/07	Modificación del documento cambio de logo.	05/07/07
Procedimiento de gestión de cobro e informes de cartera.	FR-P-03	Original magnético en calidad. Copia original impresa en Administración.	Coord. Administrativa y Financiera/Auxiliar de Calidad	18/07/07	1	17/07/07	Modificación del documento cambio de logo.	05/07/07
Tablero de control de indicadores proceso facturación y Recaudo.	—	Original magnético en calidad. Copia original impresa en Administración.	Coord. Administrativa y Financiera/Auxiliar de Calidad	18/07/07	1	17/07/07	Modificación del documento cambio de logo.	05/07/07

Proceso: Infraestructura

IDENTIFICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN					ACTUALIZACIÓN			
DOCUMENTO	CODIGO	DISTRIBUCIÓN	RESPONSABLE DE COPIAS	FECHA APROBACIÓN	VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	CAMBIOS	FECHA DE REVISIÓN
Caracterización proceso de infraestructura	GI-C-01	Original magnética calidad. Copia dura Administración	Auxiliar de calidad	27/06/07	0	27/06/07	Creación del documento	29/08/06
Procedimiento mantenimiento preventivo	GI-P-01	Original magnética calidad. Copia dura Administración	Auxiliar de calidad	27/06/07	0	27/06/07	Creación del documento	27/06/07
Cronograma Mantenimiento preventivo	GI-F-01	Original magnética calidad. Copia dura Administración Copia dura lab celulas.	Auxiliar de calidad	27/06/07	0	27/06/07	Creación del documento	27/06/07
Listado de equipos médicos y de computo	GI-F-02	Original magnética calidad. Copia dura Administración	Auxiliar de calidad	27/06/07	0	27/06/07	Creación del documento	27/06/07
Listado de equipos de medición	GI-F-03	Original magnética calidad. Copia dura Administración	Auxiliar de calidad	27/06/07	0	27/06/07	Creación del documento	27/06/07
Políticas de verificación y calibración de equipos de medición	GI-N-01	Original magnética calidad. Copia dura Administración	Auxiliar de calidad	27/06/07	0	27/06/07	Creación del documento	27/06/07
Instructivo Flood de uniformidad	GI-I-01	Original magnética calidad. Copia dura Administración Copia controlada área asistencial	Auxiliar de calidad	27/06/07	0	27/06/07	Creación del documento	27/06/07
Instructivo centro de rotación (COR)	GI-I-02	Original magnética calidad. Copia dura Administración Copia controlada área asistencial	Auxiliar de calidad	27/06/07	0	27/06/07	Creación del documento	27/06/07
Instructivo parqueo del Gantry SMV	GI-I-03	Original magnética calidad.	Auxiliar de calidad	27/06/07	0	27/06/07	Creación del documento	27/06/07

IDENTIFICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN					ACTUALIZACIÓN			
DOCUMENTO	CODIGO	DISTRIBUCIÓN	RESPONSABLE DE COPIAS	FECHA APROBACIÓN	VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	CAMBIOS	FECHA DE REVISIÓN
		Copia dura Administración Copia controlada área asistencial						
Instructivo de Peaking gammacamara siemens	GI-I-04	Original magnética calidad. Copia dura Administración Copia controlada área asistencial	Auxiliar de calidad	27/06/07	0	27/06/07	Creación del documento	27/06/07
Procedimiento mantenimiento correctivo	GI-P-02	Original magnética calidad. Copia dura Administración	Auxiliar de calidad	27/06/07	0	27/06/07	Creación del documento	27/06/07
Tablero de control de indicadores	GC-F-13	Original magnética calidad. Copia dura Administración	Auxiliar de calidad	27/06/07	0	27/06/07	Creación del documento	27/06/07

LISTADO MAESTRO DE REGISTROS

PROCESO: GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA

IDENTIFICACION				ALMACENAMIENTO			TIEMPO DE ALMACENAMIENTO (ARCHIVO ACTIVO)	DISPOSICIÓN FINAL (ARCHIVO INACTIVO)
CÓDIGO	VERSION	NOMBRE DEL REGISTRO	RESPONSABLE	ESTADO	UBICACION	ACCESO		
GC-F-01	0	Acta de Realización de Equipos de trabajo.	Coord. Administrativa y financiera / Auxiliar de Calidad.	Impreso	Coordinación Administrativa	Restringido	12 meses	12 meses
GC-F-05	0	Formato de Creación o Modificación de Documentos.	Coord. Administrativa y financiera / Auxiliar de Calidad.	Impreso	Coordinación Administrativa	General	12 meses	12 meses
GC-F-06	1	Formato de reporte de acciones correctivas y preventivas.	Coord. Administrativa y financiera.	Impreso	Coordinación Administrativa	Restringido	12 meses	12 meses
GC-F-07	0	Formato de Control y Seguimiento de acciones correctivas y preventivas.	Coord. Administrativa y financiera / Auxiliar de Calidad.	Impreso	Coordinación Administrativa	Restringido	12 meses	12 meses
GC-F-08	1	Formato de Gestión de no conformidad.	Funcionario de Spect Medicina Nuclear.	Impreso	Coordinación Administrativa	General	12 meses	12 meses
GC-F-09	0	Formato de Plan e Informe de Auditoría.	Equipo auditor.	Impreso	Coordinación Administrativa	Restringido	12 meses	12 meses
GC-F-10	0	Formato Lista de Verificación.	Equipo auditor/ Auditor	Impreso	Coordinación Administrativa	Restringido	12 meses	12 meses
GC-F-14	0	Formato Programa Auditoria Interna.	Coord. Administrativa y financiera / Auxiliar de Calidad.	Impreso	Coordinación Administrativa	Restringido	12 meses	12 meses
GC-F-11	0	Formato de Informe de Revisión Gerencial.	Coord. Administrativa y financiera / Auxiliar de Calidad.	Impreso	Coordinación Administrativa	Restringido	12 meses	12 meses
GC-F-12	0	Formato de seguimiento de acciones a tomar para revisión Gerencial.	Coord. Administrativa y financiera / Auxiliar de Calidad.	Impreso	Coordinación Administrativa	Restringido	12 meses	12 meses
GC-F-13	0	Formato Tablero de control de indicadores	Coord. Administrativa y financiera / Auxiliar de Calidad.	Impreso, magnético.	Coordinación Administrativa	Restringido	12 meses	—
GC-F-14	0	Formato: Programa de auditoria interna	Coord. Administrativa y financiera / Auxiliar de Calidad.	Impreso, magnético.	Coordinación Administrativa	Restringido	12 meses	—
GC-F-02	0	Formato: Listado maestro documentos internos	Coord. Administrativa y financiera / Auxiliar de Calidad.	Magnético.	Coordinación Administrativa	General	12 meses	—

IDENTIFICACION				ALMACENAMIENTO			TIEMPO DE ALMACENAMIENTO (ARCHIVO ACTIVO)	DISPOSICIÓN FINAL (ARCHIVO INACTIVO)
CÓDIGO	VERSION	NOMBRE DEL REGISTRO	RESPONSABLE	ESTADO	UBICACION	ACCESO		
GC-F-03	0	Formato: Listado maestro documentos externos	Coord. Administrativa y financiera / Auxiliar de Calidad.	Magnético.	Coordinación Administrativa	General	12 meses	—
GC-F-04	0	Formato: Listado de registros	Coord. Administrativa y financiera / Auxiliar de Calidad.	Magnético.	Coordinación Administrativa	General	12 meses	—

PROCESO: DIAGNOSTICO

IDENTIFICACION				ALMACENAMIENTO			TIEMPO DE ALMACENAMIENTO (ARCHIVO ACTIVO)	DISPOSICIÓN FINAL (ARCHIVO INACTIVO)
CÓDIGO	VERSION	NOMBRE DEL REGISTRO	RESPONSABLE	ESTADO	UBICACION	ACCESO		
—	0	Planilla de control de citas.	Auxiliar Administrativa	Magnético	Recepción	General	6 meses	—
DI-F-02	0	Orden de servicio	Auxiliar Administrativa	Impreso	Archivo activo	General	12 meses	5 años
DI-F-04	0	Planilla ocupación diaria gammacámaras	Tecnólogos-Auxiliar asistencial	Impreso	Área asistencial	General	6 meses	—
DI-F-03	0	Registro de dosis diagnósticas	Tecnólogos-Auxiliar asistencial	Impreso	Sala de gammacámaras	General	12 meses	12 meses
—	0	Informe de resultados	Auxiliar Administrativa	Magnético-Impreso	Recepción	Restringido	12 meses	—
DI-F-05	0	Planilla análisis de concordancia	Médico Nuclear	Impreso	Consultorios	Restringido	12 meses	12 meses

PROCESO: TRATAMIENTO

Proceso: TRATAMIENTO								
IDENTIFICACION				ALMACENAMIENTO			TIEMPO DE ALMACENAMIENTO (ARCHIVO ACTIVO)	DISPOSICIÓN FINAL (ARCHIVO INACTIVO)
CÓDIGO	VERSION	NOMBRE DEL REGISTRO	RESPONSABLE	ESTADO	UBICACION	ACCESO		
TO-F-01	2	Formato adquisición datos clínicos	Auxiliar de calidad	Impreso	Magnética calidad Impresa recepción	restringido	12 meses	12 meses
-----	0	Formato datos clínicos procedimientos especiales	Auxiliar de calidad	Impreso	Magnética calidad Impresa recepción	restringido	12 meses	12 meses

PROCESO: GESTION DE AMBIENTE DE TRABAJO

IDENTIFICACION				ALMACENAMIENTO			TIEMPO DE ALMACENAMIENTO (ARCHIVO ACTIVO)	DISPOSICIÓN FINAL (ARCHIVO INACTIVO)
CÓDIGO	VERSION	NOMBRE DEL REGISTRO	RESPONSABLE	ESTADO	UBICACION	ACCESO		
GA-F-01	1	Registro de vigilancia radiológica de las instalaciones	Tecnólogo	Impreso	Sala gammacámaras	General	12 meses	12 meses
GA-F-02	0	Registro de accidentes e incidentes radiológicos	Tecnólogo	Impreso	Sala gammacámaras	General	12 meses	12 meses
GA-F-03	1	Registro medición de área y superficies en zona de tratamiento	Tecnólogo	Impreso	Sala gammacámaras	General	12 meses	12 meses
GA-F-04	0	Registro de pacientes sometido a tratamiento intrahospitalario	Tecnólogo	Impreso	Recepción	General	12 meses	12 meses
GA-F-05	0	Registro actividad drenada generador tc-99	Tecnólogo	Impreso	Cuarto cliente	General	12 meses	12 meses
GA-F-06	1	Registro de radiofármacos no utilizados al final del día	Tecnólogo	Impreso	Cuarto cliente	General	12 meses	12 meses
GA-F-07	1	Registro conteo de superficie bulto	Tecnólogo	Impreso	Sala gammacámaras	General	12 meses	12 meses
GA-F-08	1	Registro conteo de área bulto	Tecnólogo	Impreso	Sala gammacámaras	General	12 meses	12 meses
GA-F-10	0	Registro de desechos radiactivos en contenedores 1 y 2	Tecnólogo	Impreso	Sala gammacámaras	General	12 meses	12 meses
GA-F-12	0	Registro de medición de compartimientos y bolsas en la habitación de yodoterapia	Tecnólogo	Impreso	Recepción	General	12 meses	12 meses
GA-F-13	0	Registro de pacientes sometido a tratamiento ambulatorio con I-131 y rastreo corporal total	Tecnólogo	Impreso	Recepción	General	12 meses	12 meses

PROCESO: GESTION DEL TALENTO HUMANO

IDENTIFICACION				ALMACENAMIENTO			TIEMPO DE ALMACENAMIENTO (ARCHIVO ACTIVO)	DISPOSICIÓN FINAL (ARCHIVO INACTIVO)
CÓDIGO	VERSION	NOMBRE DEL REGISTRO	RESPONSABLE	ESTADO	UBICACION	ACCESO		
—	0	Contratos de trabajo	Coord. Administrativa y financiera	Impreso	Coordinación Administrativa	Restringido	12 meses	12 meses
—	0	Hojas de vida aspirantes	Coord. Administrativa y financiera	Impreso	Coordinación Administrativa	General	12 meses	12 meses

IDENTIFICACION				ALMACENAMIENTO			TIEMPO DE ALMACENAMIENTO (ARCHIVO ACTIVO)	DISPOSICIÓN FINAL (ARCHIVO INACTIVO)
CÓDIGO	VERSION	NOMBRE DEL REGISTRO	RESPONSABLE	ESTADO	UBICACION	ACCESO		
GT-F-03	0	Formato de evaluación del programa de inducción y entrenamiento	Coord. Administrativa y financiera/ Aux. de calidad	Impreso	Coordinación Administrativa	General	12 meses	12 meses
GT-F-04	0	Formato de entrenamiento	Coord. Administrativa y financiera/ Aux. de calidad	Impreso	Coordinación Administrativa	General	12 meses	12 meses
GT-F-08	0	Encuestas de necesidad de educación a cliente interno	Coord. Administrativa y financiera/ Aux. de calidad	Impreso	Coordinación Administrativa	General	12 meses	6 meses
GT-F-09	0	Encuestas de necesidad de educación a los líderes de proceso	Coord. Administrativa y financiera/ Aux. de calidad	Impreso	Coordinación Administrativa	General	12 meses	6 meses
GT-F-10	0	Evaluación evento de formación	Coord. Administrativa y financiera/ Aux. de calidad	Impreso	Coordinación Administrativa	General	12 meses	12 meses
GT-F-01	0	Control de asistencia de eventos formativos	Coord. Administrativa y financiera/ Aux. de calidad	Impreso	Coordinación Administrativa	General	12 meses	12 meses
GT-F-02	0	Memorando interno	Coord. Administrativa y financiera	Impreso	Coordinación Administrativa	General	12 meses	12 meses
GT-F-06	0	Instrumentos de evaluación del desempeño	Coord. Administrativa y financiera/ Aux. de calidad.	Impreso	Coordinación Administrativa	Restringido	12 meses	12 meses
GT-F-07	0	Planilla de control de ausentismo	Coord. Administrativa y financiera	Impreso/magnético	Coordinación Administrativa	General	12 meses	12 meses

PROCESO: GESTIÓN DE CONTRATOS Y SRVICIO AL CLIENTE

IDENTIFICACION				ALMACENAMIENTO			TIEMPO DE ALMACENAMIENTO (ARCHIVO ACTIVO)	DISPOSICIÓN FINAL (ARCHIVO INACTIVO)
CÓDIGO	VERSION	NOMBRE DEL REGISTRO	RESPONSABLE	ESTADO	UBICACION	ACCESO		
GS-F-01	0	Formato de Quejas Reclamos y Sugerencias	Coord. Administrativa y financiera / Auxiliar administrativa	Magnético Impreso	Magnético calidad Recepción	General	12 meses	12 meses

IDENTIFICACION				ALMACENAMIENTO			TIEMPO DE ALMACENAMIENTO (ARCHIVO ACTIVO)	DISPOSICIÓN FINAL (ARCHIVO INACTIVO)
CÓDIGO	VERSION	NOMBRE DEL REGISTRO	RESPONSABLE	ESTADO	UBICACION	ACCESO		
GS-F-02	0	Encuesta de satisfacción de pacientes o usuarios	Auxiliar administrativa/Auxiliar de calidad	Magnético Impreso	Magnético calidad Recepción	General	12 meses	12 meses
GS-F-03	0	Encuesta de satisfacción al cliente-EPS	Auxiliar administrativa/Auxiliar de calidad	Magnético Impreso	Magnético calidad Recepción	General	12 meses	12 meses
GS-F-04	0	Encuesta de satisfacción al cliente-Médico	Auxiliar administrativa/Auxiliar de calidad	Magnético Impreso	Magnético calidad Recepción	General	12 meses	12 meses
GS-F-05	0	Encuesta de satisfacción de pacientes o usuarios tratamiento	Auxiliar administrativa/Auxiliar de calidad	Magnético Impreso	Magnético calidad Recepción	General	12 meses	12 meses

PROCESO: GESTIÓN DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN

IDENTIFICACION				ALMACENAMIENTO			TIEMPO DE ALMACENAMIENTO (ARCHIVO ACTIVO)	DISPOSICIÓN FINAL (ARCHIVO INACTIVO)
CÓDIGO	VERSION	NOMBRE DEL REGISTRO	RESPONSABLE	ESTADO	UBICACION	ACCESO		
CC-F-01	0	Inscripción y Selección de proveedores	Coord. Administrativa y financiera/Gerente General	Impreso	Coordinación Administrativa	Restringido	12 meses	12 meses
CC-F-02	0	Matriz de evaluación y selección de proveedores	Coord. Administrativa y financiera	Impreso	Coordinación Administrativa	Restringido	12 meses	12 meses
CC-F-03	0	Listado de proveedores aprobados	Coord. Administrativa y financiera/Gerente General	Impreso	Coordinación Administrativa	Restringido	12 meses	12 meses
CC-F-04	0	Orden de Compra/Servicio	Coord. Administrativa y financiera	Impreso	Coordinación Administrativa	General	12 meses	12 meses
CC-F-05	0	Requisición de suministros/servicios	Líder de proceso/ Funcionarios de Spect Medicina Nuclear.	Impreso	Coordinación Administrativa	General	12 meses	12 meses
CC-F-06	0	Tipología de compras y contratación de servicio.	Coord. Administrativa y financiera	Impreso	Coordinación Administrativa	Restringido	12 meses	12 meses

IDENTIFICACION				ALMACENAMIENTO			TIEMPO DE ALMACENAMIENTO (ARCHIVO ACTIVO)	DISPOSICIÓN FINAL (ARCHIVO INACTIVO)
CÓDIGO	VERSION	NOMBRE DEL REGISTRO	RESPONSABLE	ESTADO	UBICACION	ACCESO		
CC-F-07	0	Formato de verificación en la recepción de productos comprados.	Tecnólogos, Auxiliar Técnica y Coord. Administrativa Asistencial.	Impreso	Coordinación médica y Área asistencial.	General	12 meses	12 meses
CC-F-08	0	Control de ambiente para almacenamiento de insumos y elementos comprados.	Tecnólogos, Auxiliar Técnica y Coord. Administrativa Asistencial.	Impreso	Coordinación médica y Área asistencial.	General	12 meses	12 meses
—	0	Kardex	Tecnólogos, Auxiliar Técnica y Coord. Administrativa Asistencial.	Impreso	Coordinación médica y Área asistencial.	General	12 meses	12 meses
CC-F-09	0	Requisición interna de suministros de papelería.	Auxiliar administrativa, Auxiliar contable.	Impreso	Administración-contabilidad y recepción.	General	12 meses	12 meses

PROCESO: FACTURACIÓN Y RECAUDO

IDENTIFICACION				ALMACENAMIENTO			TIEMPO DE ALMACENAMIENTO (ARCHIVO ACTIVO)	DISPOSICIÓN FINAL (ARCHIVO INACTIVO)
CÓDIGO	VERSION	NOMBRE DEL REGISTRO	RESPONSABLE	ESTADO	UBICACION	ACCESO		
—	—	Autorizaciones de pacientes	Auxiliar Administrativa/Auxiliar contable.	Impreso	Administración: Contabilidad y Recepción.	Restringido	1 mes	—
—	—	Orden de autorización médica	Auxiliar Administrativa/Auxiliar contable.	Impreso	Administración: Contabilidad y Recepción.	Restringido	1 mes	—
—	—	Orden de suministros de insumos	Auxiliar Administrativa/Auxiliar contable.	Impreso	Administración: Contabilidad y Recepción.	Restringido	1 mes	—
—	—	Factura particular	Auxiliar Administrativa/Auxiliar contable.	Impreso	Administración: Contabilidad y Recepción.	Restringido	1 año	4 años
—	—	Planilla de movimientos diarios de servicios prestados	Auxiliar Administrativa/Auxiliar contable.	Impreso	Administración: Contabilidad y Recepción.	Restringido	1 mes	—

PROCESO: GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA

IDENTIFICACION				ALMACENAMIENTO			TIEMPO DE ALMACENAMIENTO (ARCHIVO ACTIVO)	DISPOSICIÓN FINAL (ARCHIVO INACTIVO)
CÓDIGO	VERSIÓN	NOMBRE DEL REGISTRO	RESPONSABLE	ESTADO	UBICACION	ACCESO		
GI-F-03	0	Formato hoja de vida equipos médicos y de computo	Coordinadora administrativa y Financiera/Aux de calidad	Impreso	Administración:	Restringido	3 años	1 año
GI-F-04	0	Formato hoja de vida equipos de medición	Coordinadora administrativa y Financiera/Aux de calidad	Impreso	Administración:	Restringido	3 años	1 año
GI-F-06	0	Solicitud de mantenimiento correctivo	Coordinadora administrativa y Financiera/Aux de calidad	Impreso	Administración: Contabilidad y Recepción.	Restringido	1 año	1 año
GI-F-07	0	Control de temperatura y humedad del ambiente	Coordinadora administrativa y Financiera/Aux de calidad	Impreso	Administración: Contabilidad y Recepción.	Restringido	1 año	1 año

ANEXO E. PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES

 <i>Spect Medicina Nuclear Ltda.</i>	PROCEDIMIENTO ASIGNACIÓN DE CITAS PROCESOS ASISTENCIALES	FECHA:	11/09/07
		CÓDIGO:	DI-P-01
		VERSIÓN:	1
		PÁGINA 247 DE 338	

1. OBJETIVO

Establecer los pasos a seguir para la gestión en la asignación de citas a pacientes/usuarios que soliciten la realización de procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

ALCANCE

Este procedimiento es empleado por la auxiliar administrativa desde que el usuario/paciente solicita la cita telefónica o personalmente hasta que se le asigna cita para la realización del examen o procedimiento.

3. DOCUMENTOS APLICABLES

Planilla de control de citas
Instrucciones a pacientes
Listado contratos o convenios GS-F-05.

4. DESARROLLO

Nº	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTO / REGISTRO
1.	Auxiliar Administrativa.	INICIO Atiende llamada telefónica para solicitud de cita del paciente/usuario. Pase a la actividad 3.	
2.	Auxiliar Administrativa.	INICIO Recibe al paciente/usuario, que llega personalmente a solicitar cita para el procedimiento. Pase a la actividad 4.	
3.	Auxiliar Administrativa.	Consulta al usuario, si está autorizado por una entidad prestadora de servicios de salud, y si tiene el número de autorización y/o código del procedimiento del examen. Si No está autorizado pase a la Actividad 5. Si está autorizado y cumple con los requisitos dispuestos en el contrato o convenio de la entidad prestadora de servicios de salud a la que pertenece, pase a la	Ver Listado de contratos o convenio GS-F-05.

		Actividad 6.	
4.	Auxiliar Administrativa.	Revisa la orden del médico y la orden de autorización de la entidad de salud a la que pertenece. Si No está autorizado pase a la Actividad 5. Si el paciente está autorizado y cumple con los requisitos dispuestos en el contrato o convenio de la entidad prestadora de servicios de salud a la que pertenece, pase a la Actividad 6.	Ver Listado de contratos o convenios GS-F-05.
5.	Auxiliar Administrativa.	Si el paciente no está autorizado, o no trae la orden de autorización, indica que tramite debe hacer para obtener la autorización según la entidad de salud a la que pertenece. Pase a la actividad 6. Si es Particular: determina la orden médica y observa el nombre del examen. Pase a la actividad 6. Si No trae la orden médica no se le asigna cita, FIN.	
6.	Auxiliar Administrativa.	Escribe en la planilla de control de citas: hora, nombre completo y apellidos del paciente, documento de identidad, edad, teléfono, fecha, nombre del estudio, tipo de afiliación (cotizante o beneficiario) y la entidad de salud a la que pertenece. CITAS PARA TRATAMIENTOS Solicita orden médica, verifica que tipo de tratamiento se va a realizar y asigna cita para valoración y programación del tratamiento. Escribe datos del paciente en la agenda para tratamientos y rastreos; indica que debe traer historia clínica, laboratorios, patologías, exámenes realizados según lo establecido en los protocolos. Adicionalmente le informa al paciente/usuario que es necesario traer un acompañante para la cita de programación.	Planilla de control de citas

7.	Auxiliar Administrativa.	Cuando el usuario es atendido por una llamada telefónica o personalmente: 1. Explica el procedimiento al usuario detalladamente (tiempo de duración, y en que consiste). 2. Indica la preparación del paciente (paciente llamada telefónica) o suministra instrucciones de preparación a pacientes (paciente que llega personalmente), si el protocolo del examen lo amerita. 3. Informa al usuario que debe traer fotocopia de documento de identidad, fotocopia de carné, historia clínica, laboratorios, exámenes anteriores (de acuerdo al protocolo del procedimiento) y requisitos pactados en el contrato o convenio de la entidad de servicios de salud a la que pertenece. 4. Informa el valor del copago o cuota moderadora que debe traer el día de la cita según la modalidad de afiliación del paciente.	Instrucciones a pacientes.
8.	Auxiliar Administrativa.	Informa fecha y hora de la cita al usuario. FIN Pacientes Hospitalizados, se les asigna cita el mismo día, se les informa que deben traer la autorización de la entidad de salud y se les da la preparación al responsable del paciente de la clínica u hospital (trabajador social, enfermera jefe, jefe de piso etc.). FIN.	

ELABORADO POR: Auxiliar de Calidad	REVISADO POR: Coord. Administrativa y Financiera.	APROBADO POR: Gerente General
FECHA: 07/09/07	FECHA: 09/09/07	FECHA: 11/09/07

 Spect Medicina Nuclear Ltda.	PROCEDIMIENTO ADMISIONES PROCESOS ASISTENCIALES	FECHA:	08/05/07
		CÓDIGO:	DI-P-02
		VERSIÓN:	0
		PÁGINA 250 DE 338	

1. OBJETIVO

Establecer las acciones a seguir para la gestión en la admisión de pacientes/usuarios en el proceso diagnóstico y tratamiento.

ALCANCE

Este procedimiento es empleado por la auxiliar administrativa desde que el usuario/paciente llega a cumplir con la cita programada hasta que se ingresa al sistema para su admisión y facturación.

3. DOCUMENTOS APLICABLES

Planilla de control de citas
Listado de Contratos o Convenio
Orden de servicio

GS-F-05.
DI-F-02.

4. DESARROLLO

Nº	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTO / REGISTRO
1.	Auxiliar Administrativa.	INICIO Recibe y atiende al paciente/usuario que llega a cumplir la cita.	
2.	Auxiliar Administrativa.	Busca al paciente en la planilla de control de citas que está en el sistema y confirma su asistencia y el examen a realizar.	Planilla de control de citas
3.	Auxiliar Administrativa.	Solicita documentos al paciente/usuario, de acuerdo al tipo de afiliación con la entidad de salud. Verifica que los siguientes documentos estén completos y bien diligenciados: fotocopias documento de identidad (CC., TI., R.C) y carné, Orden médica, orden de autorización de la entidad de salud y Bonos si se requieren. Particulares: Revisa orden del médico, verifica datos personales y fotocopia del documento de identidad. Hospitalizados: Solicita orden de autorización y documentos, al	

		acompañante (responsable de IPS, o familiar), se revisa historia clínica se obtienen los datos personales y se digitan en el sistema de facturación. Pacientes Hospitalizados y Ambulatorios FOSCAL: Se digitan sus datos en el sistema interno de la clínica. Pacientes para Tratamiento y que las órdenes estén remitidas a la FOSCAL se digitan en el sistema interno de la clínica.	
4.	Auxiliar Administrativa.	Verifica que el paciente cumpla con los requisitos de preparación para el examen (según protocolo). Si el paciente no cumple con la preparación, Médico Nuclear define si se pospone la cita, o si se realiza el procedimiento.	
5.	Auxiliar Administrativa.	Determina que el paciente firme la orden de autorización de la entidad de salud, proporcionando el visto bueno para la realización del procedimiento.	
6.	Auxiliar Administrativa.	Recauda el valor del copago de acuerdo a la modalidad de afiliación ante la entidad de salud (según disposiciones del contrato o convenio). A pacientes particulares se recauda la totalidad del costo del examen, según tarifas estipuladas.	Listado de Contratos o Convenio GS-F-05.
7.	Auxiliar Administrativa.	Solicita estudios anteriores (laboratorios, otros exámenes) y se relacionan en el formato de orden de servicio, para realizar el control del producto suministrado por el usuario.	Orden de servicio DI-F-02.
8.	Auxiliar Administrativa.	Elabora factura. Si es entidad de salud se genera la orden de servicio del sistema, la original se envía a facturación. Si es particular se diligencia la factura; la hoja original se le entrega al paciente/usuario, la copia amarilla se envía a facturación y la copia rosada se entrega al	

		tecnólogo y posteriormente se archiva en secretaría.	
9.	Auxiliar Administrativa.	Prepara la chuspa plástica con la orden de servicio amarilla y estudios anteriores si los tiene. La chuspa se clasifica según colores: Rojo: Hospitalizados y/o Urgencias. Verde: Particulares, Aseguradoras y Medicina prepagada. Transparente: Demás usuarios. Entrega la chuspa plástica al Tecnólogo.	
10.	Auxiliar Administrativa.	Indica al paciente que se siente y espere a que sea llamado. FIN	

ELABORADO POR: Auxiliar de Calidad	REVISADO POR: Coord. Administrativa y Financiera.	APROBADO POR: Gerente General
FECHA: 22/11/06	FECHA: 24/11/06	FECHA: 08/05/07

 Spect Medicina Nuclear Ltda.	PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL PROCESO DIAGNOSTICO	FECHA:	08/05/07
		CÓDIGO:	DI-P-03
		VERSIÓN:	0
		PÁGINA 253 DE 338	

1. OBJETIVO

Establecer los pasos a seguir en la realización de exámenes de Gammagrafías para el proceso diagnóstico.

ALCANCE

Este procedimiento es empleado por el personal asistencial de la empresa desde que el usuario/paciente es llamado para la realización del examen hasta el análisis y diagnóstico realizado por el Médico Nuclear.

3. DOCUMENTOS APLICABLES

Orden de Servicio	DI-F-02.
Manual de Protocolos Médicos para Procesos Asistenciales	DI-M-01.
Planilla ocupación diaria gammacámaras	DI-F-04.
Registro de dosis diagnósticas	DI-F-03.

4. DESARROLLO

N°	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTO / REGISTRO
1.	Tecnólogo/Auxiliar Asistencial	INICIO Cada día de trabajo al iniciar labores enciende el equipo de Gammacámaras y ejecuta el parking del equipo. Si se ejecuta normalmente el parking (autoverificación) se puede realizar los exámenes programados en el día. Si la autoverificación registra un mensaje de error, reporta a la coord. Administrativa y financiera para que informe a la empresa de mantenimiento y se haga cargo de la situación presentada.	
2.	Tecnólogo/auxiliar asistencial/Coord. Administrativa y asistencial.	Recoge chuspa plástica con los documentos del paciente, según orden programada por la Auxiliar Administrativa.	Orden de Servicio DI-F-02.
3.	Tecnólogo/Auxiliar asistencial/Coord. Administrativa y asistencial.	Realiza llamado al paciente, para empezar a efectuar el examen al que ha sido citado. Consulta al paciente sobre la	Manual de Protocolos Médicos diagnóstico DI-M-

		formulación del examen y obtiene los datos clínicos (según protocolo médico), registrándolos si es necesario en el formato de orden de servicio (amarilla).	01. Orden de Servicio DI-F-02.
4.	Tecnólogo/Auxiliar asistencial/Coord. Administrativa y asistencial.	Revisa, verifica y/o realiza la preparación del paciente de acuerdo al examen a realizar. (Ver Protocolo Médico asistencial). Explica detalladamente el procedimiento asistencial al paciente.	Manual de Protocolos Médicos diagnóstico DI-M-01.
5.	Tecnólogo/Auxiliar asistencial/Coord. Administrativa y asistencial.	Procede a realizar la administración de la dosis del radiofármaco en la sala de inyección o en salas de gammacámara, de acuerdo a lo estipulado en el protocolo médico asistencial. Si existe duda sobre la dosis o administración del radiofármaco, consulta al Médico nuclear.	Manual de Protocolos Médicos diagnóstico DI-M-01.
6.	Tecnólogo/Auxiliar asistencial/Coord. Administrativa y asistencial.	Verifica que el radiofármaco haya ingresado correctamente en el paciente. La verificación se hace por medio de inspección visual, o haciendo un pasaje del paciente por la Gammacámara o en procesado del estudio. Si el radiofármaco se extravasó, informa al Médico nuclear para evaluar si el estudio resultante pudiera conservar la calidad o por el contrario generará problemas en la interpretación por lo que se reprogramará.	
7.	Tecnólogo/Auxiliar asistencial/Coord. Administrativa y asistencial.	Una vez administrado el radiofármaco al paciente, le recuerda el tiempo de espera y/o ingreso para la adquisición de las imágenes en las salas de Gammacámaras. Recuerda al paciente el tiempo de duración del procedimiento asistencial. Registra en planilla ocupación diaria gammacámaras.	Planilla ocupación diaria gammacámaras DI-F-04.
8.	Tecnólogo/Auxiliar asistencial/Coord. Administrativa y asistencial.	Después de cumplida la etapa anterior procede a realizar la adquisición de imágenes en las áreas de Gammacámaras, según	Manual de Protocolos Médicos Procesos Asistenciales DI-

		protocolo médico asistencial del examen. Realiza verificación de la distribución del radiofármaco (según el examen) en el paciente y determina, si se puede seguir con la adquisición de las imágenes, de lo contrario avisa a médico nuclear quien evaluará los datos clínicos del paciente y determinará si se puede continuar con el estudio de lo contrario reprogramarlo. Registra dosis y demás datos del paciente en el registro de dosis diagnósticas.	M-01. Registro de dosis diagnósticas DI-F-03.
9.	Tecnólogo/Auxiliar asistencial/Coord. Administrativa y asistencial.	Procede a procesar e imprimir las imágenes tomadas al paciente. Si lo considera necesario (de acuerdo al examen) solicita valoración del paciente y revisión de las imágenes al Médico nuclear. (Pase a la actividad 10). Si no lo considera necesario, le indica al paciente que pase por donde la Auxiliar Administrativa (pase a la actividad 13). Lleva la chuspa plástica con las imágenes al consultorio del médico nuclear en espera a que sean analizadas.	
10.	Medico Nuclear	Realiza valoración y adquisición de datos clínicos del paciente, registrándolos en el formato orden de servicio (amarilla). Si es necesario ordena imágenes adicionales (pase a la actividad 11). Si no es necesario le indica al paciente que pase por donde la auxiliar administrativa (pase a la actividad 13). Para los Procedimientos de Urgencia y pacientes hospitalizados, realiza análisis y diagnóstico de las imágenes y posteriormente elabora el informe de resultados en la grabadora.	Orden de Servicio DI-F-02.
11.	Tecnólogo/Auxiliar asistencial.	Procede a realizar la adquisición de imágenes adicionales en el área de las Gammacámaras, según el protocolo médico asistencial del	Manual de Protocolos Médicos Procesos Asistenciales DI-

		examen. Imprime las imágenes adicionales y lleva la chuspa plástica con las imágenes al consultorio del médico nuclear en espera a que sean analizadas.	M-01.
12.	Medico Nuclear	Elabora análisis y diagnóstico de las imágenes, constatando con estudios anteriores, exámenes de laboratorios, valoración previa del paciente y otros criterios médicos a considerar (También tiene en cuenta el manual de protocolos médicos). Toma la grabadora y realiza el informe de resultados, grabando en un casete con clara voz, el diagnóstico elaborado previamente. Después toma el casete lo introduce en la chuspa plástica y se lo entrega a la Auxiliar Administrativa.	Manual de Protocolos Médicos Procesos Asistenciales DI-M-01.
13.	Auxiliar Administrativa	Informa al paciente la fecha de entrega de los resultados. FIN.	

ELABORADO POR: Auxiliar de Calidad	REVISADO POR: Gerente General-Médico nuclear	APROBADO POR: Gerente General
FECHA: 07/05/07	FECHA: 08/05/07	FECHA: 08/05/07

 Spect Medicina Nuclear Ltda.	PROCEDIMIENTO ELABORACION DE INFORME Y ENTREGA DE RESULTADOS	FECHA:	08/05/07
		CÓDIGO:	DI-P-04
		VERSIÓN:	0
		PÁGINA 257 DE 338	

1. OBJETIVO

Establecer los pasos a seguir en la gestión y elaboración del informe de resultados.

ALCANCE

Este procedimiento es empleado por la Auxiliar Administrativa desde que recoge la chuspa plástica con el informe grabado en el casete hasta que se le entrega los resultados al usuario/paciente.

3. DOCUMENTOS APLICABLES

Orden de Servicio
Informe de Resultados

DI-F-02.

4. DESARROLLO

Nº	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DOCUMENTO / REGISTRO
1.	Auxiliar Administrativa.	Recoge la Chuspa Plástica con el casete. Entra en el sistema de facturación y resultados, busca al paciente ingresando el número de factura en el campo correspondiente. Hace <i>clic</i> (con el puntero) en el nombre del paciente y después en el botón de <i>resultados</i> para empezar a transcribir el informe de resultados.	
2.	Auxiliar Administrativa.	Se coloca los audífonos del datafono y empieza a escuchar el informe grabado por el médico nuclear; simultáneamente transcribe el informe en el campo de <i>resultados</i> , verificando que el informe quede correctamente escrito.	
3.	Auxiliar Administrativa.	Una vez termine el informe de resultados, imprime borrador y se lo pasa al medico nuclear para revisión.	
4.	Médico Nuclear	Realiza ajuste y corrección si el informe de resultados lo amerita y lo entrega a la auxiliar administrativa.	
5.	Auxiliar Administrativa.	Modifica el informe de Resultados, si hay correcciones por parte del médico nuclear. Imprime el informe de resultados del examen. Se imprime la original para el paciente, copia para facturación y al respaldo de la orden de servicio	Informe de Resultados. Orden de Servicio DI-F-02.

		amarilla para el archivo (de recepción) en A-Z.	
6.	Auxiliar Administrativa.	Solicita al médico nuclear que firme el informe de resultados.	Informe de Resultados.
7.	Médico Nuclear	Firma el informe de resultados y se lo entrega a la Auxiliar Administrativa.	Informe de Resultados.
8.	Auxiliar Administrativa.	Empaqueta en el sobre las imágenes impresas y el informe de resultados. Almacena el sobre y lo ordena por tipo de examen (Gammagrafía) y fecha, salvaguardándolo hasta su entrega al usuario/paciente. Si el paciente/usuario trajo exámenes anteriores, se almacena en la chuspa plástica con los resultados.	Informe de Resultados.
9.	Auxiliar Administrativa	Cuando el usuario/paciente (o familiar) llegue por los resultados se le hace firmar el cuaderno de resultados como constancia de entrega del informe y exámenes anteriores si los trajo. FIN.	

ELABORADO POR: Auxiliar de Calidad	REVISADO POR: Coord. Administrativa y F.	APROBADO POR: Gerente General
FECHA: 23/01/07	FECHA: 23/01/07	FECHA: 08/05/07

ANEXO F. (DICCIONARIO DE COMPETENCIAS Y MANUAL DE DESCRIPCIÓN DEL CARGO)



Spect Medicina Nuclear Ltda.

DICCIONARIO DE COMPETENCIAS

COMPETENCIAS CORPORATIVAS

Competencias que todos los colaboradores de SPECT debe poseer.

ACTITUD DE SERVICIO: Actitud permanente de ayudar o servir a sus clientes. *Cliente* incluye usuarios, compañeros y cualquier persona que requiera su apoyo y/o resultado para continuar con un proceso o trabajo.

NIVEL	DESCRIPCION
1	Capacidad para interactuar fácilmente con el cliente interno y externo, para comprender, entender y satisfacer sus necesidades, aún las no expresadas. Capacidad de saber escuchar al otro, de ser asertivo al transmitir sus ideas por escrito u oralmente y de dar solución a sus problemas adecuadamente y ofrecer siempre un trato cordial, amable y cálido.

MEJORAMIENTO CONTINUO: Capacidad de construir y proponer mejoras e ideas innovadoras aplicables a su trabajo o a su entorno.

NIVEL	DESCRIPCION
1	Soluciona continuamente los problemas con aportes originales y creativos. Se preocupa por mejorar en su aspecto personal, laboral y social.

ETICA: Posee una intachable reputación y antecedentes profesionales y personales, es correcto en sus actuaciones y tiene claramente definida la primacía del bien colectivo sobre los intereses particulares.

NIVEL	DESCRIPCION
1	Se caracteriza por no divulgar la información a la que tiene acceso y a la que se le confía. Entiende, acata, se adapta y actúa dentro de las directrices, valores, procedimientos y normas sociales, profesionales y organizacionales.

INTEGRIDAD: Capacidad de actuar siempre con rectitud y probidad inalterable.

NIVEL	DESCRIPCION
1	Sus actos están enmarcados en la honestidad, en la lealtad hacia la Organización y en el respeto por las personas, valorando sus opiniones y su trabajo. Sus acciones son coherentes con lo que dice.

COMPETENCIAS DE GESTION

CAPACIDAD DE PLANEACIÓN Y ORGANIZACIÓN.

Es la capacidad de determinar y organizar eficazmente las metas y prioridades de la organización, proceso o tarea; estipulando la acción, los plazos y los recursos requeridos. Incluye la instrumentación de mecanismos de seguimiento y verificación de sus labores.

NIVEL	DESCRIPCION
1	Planea, establece estrategias, planes de acción para la prestación del servicio a su cargo y coordina la disponibilidad de recursos y determina los puntos y mecanismos de control para verificar su cumplimiento. Posee la capacidad de administrar diversos proyectos del proceso a su cargo.
2	Establece objetivos y plazos para la realización de las actividades a su cargo, define prioridades y establece mecanismos de control para garantizar que se ejecuten las acciones previstas.
3	Organiza el trabajo de acuerdo a sus actividades, tareas, materiales e información que maneja, administrando adecuadamente el tiempo y los demás recursos.

LIDERAZGO: Capacidad para facilitar, orientar y definir la acción de un grupo de personas, en una dirección determinada, inspirando valores, acciones y anticipando los posibles escenarios.

NIVEL	DESCRIPCION
1	Brinda reconocimiento y retroinformación oportuna, objetiva y continua a sus colaboradores; con el ánimo de facilitar la obtención de resultados. Guía a su equipo hacia el cumplimiento de objetivos definidos y estimular a los miembros de su equipo para lograr el deseo de colaboración y cooperación hacia el logro de un objetivo común. Fomenta el aprendizaje y crecimiento de sus colaboradores y crear escenarios reales de confianza para enfrenar nuevas experiencias y retos del equipo.

ATENCION AL DETALLE: Es la capacidad de identificar sin pasar por alto pequeños como grandes detalles que puedan incidir en la calidad de los resultados al desarrollar sus tareas. Se puede confiar en la realización de sus tareas.

NIVEL	DESCRIPCION
1	Mantiene la concentración en lo que realiza, observa con detenimiento cada detalle en sus tareas, se preocupa por no cometer errores.

HABILIDAD MANUAL: Es la capacidad que posee para hacer uso de las manos para manipular materiales, equipos e instrumentos y hacer las labores propias de su puesto de trabajo.

NIVEL	DESCRIPCION
--------------	--------------------

1	Es ágil, rápido y preciso al realizar sus tareas y manipular o usar equipos e instrumentos.
----------	---

ANALISIS NUMERICO: Es la capacidad de procesar, analizar, interpretar, organizar y presentar datos numéricos.

NIVEL	DESCRIPCION
1	Realiza cálculos numéricos que requieren un alto conocimiento matemático. Aplicación de formulas, aplicación de operaciones numéricas, estadísticas e interpretar de forma lógica los resultados.
2	Realiza cálculos numéricos básicos de suma, resta, multiplicación, división y algunas operaciones estándar establecidas para el proceso a su cargo.

HABILIDAD AUDITIVA: *Es la capacidad que posee para escuchar e interpretar rápidamente y correctamente toda la información que recibe a través de equipos de comunicación y grabación.*

NIVEL	DESCRIPCION
1	Escucha de una forma rápida y precisa toda la información que recibe.

HABILIDAD VISUAL: *Capacidad o agudeza visual que posee para realizar su trabajo a tal punto que se eviten errores.*

NIVEL	DESCRIPCION
1	Posee una atención visual normal y suficiente que le permite hacer sus labores de una forma rápida y precisa.

VERSION: 0 ABRIL DE 2007

MANUAL DE DESCRIPCIÓN DEL CARGO

DESCRIPCION DEL CARGO SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA.

CÓDIGO: GT-M-02-01	VERSIÓN: 0
CARGO: Auxiliar Administrativa	AREA: Administración
JEFE INMEDIATO: Coordinadora Administrativa y Financiera.	CARGOS QUE SUPERVISA: Ninguno

OBJETIVO Y RESPONSABILIDADES

Objetivo del Cargo:

Realizar la Recepción y admisión de pacientes en la prestación del servicio, así como atender público en general y transcribir el informe de resultado para la posterior entrega.

Responsabilidades Principales:

Recibir toda clase de llamadas telefónicas que se produzcan en el servicio, y remitirlas al respectivo usuario cuando sea necesario. Tomar nota de dichas llamadas y asegurarse que el mensaje llegue al destinatario.

Garantizar una buena atención a los usuarios y público en general que requieran información o necesiten de los servicios de la organización.

Realizar la programación, confirmación y control de citas a pacientes.

Suministrar información relacionada con la preparación de los diversos estudios (gammagrafías). Si es por teléfono enviárselas por fax, principalmente si es de zonas fuera de la ciudad.

Realizar la admisión de pacientes/usuarios de acuerdo a las normas establecidas.

Asegurándose que hayan cumplido con la preparación requerida para cada estudio de acuerdo con los protocolos.

Ingresar al sistema y generar orden de servicio de pacientes, verificando que se facture de acuerdo con los convenios pactados. Adicionalmente paciente hospitalizado de la Foscal, ingresarlo en el sistema de la clínica y entregar la copia de la orden y de resultado en facturación de la Foscal, el mismo día.

Facturar pagos, copagos, y cuotas moderadoras realizados por usuarios.

Transcribir, entregar y archivar los informes de resultados e imprimir copia de los informes para anexar a las facturas.

Archivar informes, historias clínicas y demás documentos que se generen en la operación diaria de su puesto de trabajo.

Generar planilla diaria, anexando orden de servicio y autorizaciones.

Entregar al final de la tarde el dinero recaudado por copagos y facturas particulares.

Responder por la logística en la atención a pacientes hospitalizados de otras instituciones de salud; encargándose de la comunicación con camilleros, ambulancia, etc.

Coordinar que la orden de autorización ó anticipos (pacientes particulares) en pacientes para tratamiento con I-131, estén autorizados y cancelados por lo menos 15 días antes del tratamiento.

Entregar la requisición de compra a la Coordinadora Administrativa y Financiera para el aprovisionamiento del insumo radioactivo I-131.

Realizar seguimiento periódico a los pacientes de tratamiento, recordándoles la fecha del tratamiento. Realizar llamadas telefónicas y cartas de gerencia. Enviar consignaciones de proveedores por fax. Garantizar la seguridad, conservación y mantenimiento de los bienes muebles de la organización bajo su cuidado. Informar con prontitud en la reparación de muebles, equipos y elementos que se dañen. Actuar de conformidad con las disposiciones del sistema de gestión de la calidad. Cumplir con el reglamento interno de trabajo y con todas las normas de higiene y seguridad industrial. Realizar todas las demás responsabilidades que le sean asignadas por el jefe inmediato.
Procesos o procedimientos a su cargo: Procedimiento de Asignación de Citas. Procedimiento de Admisiones. Procedimiento de elaboración y entrega de informes.
Atribuciones o Autoridades: Cambio en asignación de citas según disponibilidad.

REQUERIMIENTOS DEL CARGO																
Educación: <table> <tr> <td>Secundaria</td> <td>☒</td> <td>Bachillerato</td> </tr> <tr> <td>Técnica</td> <td>☐</td> <td>Comercial</td> </tr> <tr> <td>Tecnológica</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Universitaria</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Especialización</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> </table>	Secundaria	☒	Bachillerato	Técnica	☐	Comercial	Tecnológica	☐		Universitaria	☐		Especialización	☐		Formación: Informática Básica. Conocimientos en ISO 9001. Servicio al Cliente. Requisitos: Ninguno
Secundaria	☒	Bachillerato														
Técnica	☐	Comercial														
Tecnológica	☐															
Universitaria	☐															
Especialización	☐															
Experiencia: Requiere de mínimo 1 año de experiencia en cargos similares.																
Entrenamiento: 24 horas de entrenamiento.																

COMPETENCIAS
COMPETENCIAS ORGANIZACIONALES: ACTITUD DE SERVICIO MEJORAMIENTO CONTINUO ETICA INTEGRIDAD
COMPETENCIAS DE GESTION: Planificación y organización (3) Atención al detalle (1) Habilidad manual (1) Habilidad auditiva (1) Análisis numérico (1)

CONDICIONES DE TRABAJO DEL CARGO	
Entorno Laboral: Labora en condiciones ambientales normales de ventilación, iluminación, limpieza y ruido. En cuanto a exigencias emocionales se produce contacto muy frecuente con público en general.	Riesgos: Ergonómicos por permanecer en una misma posición la mayor parte del tiempo (Sentado). Físico: Auditivo.

DESCRIPCION DEL CARGO SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA.

CÓDIGO: GT-M-02-02	VERSIÓN: 0
CARGO: Auxiliar contable	AREA: Administración.
JEFE INMEDIATO: Coordinadora Administrativa y Financiera.	CARGOS QUE SUPERVISA: Ninguno

OBJETIVO Y RESPONSABILIDADES
Objetivo del Cargo: Realizar actividades de orden administrativo y el procesamiento de imputaciones contables que se generen por la operación diaria de la organización.
Responsabilidades Principales: Digitar las imputaciones contables. Revisar ajustes a los movimientos contables. Ordenar los volantes de autorización, observando que los pacientes estén facturados, según consecutivo de menor a mayor. Atender llamadas telefónicas de los clientes EPS, y algunos proveedores de servicios y elementos de papelería. Elaborar cheques, comprobantes de egreso, recibos de caja, consignaciones y salvaguardar estos títulos valores. Organizar la facturación de los pacientes por empresa, utilizando el sistema de información enviando las facturas del 26 al 5 de cada mes. Generar los RIPS en disquete para anexar a las facturas. Organizar copia de los informes de pacientes para anexar a las facturas. Archivar correspondencia enviada y recibida. Administrar la caja menor de la Organización. Actualizar relación de cartera mensual. Llevar libro de bancos diario y conciliar con el extracto de bancos a fin de mes. Transcribir formulario de retención en la fuente. Hacer relación de pacientes atendidos de Capifoscal y los martes llevarlos a facturación. Generar informes e impresión de libros registrados y demás informes que sean solicitados por entes externos a la Organización. Diligenciar facturas de los honorarios mensuales de los Médicos.

Realizar el control de inventario de papelería e implementos de escritorio. Coordinar y dar alistamiento a la persona de mensajería para que los oficios inherentes a su función, se ejecuten de forma exacta y oportuna; como son pagos en bancos, entidades externas, proveedores de servicios, y cualquier otro tipo de pedidos. Elaborar, recibir, entregar y archivar todos los documentos y registros que se generen por la operación de su puesto de trabajo. Garantizar la seguridad, conservación y mantenimiento de los bienes muebles de la organización bajo su cuidado. Informar con prontitud en la reparación de muebles, equipos y elementos que se dañen. Actuar de conformidad con las disposiciones del sistema de gestión de la calidad. Cumplir con el reglamento interno de trabajo y con todas las normas de higiene y seguridad industrial. Realizar todas las demás responsabilidades que le sean asignadas por el jefe inmediato.
Procesos o procedimientos a su cargo: Facturación del servicio.
Atribuciones o Autoridades: Ninguna

REQUERIMIENTOS DEL CARGO																
Educación: <table> <tr> <td>Secundaria</td> <td>☒</td> <td>Bachillerato comercial o</td> </tr> <tr> <td>Técnica</td> <td>☒</td> <td>Auxiliar contable</td> </tr> <tr> <td>Tecnológica</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Universitaria</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Especialización</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> </table>	Secundaria	☒	Bachillerato comercial o	Técnica	☒	Auxiliar contable	Tecnológica	☐		Universitaria	☐		Especialización	☐		Formación: Contabilidad básica Informática básica Conocimientos en ISO 9001 Requisitos: Ninguno
Secundaria	☒	Bachillerato comercial o														
Técnica	☒	Auxiliar contable														
Tecnológica	☐															
Universitaria	☐															
Especialización	☐															
Experiencia: Experiencia mínima de 1 año en cargos similares																
Entrenamiento: 24 horas de entrenamiento.																

COMPETENCIAS
COMPETENCIAS ORGANIZACIONALES: ACTITUD DE SERVICIO MEJORAMIENTO CONTINUO ETICA INTEGRIDAD
COMPETENCIAS DE GESTION: Planificación y organización (3) Atención al detalle (1) Habilidad manual (1) Análisis numérico (1)

CONDICIONES DE TRABAJO DEL CARGO	
Entorno Laboral: Labora en condiciones ambientales normales de ventilación, iluminación, limpieza y ruido.	Riesgos: Ergonómicos por permanecer en una misma posición la mayor parte del tiempo (Sentado).

DESCRIPCION DEL CARGO SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA.

CÓDIGO: GT-M-02-03	VERSIÓN: 0
CARGO: Coordinadora Administrativa y Financiera.	AREA: Administración
JEFE INMEDIATO: Gerente General	CARGOS QUE SUPERVISA: Auxiliares Administrativas, Auxiliar contable, Auxiliar apoyo logístico.

OBJETIVO Y RESPONSABILIDADES
Objetivo del Cargo: Apoyar a la Gerencia General en todas las actividades administrativas necesarias, para suministrar a todos los procesos los recursos físicos y humanos necesarios que garanticen su optimo y normal funcionamiento.
Responsabilidades Principales: Actuar como representante de la dirección para la gestión integral del sistema de gestión de calidad, garantizando que se cumplan todos los planes, programas, y acciones de mejora establecidos en cada uno de los procesos. Responder por el proceso de gestión del talento humano, desde la consecución, selección y contratación del nuevo personal. Verificar que las hojas de vida, contratos de trabajo, afiliaciones a la seguridad social del personal se encuentren actualizados con los documentos que lo soporten. Organizar funcionalmente el personal, en horarios, vacaciones, reemplazos y velar porque se cumplan los horarios. Coordinar y responder por los programas de formación y capacitación del personal, de acuerdo a lo presupuestado. Responder por la solución de conflictos cuando la Gerencia General esta ausente. Coordinar y supervisar la realización de aseo, higiene y mantenimiento de toda la infraestructura física de la Organización. Analizar la correspondencia diaria a nombre del servicio, dando el trámite que corresponda. Cuando sea necesario coordinar con gerencia respuesta a dicha correspondencia. Elaborar y velar por el cumplimiento del cronograma de mantenimiento de todos los equipos de la empresa. Coordinar y participar en la elaboración del presupuesto de ingresos y egresos, sus modificaciones y la ejecución respectiva.

Revisar planilla diaria, comprobantes de egresos, cheques, facturas, pagos de aportes y demás documentos.

Realizar los arqueos en las áreas de caja general y caja menor.

Responder por el control de recaudo de cartera y gestionar el cobro de la cartera morosa.

Actualizar tarifas de servicios de acuerdo a convenios y contratos vigentes.

Coordinar las labores correspondientes al diseño y ejecución de sistemas de información, que garanticen y simplifiquen los procesos técnicos y administrativos de la empresa.

Realizar la consecución de proveedores y la realización de cotizaciones y negociaciones para la adquisición de materias primas, insumos, servicios, materiales y suministros de aseo y oficina.

Atender a proveedores de materias primas, elementos médicos, y demás proveedores de productos/servicios que visiten la empresa.

Coordinar todas las actividades de logística y de obtención y preparación de recursos para realizar eventos promocionales y de mercadeo.

Realizar junto con la Gerencia la evaluación de proveedores de la empresa.

Realizar la programación de pagos de la empresa, y coordinar el pago oportuno de impuestos, proveedores y terceros.

Coordinar con la gerencia y con las demás secciones para la realización del inventario general de la empresa.

Solicitar pedidos de sustancias radioactivas y fármacos.

Tramitar de acuerdo con las normas legales requeridas, las licencias y reglamentos requeridos para el funcionamiento de la organización.

Coordinar la documentación necesaria para la legalización de contratos y convenios con empresas clientes.

Atender y responder las auditorias de EPS, IPS, e instituciones gubernamentales.

Realizar mercadeo, programando visitas periódicas a nuevas organizaciones para promocionar los servicios de la empresa. Igualmente realizar seguimiento a las empresas clientes para mantener una excelente comunicación.

Actualizar y mantener las fichas técnicas de los equipos, insumos y materias primas.

Participar y/o dirigir los comités en los cuales esté involucrado.

Garantizar la seguridad, conservación y mantenimiento de los bienes muebles de la organización bajo su cuidado. Informar con prontitud en la reparación de muebles, equipos y elementos que se dañen.

Actuar de conformidad con las disposiciones del sistema de gestión de la calidad.

Cumplir con el reglamento interno de trabajo y con todas las normas de higiene y seguridad industrial.

Realizar todas las demás responsabilidades que le sean asignadas por el jefe inmediato.

Procesos o procedimientos a su cargo:

Gestión de la calidad y mejora continua.

Gestión de compras y contratación.

Gestión de contratos y servicio al cliente.

Gestión del talento humano.

Gestión de Infraestructura.

Facturación y Recaudo.

Atribuciones o Autoridades:

Sobre el personal a su cargo

Revisión de los procesos a su cargo

REQUERIMIENTOS DEL CARGO

Educación: Secundaria ☐ Técnica ☐ Tecnológica ☐ Universitaria ☒ Ciencias administrativas. Especialización ☐	Formación: Informática básica. Contabilidad y Finanzas. Estudios en ISO 9000 Requisitos: Ninguno
Experiencia: Mínimo 2 años de experiencia en cargos similares.	
Entrenamiento: 40 horas de entrenamiento	

COMPETENCIAS

COMPETENCIAS ORGANIZACIONALES: ACTITUD DE SERVICIO MEJORAMIENTO CONTINUO ETICA INTEGRIDAD
COMPETENCIAS DE GESTION: Liderazgo (1) Planificación y organización (2) Análisis numérico (1)

CONDICIONES DE TRABAJO DEL CARGO

Entorno Laboral: Labora en condiciones ambientales normales de ventilación, iluminación, limpieza y ruido.	Riesgos: Ergonómicos por permanecer en una misma posición la mayor parte del tiempo (Sentado).
--	--

DESCRIPCION DEL CARGO SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA.

CÓDIGO: GT-M-02-04	VERSIÓN: 0
CARGO: Coordinador Médico Nuclear	AREA: Asistencial
JEFE INMEDIATO: Gerente General	CARGOS QUE SUPERVISA: Tecnólogos (2), Auxiliar Asistencial.

OBJETIVO Y RESPONSABILIDADES

Objetivo del Cargo:

Coordinar el funcionamiento de los procesos asistenciales en el servicio. Atender y realizar diagnósticos y tratamientos de medicina nuclear.

Responsabilidades Principales:

Garantizar que los procedimientos gammagráficos se realicen de acuerdo a lo establecido en los protocolos médicos.

Realizar tratamientos de medicina nuclear de acuerdo con los protocolos establecidos.

Participar activamente en las reuniones medico-científicas que determine el servicio de medicina Nuclear.

Planear y realizar actividades de medicina nuclear que lleven a aumentar el conocimiento de dicha especialidad, en el cuerpo médico de Bucaramanga y el oriente Colombiano.

Planear y adecuar el desarrollo de nuevas técnicas de medicina nuclear, modernizando las ya existentes.

Capacitar al personal asistencial y administrativo en lo relacionado con asuntos medico-técnico y de radioprotección. Vigilando que los registros se lleven de forma adecuada.

Realizar investigación en medicina nuclear.

Supervisar y calificar el trabajo realizado por tecnólogos y Auxiliar técnico en el servicio de medicina nuclear.

Supervisar y calificar que el personal asistencial utilice los elementos de protección y cumpla con todas las normas de higiene, bioseguridad, protección radiológica y de seguridad industrial.

Realizar la adquisición de datos clínicos según el procedimiento efectuado y el protocolo asistencial establecido.

Realizar examen físico al paciente cuando se requiera, y según protocolo médico.

Realizar la interpretación y diagnóstico del estudio elaborado al paciente.

Elaborar de manera acertada y comprensible el informe diagnóstico del paciente.

Presidir y/o participar en los diferentes comités de la unidad médica y centro médico, a fin de lograr la unificación de criterios para compatibilizar los programas en los aspectos científicos y técnicos.

Participar y/o dirigir los comités en los cuales esté involucrado.

Garantizar la seguridad, conservación y mantenimiento de los bienes muebles de la organización bajo su cuidado. Informar con prontitud en la reparación de muebles, equipos y elementos que se dañen.

Actuar de conformidad con las disposiciones del sistema de gestión de la calidad.

Cumplir con el reglamento interno de trabajo y con todas las normas de higiene y seguridad industrial.

Realizar todas las demás responsabilidades que le sean asignadas por el jefe inmediato.

Procesos o procedimientos a su cargo:

Proceso de Diagnóstico

Atribuciones o Autoridades:

Sobre el personal a su cargo

Sobre el proceso de diagnóstico

REQUERIMIENTOS DEL CARGO

Educación: Secundaria ☐ Técnica ☐ Tecnológica ☐ Universitaria ☐ Especialización ☒ Medicina nuclear.	Formación: Actualización en Medicina Nuclear. Conocimientos en ISO 9001. Inglés. Requisitos: Carné de Protección Radiológica Tarjeta profesional Certificado para laborar en Santander
Experiencia: Mínimo 1 año de experiencia en Medicina Nuclear.	
Entrenamiento: 24 horas de entrenamiento	

COMPETENCIAS
COMPETENCIAS ORGANIZACIONALES: ACTITUD DE SERVICIO MEJORAMIENTO CONTINUO ETICA INTEGRIDAD
COMPETENCIAS DE GESTION: Liderazgo (1) Planificación y organización (2) Habilidad visual (1)

CONDICIONES DE TRABAJO DEL CARGO	
Entorno Laboral: Labora en condiciones ambientales normales de ventilación, iluminación, limpieza y ruido.	Riesgos: Físicos: radiación ionizante. Químicos: líquidos Biológicos: sangre, orina, saliva, microorganismos, virus, etc.

DESCRIPCION DEL CARGO SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA.

CÓDIGO: GT-M-02-05	VERSIÓN: 1
CARGO: Tecnólogo	AREA: Asistencial
JEFE INMEDIATO: Coordinador Medico Nuclear	CARGOS QUE SUPERVISA: No supervisa

OBJETIVO Y RESPONSABILIDADES
Objetivo del Cargo:

Realizar estudios gammagráficos en medicina nuclear.
Responsabilidades Principales: Encender equipos de gammacámara, al iniciar día laboral. Revisar programación de citas pacientes. Realizar drenaje del generador (Tc-99). Realizar la Marcación de los radiofármacos que se utilicen para la ejecución de los procedimientos. Planear, distribuir y asignar horarios de los pacientes en cada una de las gammacámaras. Revisar orden de servicio y solicitud médico tratante. Revisar preparación previa del paciente. Preparar al paciente dependiendo del tipo de estudio y de acuerdo a lo establecido en los protocolos asistenciales. Realizar entrevista al paciente, registrando datos clínicos antecedentes médicos y quirúrgicos pertinentes al examen solicitado, resultado de otros exámenes paraclínicos y de laboratorio, (exámenes que debe aportar) también estudios gammagráficos anteriores. Explicar el procedimiento a los pacientes y dar recomendaciones pertinentes del examen. Canalizar venas y/o colocación de catéteres a los pacientes para la administración del radiofármaco. Realizar la adquisición de las imágenes de los estudios, de acuerdo al protocolo asistencial y los parámetros de los equipos (gammacámaras). Realizar procesamiento e impresión de imágenes. Efectuar el procesamiento de las imágenes en el computador de la gammacámara. Diligenciar la requisición de suministros médicos. Diligenciar diariamente el registro de control de inventarios de insumos y materiales utilizados y el registro de temperatura y humedad en las áreas de almacenamiento de estos insumos. Realizar los procedimientos de verificación de calibración de los equipos de gammacámaras y de medición. Diligenciar todos los demás registros que le sean asignados por la operación del proceso (diagnóstico, tratamiento, gestión ambiente de trabajo, etc.).
Procesos o procedimientos a su cargo: Procedimiento de administración radiofármaco. Procedimiento de adquisición de imágenes. Procedimiento procesamiento de imágenes.
Atribuciones o Autoridades: Sobre sus labores, sin afectar el cumplimiento de protocolos y normas establecidas.

REQUERIMIENTOS DEL CARGO

Educación: Secundaria ☐ Técnica ☐ Tecnológica ☒ Universitaria ☐ Especialización ☐		Tecnología en Radio- logía e imágenes Diagnósticas.	Formación: Conocimientos de protección radiológica y salud ocupacional. Conocimientos básicos en ISO 9001 Requisitos: Carné de Protección Radiológica Inscripción del título como tecnólogo en la secretaría de salud.
Experiencia: Mínimo 1 año de experiencia en cargos similares.			
Entrenamiento: 40 horas de entrenamiento			

COMPETENCIAS
COMPETENCIAS ORGANIZACIONALES: ACTITUD DE SERVICIO MEJORAMIENTO CONTINUO ETICA INTEGRIDAD
COMPETENCIAS DE GESTION: Habilidad manual (1) Atención al detalle (1) Habilidad visual (1) Planificación y organización (2)

CONDICIONES DE TRABAJO DEL CARGO	
Entorno Laboral: Labora en condiciones ambientales normales de ventilación, iluminación, limpieza y ruido.	Riesgos: Físicos: radiación ionizante. Químicos: líquidos Biológicos: sangre, orina, saliva, microorganismos, virus, etc.

DESCRIPCION DEL CARGO SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA.

CÓDIGO: GT-M-02-06	VERSIÓN: 0
CARGO: Auxiliar Asistencial	AREA: Asistencial
JEFE INMEDIATO: Coordinador Medico Nuclear	CARGOS QUE SUPERVISA: Ninguno

OBJETIVO Y RESPONSABILIDADES

Objetivo del Cargo: Realizar labores auxiliares a los estudios gammagráficos de medicina nuclear.
Responsabilidades Principales: Realizar el drenaje de la sustancia radioactiva (Tc-99) del generador. Realizar la Marcación de los radiofármacos que se utilicen para la ejecución de los procedimientos. Canalizar venas a los pacientes para la administración del radiofármaco. Explicar el procedimiento a los pacientes como medida para su preparación, y colaboración. Consultar y/o solicitar los datos clínicos a los pacientes según lo establecido en los protocolos asistenciales. Preparar previamente al paciente, dependiendo del tipo de estudio y de acuerdo a lo establecido en los protocolos asistenciales. Realizar el registro de los factores ambientales en las áreas de Gammacámaras, como son temperatura, humedad, y voltaje. Realizar la preparación de estudios especializados, en el laboratorio de células como son: Marcación de leucocitos y Hematíes. Diligenciar la requisición de suministros médicos. Diligenciar diariamente el registro de control de inventarios de insumos y materiales utilizados y el registro de temperatura y humedad en las áreas de almacenamiento de estos insumos. Diligenciar todos los demás registros que le sean asignados por la operación del proceso (diagnóstico, tratamiento, gestión ambiente de trabajo, etc.). Garantizar la seguridad, conservación y mantenimiento de los bienes muebles de la organización bajo su cuidado. Informar con prontitud en la reparación de muebles, equipos y elementos que se dañen. Actuar de conformidad con las disposiciones del sistema de gestión de la calidad. Cumplir con el reglamento interno de trabajo y con todas las normas de higiene y seguridad industrial. Realizar todas las demás responsabilidades que le sean asignadas por el jefe inmediato.
Procesos o procedimientos a su cargo: Procedimiento de administración radiofármaco. Procedimiento de adquisición de imágenes.
Atribuciones o Autoridades: Sobre sus labores, sin afectar el cumplimiento de protocolos y normas establecidas.

REQUERIMIENTOS DEL CARGO																
Educación: <table> <tr> <td>Secundaria</td> <td>☒</td> <td>Bachiller</td> </tr> <tr> <td>Técnica</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tecnológica</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Universitaria</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Especialización</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> </table>	Secundaria	☒	Bachiller	Técnica	☐		Tecnológica	☐		Universitaria	☐		Especialización	☐		Formación: Conocimientos de protección radiológica y salud ocupacional. Conocimientos básicos en ISO 9001 Requisitos: Carné de Protección Radiológica
Secundaria	☒	Bachiller														
Técnica	☐															
Tecnológica	☐															
Universitaria	☐															
Especialización	☐															
Experiencia:																

Mínimo 1 año de experiencia en cargo igual.
Entrenamiento: 40 horas de entrenamiento

COMPETENCIAS

COMPETENCIAS ORGANIZACIONALES: ACTITUD DE SERVICIO MEJORAMIENTO CONTINUO ETICA INTEGRIDAD
COMPETENCIAS DE GESTION: Habilidad manual (1) Atención al detalle (1) Habilidad visual (1) Planificación y organización (3)

CONDICIONES DE TRABAJO DEL CARGO

Entorno Laboral: Labora en condiciones ambientales normales de ventilación, iluminación, limpieza y ruido.	Riesgos: Físicos: radiación ionizante. Químicos: líquidos Biológicos: sangre, orina, saliva, microorganismos, virus, etc.
--	---

DESCRIPCION DEL CARGO SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA.

CÓDIGO: GT-M-02-07	VERSIÓN: 0
CARGO: Gerente General	AREA: Gerencia General
JEFE INMEDIATO: Ninguno	CARGOS QUE SUPERVISA: Coordinadora administrativa y Financiera, Coordinadora Administrativa y Asistencial y Coordinador Medico Nuclear.

OBJETIVO Y RESPONSABILIDADES

Objetivo del Cargo: Planear, organizar y controlar la implementación de estrategias corporativas y liderar eficaz y eficientemente todos los procesos de la organización para dar cumplimiento a la misión, visión y objetivos estratégicos establecidos.
Responsabilidades Principales: Responder por la representación legal de la compañía ante cualquier ente público y privado.

Coordinar la realización de asambleas y juntas de socios y presentar los informes necesarios de gestión.

Responder por el cumplimiento de todas las metas y objetivos estratégicos (rentabilidad, ventas, gastos, participación, posicionamiento en el mercado y nivel de satisfacción del cliente) establecidos.

Responder por la implantación y evaluación de todas las estrategias comerciales, administrativas y financieras establecidas.

Responder por el buen clima laboral y el nivel de compromiso en su trabajo por parte de todo el personal de la empresa.

Velar por el uso eficiente de los recursos e inversiones y porque todos los fondos, bienes físicos y demás propiedades de la Compañía, estén bien salvaguardados y administrados.

Aprobar pagos de las diferentes obligaciones de la Organización.

Velar por el cumplimiento y actualización permanente de registros, licencias, patentes y todo requisito legal requerido por las distintas entidades públicas.

Aprobar todo lo referente a la administración y desarrollo de personal.

Liderar la implementación del sistema de gestión de calidad.

Atender a clientes especiales para realizar negociaciones importantes.

Participar y/o dirigir los comités en los cuales esté involucrado.

Garantizar la seguridad, conservación y mantenimiento de los bienes muebles de la organización bajo su cuidado. Informar con prontitud en la reparación de muebles, equipos y elementos que se dañen.

Actuar de conformidad con las disposiciones del sistema de gestión de la calidad.

Cumplir con el reglamento interno de trabajo y con todas las normas de higiene y seguridad industrial.

Procesos o procedimientos a su cargo:

Planeación estratégica de la organización.
Revisión Gerencial.
Tratamiento.

Atribuciones o Autoridades:

Amplias atribuciones dentro de la organización
Toma de decisiones con base en los objetivos estratégicos, misión y visión de la organización.

REQUERIMIENTOS DEL CARGO

Educación:

Secundaria	☐	
Técnica	☐	
Tecnológica	☐	
Universitaria	☐	
Especialización	☒	Medicina Nuclear

Formación:

Formación en gestión y organización hospitalaria.
Conocimientos en ISO 9001

Requisitos:

Carné de Protección Radiológica
Tarjeta profesional
Certificado para laborar en Santander

Experiencia:

Mínimo 2 años de experiencia en cargos similares.

Entrenamiento:

80 horas de entrenamiento

COMPETENCIAS
COMPETENCIAS ORGANIZACIONALES: ACTITUD DE SERVICIO MEJORAMIENTO CONTINUO ETICA INTEGRIDAD
COMPETENCIAS DE GESTION: Liderazgo (1) Planificación y organización (1) Habilidad visual (1)

CONDICIONES DE TRABAJO DEL CARGO	
Entorno Laboral: Labora en condiciones ambientales normales de ventilación, iluminación, limpieza y ruido.	Riesgos: Ergonómicos por permanecer en una misma posición la mayor parte del tiempo (Sentado). Físicos: radiación ionizante. Químicos: Líquidos Biológicos: sangre, orina, saliva, microorganismos, virus, etc.

DESCRIPCION DEL CARGO SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA.

CÓDIGO: GT-M-02-08	VERSIÓN: 0
CARGO: Coordinadora Administrativa y Asistencial	AREA: Sede Chicamocha
JEFE INMEDIATO: Gerente General	CARGOS QUE SUPERVISA: Auxiliar Administrativo, Tecnólogo

OBJETIVO Y RESPONSABILIDADES
Objetivo del Cargo: Administrar eficazmente y eficientemente los servicios y recursos asistenciales y administrativos de la sede Chicamocha. Garantizar que en cada uno de las sedes se implementen y se mantengan todos los procedimientos y normas establecidas en el proceso de ambiente de trabajo, para garantizar la seguridad del cliente interno y el usuario durante la prestación del servicio.
Responsabilidades Principales: Garantizar el óptimo funcionamiento en la prestación del servicio asistencial en la sede Chicamocha. Coordinar y dirigir el trabajo y las tareas del personal de la sede. Administrar eficientemente los recursos físicos de la sede coordinando el

mantenimiento y óptimo funcionamiento de los equipos e infraestructura.
 Planear, solicitar y controlar el inventario de insumos y materiales médicos.
 Planear, dirigir y controlar todas las normas, procedimientos y protocolos del proceso de gestión de ambiente de trabajo para garantizar la seguridad del cliente interno y externo durante la prestación del servicio en las dos sedes.
 Revisar planilla diaria sede Chicamocha.
 Mantener actualizado inventario general de la sede Chicamocha.
 Participar y/o dirigir los comités en los cuales esté involucrado.
 Manejar caja menor de la sede Chicamocha.
 Garantizar la seguridad, conservación y mantenimiento de los bienes muebles de la organización bajo su cuidado. Informar con prontitud en la reparación de muebles, equipos y elementos que se dañen.
 Realizar la administración de radio fármacos, obtención de datos clínicos y toma de imágenes diagnósticas cuando se considere necesario.
 Actuar de conformidad con las disposiciones del sistema de gestión de la calidad.
 Cumplir con el reglamento interno de trabajo y con todas las normas de higiene y seguridad industrial.

Procesos o procedimientos a su cargo:

Gestión de Ambiente de Trabajo

Atribuciones o Autoridades:

Sobre la requisición de insumos y materiales de la sede
 Sobre el personal a su cargo
 Sobre el procedimiento asignación de citas
 Sobre el procedimiento de admisión de pacientes
 Sobre cambios y ajustes en el proceso de gestión de ambiente de trabajo

REQUERIMIENTOS DEL CARGO

Educación:

Secundaria	☐	Enfermera Jefe o profesional en ciencias médicas
Técnica	☐	
Tecnológica	☐	
Universitaria	x	
Especialización	☐	

Formación:

Conocimientos en ISO 9001:200
 Programas de promoción y prevención

Requisitos:

Carné de Protección Radiológica
 Tarjeta profesional
 Certificado para laborar en Santander

Experiencia:

Un año de experiencia en cargos similares.

Entrenamiento:

40 horas de entrenamiento

COMPETENCIAS

COMPETENCIAS ORGANIZACIONALES:

ACTITUD DE SERVICIO
 MEJORAMIENTO CONTINUO
 ETICA

INTEGRIDAD
COMPETENCIAS DE GESTION: Liderazgo (1) Planificación y organización (2) Habilidad visual (1) Habilidad manual (1) Atención al Detalle (1)

CONDICIONES DE TRABAJO DEL CARGO	
Entorno Laboral: Labora en condiciones ambientales normales de ventilación, iluminación, limpieza y ruido.	Riesgos: Físicos: radiación ionizante. Químicos: líquidos Biológicos: sangre, orina, saliva, microorganismos, virus, etc.

DESCRIPCION DEL CARGO SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA.

CÓDIGO: GT-M-02-09	VERSIÓN: 0
CARGO: Auxiliar Apoyo Logístico	AREA: Administración
JEFE INMEDIATO: Coordinadora Administrativa y Financiera.	CARGOS QUE SUPERVISA: Ninguno

OBJETIVO Y RESPONSABILIDADES
Objetivo del Cargo: Realizar actividades de mensajería, aseo, cafetería y adecuación de áreas físicas.
Responsabilidades Principales: Realizar el aseo, la limpieza y orden de los puestos de trabajo de la empresa. Realizar actividades de mensajería de la organización. Realizar actividades de cafetería. Recoger y llevar registro de correspondencia diaria de la empresa y del personal. Llevar el control de inventario de los elementos de aseo y cafetería. Actuar de conformidad con las disposiciones del sistema de gestión de la calidad. Garantizar la seguridad, conservación y mantenimiento de los bienes muebles de la organización bajo su cuidado. Informar con prontitud en la reparación de muebles, equipos y elementos que se dañen. Cumplir con el reglamento interno de trabajo y con todas las normas de higiene y seguridad industrial. Realizar todas las demás responsabilidades que le sean asignadas por el jefe inmediato.
Procesos o procedimientos a su cargo:

Aseo y limpieza de áreas físicas.
Preparación de alimentos de cafetería.
Actividades de mensajería.

Atribuciones o Autoridades:
Ninguna.

REQUERIMIENTOS DEL CARGO

Educación:

Secundaria	☒	Bachiller
Técnica	☐	
Tecnológica	☐	
Universitaria	☐	
Especialización	☐	

Formación:

Conocimientos en ISO 9001:2000

Experiencia:

Seis meses de experiencia en cargos similares.

Entrenamiento:

8 horas de entrenamiento

COMPETENCIAS

COMPETENCIAS ORGANIZACIONALES:

ACTITUD DE SERVICIO
MEJORAMIENTO CONTINUO
ETICA
INTEGRIDAD

COMPETENCIAS DE GESTION:

Atención al detalle (1)
Habilidad manual (1)
Planificación y Organización (3)

CONDICIONES DE TRABAJO DEL CARGO

Entorno Laboral:

Labora en condiciones ambientales fuera de lo normal de ventilación, iluminación, limpieza y ruido.

Riesgos:

Físicos: radiación ionizante.
Químicos: líquidos
Biológicos: sangre, orina, saliva, microorganismos, virus, etc.

DESCRIPCION DEL CARGO SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA.

CÓDIGO: GT-M-02-10	VERSIÓN: 0
---------------------------	-------------------

CARGO: Auxiliar de calidad	AREA: Administración
-----------------------------------	-----------------------------

JEFE INMEDIATO: Coordinadora Administrativa y Financiera.	CARGOS QUE SUPERVISA: Ninguno
--	--------------------------------------

OBJETIVO Y RESPONSABILIDADES

Objetivo del Cargo:

Diseñar, elaborar, distribuir y salvaguardar todos los documentos y registros del sistema de gestión de calidad y apoyar a la Coordinación administrativa en toda la coordinación y ejecución de eventos y programas establecidos en el SGC.

Responsabilidades Principales:

Preparar y mantener toda la documentación del Sistema de Gestión de Calidad de los procesos tanto asistenciales como administrativos según las directrices formuladas por la organización.

Organizar integralmente los procedimientos y su interrelación basados en las directrices dadas por la oficina de calidad.

Apoyar a la coordinación de calidad en la implementación y mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Calidad.

Disponer los apoyos didácticos y logísticos para la realización de actividades de los Equipos de Mejora.

Mantener y actualizar la evidencia de los documentos manejados por cada proceso en el archivo de la administración.

Ejecutar Auditorias Internas de Calidad programadas.

Proporcionar la información necesaria del Sistema de Gestión de Calidad a los líderes de Procesos, para el desempeño de sus actividades de calidad.

Propiciar las condiciones necesarias para las reuniones del Sistema de Gestión de Calidad.

Participar y/o dirigir los comités en los cuales esté involucrado.

Actuar de conformidad con las disposiciones del sistema de gestión de la calidad.

Cumplir con el reglamento interno de trabajo y con todas las normas de higiene y seguridad industrial.

Realizar todas las demás responsabilidades que le sean asignadas por el jefe inmediato.

Procesos o procedimientos a su cargo:

Ninguno

Atribuciones o Autoridades:

Ninguna

REQUERIMIENTOS DEL CARGO

Educación: Secundaria ☐ Técnica ☐ Tecnológica ☐ Universitaria ☒ Estudiante de últimos semestres de ingeniería industrial o ciencias similares Especialización ☐		Formación: Conocimientos en ISO 9001:2000
Experiencia: No requiere experiencia		
Entrenamiento: 24 horas de entrenamiento		

COMPETENCIAS
COMPETENCIAS ORGANIZACIONALES: ACTITUD DE SERVICIO MEJORAMIENTO CONTINUO ETICA INTEGRIDAD
COMPETENCIAS DE GESTION: Atención al detalle (1) Habilidad manual (1) Planificación y Organización (2) Liderazgo(1)

CONDICIONES DE TRABAJO DEL CARGO	
Entorno Laboral: Labora en condiciones ambientales normales de ventilación, iluminación, limpieza y ruido.	Riesgos: Cansancio: físico Cansancio: visual

DESCRIPCION DEL CARGO SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA.

CÓDIGO: GT-M-02-11	VERSIÓN: 0
CARGO: Auditor Interno de Calidad	AREA: Administración
JEFE INMEDIATO: Auditor Líder	CARGOS QUE SUPERVISA: Ninguno

OBJETIVO Y RESPONSABILIDADES

Objetivo del Cargo: Realizar las auditorias internas de calidad según los lineamientos establecidos en el procedimiento de auditorias internas, para garantizar la evaluación eficaz del sistema de gestión de calidad.
Responsabilidades Principales: Actuar independiente al área o proceso auditado. Realizar auditorias siendo imparcial y objetivo. Planificar y elaborar documentos de auditoria. Permanecer dentro del alcance de la auditoría. Recolectar y revisar evidencias de las auditorias realizadas. Documentar observaciones, no conformidades. Reportar resultados. Recomendar sugerencias. Verificar y hacer seguimiento a acciones correctivas generadas de las auditorias. Participar y/o dirigir los comités en los cuales esté involucrado. Actuar de conformidad con las disposiciones del sistema de gestión de la calidad. Cumplir con el reglamento interno de trabajo y con todas las normas de higiene y seguridad industrial. Cumplir con el reglamento interno de trabajo y con todas las normas de higiene y seguridad industrial. Realizar todas las demás responsabilidades que le sean asignadas por el jefe inmediato.
Procesos o procedimientos a su cargo: Auditorias Internas
Atribuciones o Autoridades: Ninguna

REQUERIMIENTOS DEL CARGO											
Educación: <table> <tr> <td>Secundaria</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Técnica</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Tecnológica</td> <td>☒</td> </tr> <tr> <td>Universitaria</td> <td>☒</td> </tr> <tr> <td>Especialización</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Secundaria	☐	Técnica	☐	Tecnológica	☒	Universitaria	☒	Especialización	☐	Formación: Conocimientos en ISO 9001:2000 Curso de auditor interno certificado por una entidad reconocida.
Secundaria	☐										
Técnica	☐										
Tecnológica	☒										
Universitaria	☒										
Especialización	☐										
Experiencia: Requiere experiencia laboral en cargos similares de mínimo dos años											
Entrenamiento: 16 horas en realización de auditorias internas de calidad											

COMPETENCIAS
COMPETENCIAS ORGANIZACIONALES: ACTITUD DE SERVICIO MEJORAMIENTO CONTINUO ETICA INTEGRIDAD

COMPETENCIAS DE GESTION: Atención al detalle (1) Planificación y Organización (2) Liderazgo (1)

RESPONSABILIDAD MANEJO DE RECURSOS E INFORMACION	
Económicos: Ninguna	Equipos, herramientas, materiales/ oficina: Ninguna
Información Confidencial: Información del sistema de gestión de calidad	
Contactos	
Internos: Todos los compañeros de trabajo	Externos: Ninguno

CONDICIONES DE TRABAJO DEL CARGO	
Entorno Laboral: Labora en condiciones ambientales normales de ventilación, iluminación, limpieza y ruido.	Riesgos: Cansancio: físico Cansancio: visual y mental

ELABORADO: Auxiliar de Calidad	Revisado por: Coordinadora Administrativa y Financiera	Aprobado: Gerente General
Fecha: 28/09/2007	Fecha: 28/09/2007	Fecha: 01/10/2007

ANEXO G. PLAN DE FORMACIÓN CAPACITACIÓN

TEMA	DIRIGIDO A	No HORAS / PERSONA	REALIZADO POR	FECHA	PRESUPUESTO
Reinducción riesgos profesionales	Todo el personal	2	Blanca Rodríguez ARP-COLPATRIA	Marzo 13 de 2007	\$ 30.000
Procedimientos obligatorios Norma ISO 9001.	Todo el personal	2	Ingeniera Libia Rosa Rangel INGCODI LTDA	Marzo 17 de 2007	\$ 30.000
Diplomado en salud ocupacional.	Luz Patricia Espinel Marta Liliana Reyes	120	ARP – COLPATRIA y Alianza SENA	Inicia en Marzo 16/2007 y termina en diciembre de 2007.	\$ 0
Procedimientos obligatorios acciones correctivas y preventivas.	Todo el personal	2	Ingeniera Libia Rosa Rangel INGCODI LTDA	Abril 28 de 2007	\$ 30.000
Técnicas en administración de documentos.	Leyda Zamira Báez	20	Comfenalco	Inicia en marzo 12/2007. dur 1,5 mes	\$ 81.000
Capacitación e-salud SIIGO-primer ciclo	Auxiliar administrativa, Coordinadora Administrativa y financiera.	4	Informática y Gestión	14-15-16 de junio de 2007	Está incluido en el contrato con la empresa.
Normas de Bioseguridad y gestión de desechos.	Personal asistencial	2	Luz patricia Espinel – Coordinadora Administrativa y asistencial.	Julio 14 de 2007.	\$ 15.000
Manual de protección radiológica.	Personal asistencial	2	Coordinador Médico Nuclear	Julio 21 de 2007	\$ 16.000
Técnico en contabilidad	Auxiliar Contable, Carmen cecilia Díaz	120	Comfenalco	Inicia 2 de agosto de 2007. 3 semestres	\$ 390.000 por semestre
Capacitación e-salud SIIGO-segundo ciclo	Auxiliar administrativa Leyda Zamira Báez	1	Informática y Gestión	8,9 y 10 de agosto/2007	Está incluido en el contrato con la empresa.
Manual de Bioseguridad: Instructivos de lavado de manos, instructivos de enfermería e instructivos de limpieza.	Personal asistencial y de apoyo logístico	2	Luz patricia Espinel – Coordinadora Administrativa y asistencial.	11 de agosto de 2007	\$ 0
Capacitación SIIGO Contable	Carmen Cecilia Diaz (Aux contable), Marta Reyes Coordinadora administrativa y Financiera	2	Informática y Gestión	Agosto 24 de 2007	Está incluido en el contrato con la empresa.
Manual de protección radiológica	Personal asistencial	2	Coordinador Médico nuclear	Agosto 25 de 2007.	\$ 10.000
Manual de protección radiológica	Personal asistencial	2	Coordinador Médico nuclear	Septiembre 1 de 2007.	\$ 10.000
Comunicación de la política de calidad	Todo el personal	0.5	Gerente General y Auxiliar de Calidad	Septiembre 4 de 2007.	\$ 0
Planificación de calidad	Líderes de proceso	2	Ingeniera Libia Rosa Rangel INGCODI LTDA	Septiembre 5 de 2007.	\$ 10.000
Comunicación misión y visión institucional	Todo el personal	0.5	Gerente General y Auxiliar de Calidad	Septiembre 9 de 2007.	\$ 0
Comunicación de los requisitos de los clientes.	Todo el personal	0.5	Gerente General y Auxiliar de Calidad	Septiembre 12 de 2007	\$ 0
Capacitación e-salud SIIGO-tercer ciclo.	Auxiliares Administrativas	3	Informática y Gestión	Septiembre 13,14 y 15 2007.	Está incluido en el contrato con la empresa.
Medición análisis y mejora, indicadores, acciones correctivas,	Líderes de proceso	2	Ingeniera Libia Rosa Rangel INGCODI LTDA	Septiembre 14 de 2007	\$ 15.000

TEMA	DIRIGIDO A	No HORAS / PERSONA	REALIZADO POR	FECHA	PRESUPUESTO
preventivas y de mejora.					
Control del producto no conforme.	Todo el personal	2	Ingeniera Libia Rosa Rangel INGCODI LTDA	Septiembre 19 de 2007.	\$ 35.000
Plan de control del proceso de diagnóstico.	Auxiliares Administrativas	0.5	Emperatriz Angarita Medico Nuclear	Septiembre 22 de 2007	\$ 0
Manejo y control de registros proceso de diagnóstico	Personal que participa en el proceso	0.5	Emperatriz Angarita Med Nuclear José Quiroz Auxiliar de calidad	Septiembre 25 de 2007	\$ 0
Compromiso de la Dirección. Numeral 5 de la norma ISO 9001:2000	Gerente General	1,5	Ingeniera Libia Rosa Rangel INGCODI LTDA	Septiembre 26 de 2007	\$ 0
Términos y definiciones Norma ISO 9000	Todo el personal	0.6	Auxiliar de Calidad	1 y 3 de octubre de 2007	\$ 0
Principios de la gestión de la calidad.	Todo el personal	0.8	Auxiliar de calidad	8, 9 y 10 de octubre de 2007	\$ 0
Numerales de la norma ISO 9001:2000	Todo el personal	0.4	Auxiliar de calidad	16 de octubre de 2007	\$ 0
IX Congreso nacional de medicina Nuclear Bogotá	Médicos nucleares y 1 Tecnólogo	24	Asociación Colombiana de Medicina Nuclear	8,9 y 10 de diciembre de 2007.	\$ 2.000.000
Re-entrenamiento de servicio no conforme	Todo el personal	0.3	Auxiliar de calidad	26 de noviembre de 2007	\$ 0
Manejo de los residuos hospitalarios.	Todo el personal	1	Luz Patricia Espinel – Coordinadora Administrativa y asistencial.	28 de noviembre de 2007.	\$ 40.000
Plan de gestión integral de residuos hospitalarios.	Todo el personal	1	Luz Patricia Espinel – Coordinadora Administrativa y asistencial.	29 de noviembre de 2007.	\$ 40.000
Comunicación Asertiva	Todo el personal	1,5	ARPCOLPATRIA	3era a 4ta semana de noviembre de 2007.	\$ 45.000
Congreso Internacional de Medicina Nuclear Alasbim XXI	Coordinador Médico Nuclear	40	Alasbim	1 al 6 de diciembre de 2007.	\$ 200.000
Charla de Primeros Auxilios	Todo el personal	1	ARP Colpatria	2da a 3ra semana de diciembre de 2007	\$ 45.000

ANEXO H. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

EVALUACION DE DESEMPEÑO				
Cargo:		Área:		
Periodo de Evaluación:		Fecha de Evaluación:		
Autoevaluación	☐	Escala Puntuación	Nunca	Casi Nunca
Evaluación	☐		Algunas veces	Casi Siempre
			1	2
			3	4
COMPETENCIAS CORPORATIVAS			Calificación	Calificación Promedio
ACTITUD DE SERVICIO				ESTANDAR ESPERADO
Comunica ideas, opiniones e información al cliente interno o externo con lenguaje claro y conciso por medios orales, escritos (formales) o corporales. Sabe escuchar al otro poniéndose en su lugar				
Promueve en sus equipos la actitud de buscar información sobre necesidades latentes o potenciales de los clientes y porque se le solucionen dichas necesidades.				
Posee la capacidad de trabajar en equipo para lograr metas comunes y de interactuar fácilmente con las personas.				
Se preocupa por posibles quejas o reclamos de los clientes y toma las acciones de mejora adecuadas para evitarlos.				
Es respetuoso, amable, cordial y cálido al atender a sus clientes internos y externos.				
MEJORAMIENTO CONTINUO				ESTANDAR ESPERADO
Trabaja proactivamente y positivamente en sus tareas y proyectos adicionales. Se preocupa por su calidad.				
Anticipa situaciones que no son evidentes para otros.				
Efectúa mejoras continuas a sus procesos o procedimientos y vida personal.				
Aporta ideas originales y creativas para la mejora continua.				
10. Se adapta y aplica fácilmente los cambios o mejoras que se generan.				
ETICA				ESTANDAR ESPERADO
11. Mantiene la discreción y confidencialidad con la información de maneja.				
12. Actúa dentro de las normas y directrices profesionales y organizacionales establecidas.				
13. Es correcto en sus actuaciones.				
14. En sus actuaciones prima el bien colectivo que el propio				
INTEGRIDAD				ESTANDAR ESPERADO
Reconoce sus errores, sentimientos negativos y afronta las consecuencias de sus actos.				
Muestra coherencia entre lo que dice y hace, cumple lo que promete.				
17. Es honesto y leal en sus actuaciones:				
18. Muestra amplia disponibilidad ante la ejecución de actividades encomendadas.				
19. Cumple a cabalidad y con responsabilidad sus tareas y actividades.				
COMPETENCIAS TECNICAS			Calificación	Calificación Promedio

Posee los estudios, formación adicional y experiencia para el desempeño del cargo:		ESTANDAR ESPERADO
Conoce los fundamentos, conceptos e instrucciones básicos para el óptimo desempeño de sus labores:		
Aplica correctamente los fundamentos, conceptos e instrucciones básicos para el desempeño de su labor:		
COMPETENCIAS DE LOGRO	Calificación	Calificación Promedio
Ejecuta el plan o la labor asignada en el tiempo estipulado.		ESTANDAR ESPERADO
Cumple y supera los estándares establecidos para el desempeño de la labor o para el proceso a su cargo.		
Obtiene reconocimiento por ejecutar su labor correctamente y en el tiempo.		
COMPETENCIAS DE GESTION	Calificación	Calificación Promedio
PLANIFICACION Y ORGANIZACIÓN		ESTANDAR ESPERADO
Fija apropiadamente los objetivos a largo plazo para la Organización o los procesos a su cargo.		
Organiza el trabajo de forma efectiva, estableciendo estrategias y planes de acción con tiempos definidos y recursos requeridos para cumplir los objetivos.		
Tiene la capacidad de establecer prioridades y sabe distinguir lo más relevante de lo menos importante.		
Establece mecanismos de control para evaluar avances y tomar acciones correctivas y preventivas.		
Dirige varios procesos simultáneamente sin perder el control.		
LIDERAZGO		ESTANDAR ESPERADO
Distribuye acertadamente el trabajo, considerando objetivo y niveles de responsabilidad requeridos.		
Brinda reconocimiento y retroinformación oportuna, objetiva y continua a sus colaboradores; con el ánimo de facilitar la obtención de los resultados.		
Fomenta el aprendizaje y crecimiento de sus colaboradores; crea escenarios reales de confianza para enfrentar nuevas experiencias y retos del equipo.		
Calificación Esperada:	Calificación Obtenida:	
% Eficiencia Obtenido: Eficiencia Esperada: 85%	% Eficacia Obtenida: %Eficacia Esperada: 90%	
Observaciones:		
Firma del Evaluador:	Firma del Evaluado:	

ANEXO I. ANALISIS DE DESEMPEÑO DE TODOS LOS PROCESOS (INDICADORES DE GESTIÓN)

ANALISIS DE INDICADORES OCTUBRE DE 2007

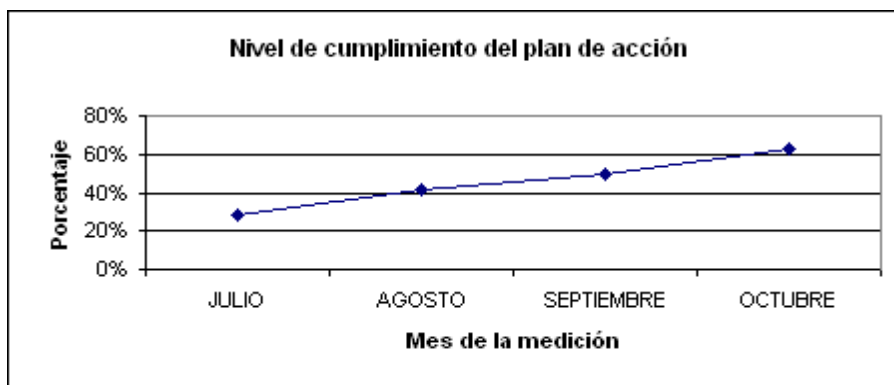
PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA

1. Nivel de cumplimiento del plan de acción

$$\frac{\text{Acciones implementadas}}{\text{Acciones planeadas}} \times 100 \approx \frac{5}{8} \times 100 \approx 63\%$$

GRAFICO: Comportamiento del indicador Meta : 90%

MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
N.A	N.A	28%	42%	50%	63%



En este mes se dio apertura a la nueva sede de Spect Medicina Nuclear en la clínica Chicamocha, cumpliéndose en un 63 % el plan de acción. Ahora sólo quedan 3 acciones por cumplir en el plan de acción. La revisión del plan se realizará en el mes de noviembre junto con la revisión gerencial.

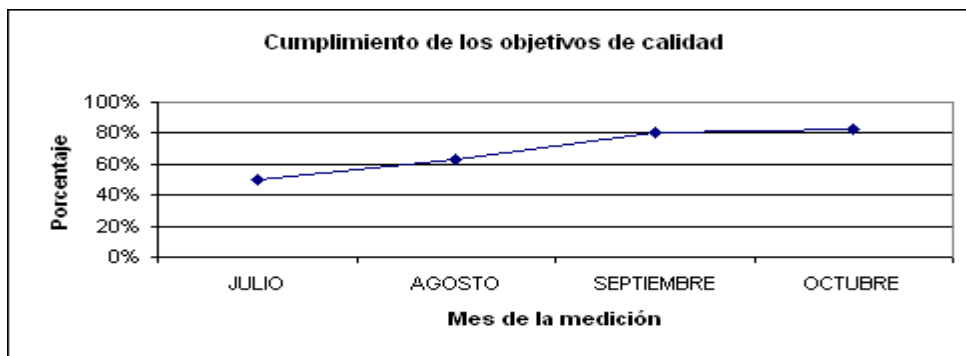
2. Nivel de cumplimiento de objetivos de calidad

Meta: 80%

$$\frac{\text{Objetivos cumplidos}}{\text{Objetivos totales definidos}} \times 100 \approx \frac{3,3}{4} \times 100 \approx 83\%$$

GRAFICO: Comportamiento del indicador

MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
N.A	N.A	50%	63%	80%	83%



El indicador muestra que a esta fecha se ha cumplido en un 83% los objetivos de calidad, alcanzando la meta del 80% fijada, sin embargo falta un 17% para el cumplimiento total de los objetivos de calidad. Los objetivos que más se han cumplido son lograr el desarrollo permanente del equipo humano y lograr eficiencia en los procesos misionales. Aquí también afecta considerablemente el incumplimiento del plan de acción planificado. En cuanto a la implementación del sistema de gestión de la calidad, solo falta terminar el segundo ciclo de auditorías internas y hacer la revisión gerencial.

3. Nivel de implementación de acciones correctivas y preventivas implementadas

$$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de A.P.} + \text{N}^\circ \text{ de A.C.} + \text{cerradas})}{(\text{N}^\circ \text{ total de A.P.} + \text{A.C.})} \times 100 \approx \frac{15}{19} \times 100 \approx 79\%$$

GRAFICO: Comportamiento del indicador

MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
N.A	8%	100%	100%	79%	83%

En el mes de septiembre se programó la ejecución de 19 acciones correctivas de las cuales 15 se cerraron en el tiempo estipulado, resultando un 70% de implementación. Las acciones que no se cumplieron pertenecen a los procesos de Diagnóstico, Tratamiento, Gestión de ambiente de trabajo, Gestión contratos y servicio al cliente, gestión de compras y contratación. Ver control de seguimiento a acciones correctivas y preventivas.

4. Eficacia del control de servicio no conforme

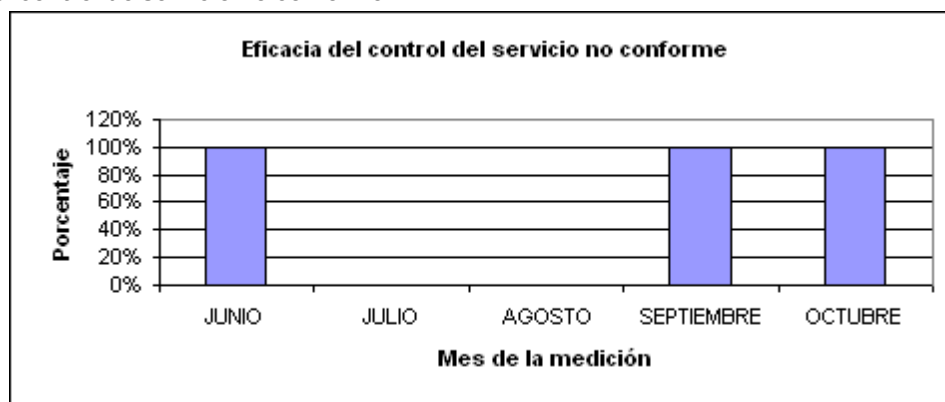
Meta : 80%

$$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de N.C por corrección cerradas})}{(\text{N}^\circ \text{ total de N.C por corrección})} \times 100 \approx \frac{6 \times 100}{6} \approx 100\%$$

GRAFICO: Comportamiento del indicador

MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
77,7%	100%	0%	0%	100%	100%

4. Eficacia del control de servicio no conforme



En el mes de octubre se presentaron 6 no conformidades de las cuales se les dio tratamiento inmediato. Se hizo el análisis correspondiente, de acuerdo a su criticidad, frecuencia y su tratamiento no necesitó de acciones correctivas. Las No conformidades fueron:

- * Se citó un estudio con el nombre de otro (gammagrafía de tiroides por gammagrafía ósea).
- * Se repitió un Renograma con filtración glomerular por mal procesamiento y se reprogramo para las horas de la tarde.
- * No conformidad por orden mal autorizada por parte de la EPS, se anuló la orden de servicio que se había facturado y el paciente tubo que cambiar la autorización con la EPS.
- * El día 29 de octubre de 2007 el generador de TC-99 no llegó al servicio, porque la aerolínea se encontraba en huelga.
- * En el mes de octubre llegaron 4 kit de MDP y 1 vial de Myview con fecha de vencimiento a 30 y 15 días respectivamente.
- * El fármaco MIBG suministrado por Selig de colombia Ltda. no llegó para el día programado, sino al siguiente día, incumpléndose al paciente el estudio.

ANALISIS DE INDICADORES NOVIEMBRE DE 2007

PROCESO DE TRATAMIENTO

1. Porcentaje cumplimiento de fechas programadas administración de tratamiento.

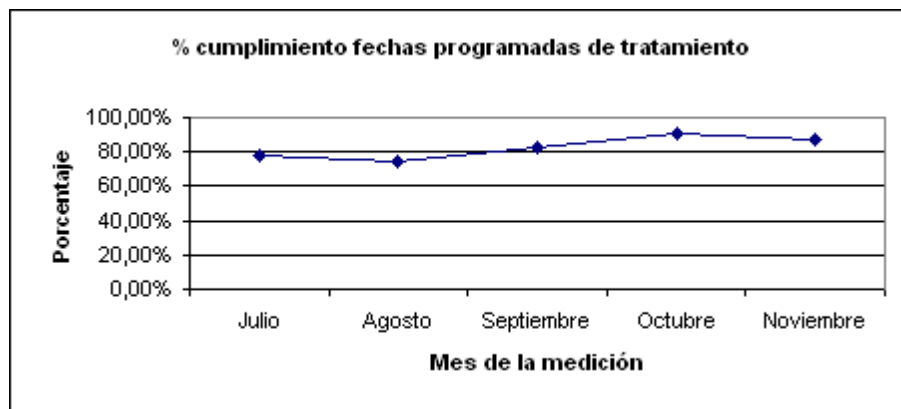
$\frac{\sum \text{de fechas programadas para administración de tratamiento cumplidas al mes} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de usuarios programados para administración de tratamiento al mes}} \approx \frac{7}{8} \times 100 \approx 87,5\%$

Nº total de usuarios programados para administración de tratamiento al mes

8

GRAFICO: comportamiento del indicador

Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
62,50%	77,70%	75%	82%	90,5%	87,50%



El indicador de porcentaje de cumplimiento de fechas programadas para tratamiento en el mes de noviembre es del 87,5% cumpliendo con la meta establecida. Si se separan los pacientes de tratamiento para el análisis tenemos que: los pacientes ambulatorios cumplieron la programación en un 100% superando la meta establecida. Mientras que hubo un paciente hospitalizado al cual se le administró el tratamiento un día después de la fecha programada. Durante estos 3 últimos meses el balance ha sido positivo ya que se ha superado la meta de cumplimiento del 80% para

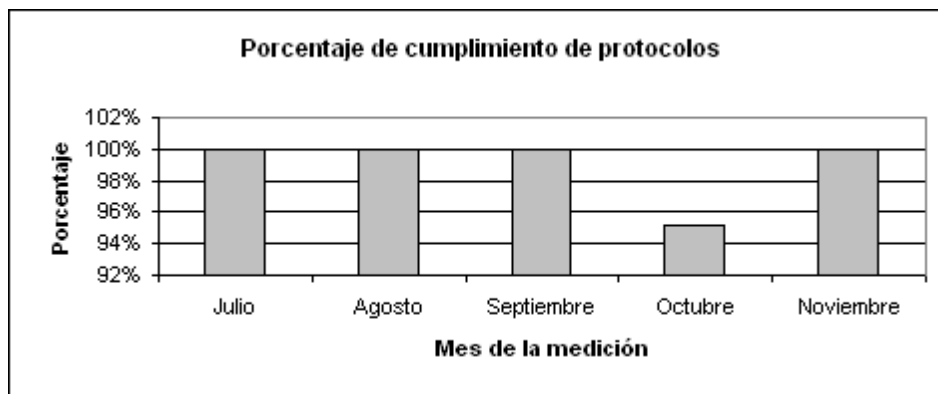
administración del tratamiento.

2. Porcentaje cumplimiento de protocolos.

$$\frac{(\text{N}^\circ \text{ pacientes que cumplen protocolo tratamiento al mes}) \times 100}{(\text{N}^\circ \text{ total de pacientes tratamiento al mes})} \times 100 \approx \frac{8}{8} \times 100 \approx 100\%$$

GRAFICO: comportamiento del indicador

Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
100%	100%	100%	100%	95,20%	100%



En el mes de noviembre hubo cumplimiento del 100% en el cumplimiento de los protocolos para tratamiento. Como podemos ver en el gráfico se ha cumplido el indicador en su totalidad en los últimos 4 meses, excepto en el mes de octubre.

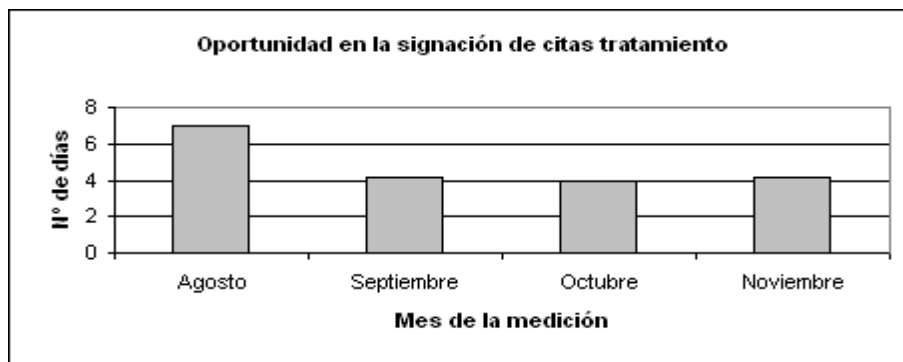
3. Oportunidad en la asignación de citas para tratamiento.

$$\frac{\sum \text{del número de días transcurridos entre la solicitud de la cita hasta el momento que se atiende la cita}}{(\text{N}^\circ \text{ total de pacientes tratamiento citados al mes})} \approx \frac{21}{5} = 4,20 \approx 4,2 \text{ días}$$

reportados

GRAFICO: comportamiento del indicador

Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
7	4,2	3,9	4,2



La oportunidad en la asignación de citas para tratamiento está en un promedio de 4 días en el mes de octubre, incumpliendo con la meta propuesta de 3 días. Este mes de acuerdo con las citas calculadas, volvió arrojar un resultado de 4,2 días al igual que el mes de septiembre, lo que quiere decir que las estrategias implantadas para reducir el indicador fueron efectivas hasta cierto punto, pero falta un poco más de disciplina para hacer cumplir las estrategias dar citas los martes miércoles y jueves para reducir la oportunidad en las citas para tratamiento.

ANALISIS DE INDICADORES SEPTIEMBRE DE 2007

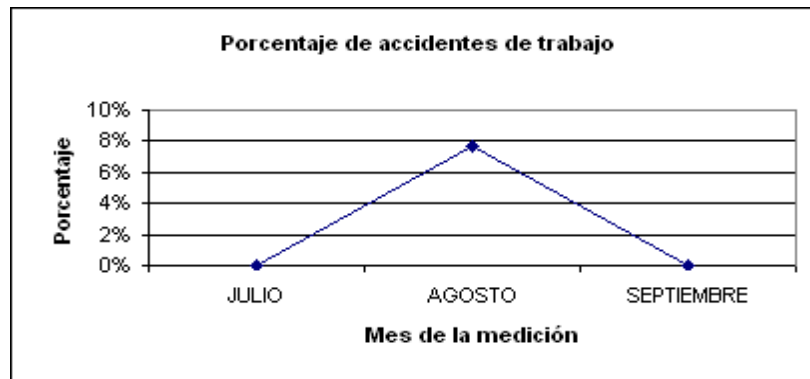
PROCESO AMBIENTE DE TRABAJO

1. Porcentaje de accidentes de trabajo

$$\frac{(\# \text{ de accidentes de trabajo}) * 100}{(\# \text{ total de personas})} \approx \frac{1 * 100}{13} \approx 7,7\%$$

GRAFICO: Comportamiento del indicador

JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
0%	7,70%	0%



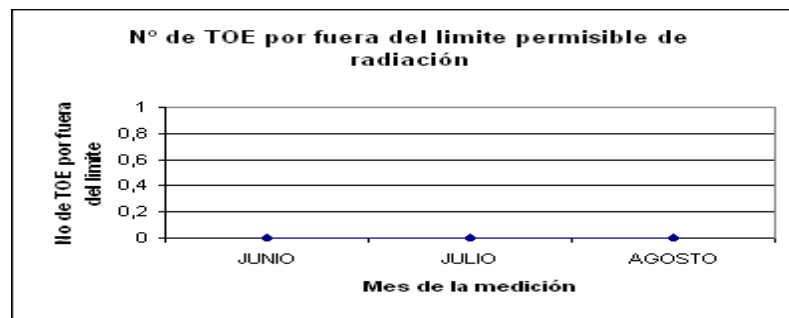
En lo corrido del trimestre de julio, agosto y septiembre se ha reportado un accidente de trabajo, ocurrido a la auxiliar asistencial, por machucón en el pie debido al sistema de rodamiento de la gammacámara 1. El resultado del indicador no supera hasta la fecha, la meta de accidentalidad que es el estándar del 9%.

2. Número de personas profesionalmente expuestas por fuera del límite permisible de radiación.

Sumatoria de personas por fuera del límite (1,7 msV)

GRAFICO: Comportamiento del indicador

JUNIO	JULIO	AGOSTO
0	0	0



Entre los meses de junio, julio y agosto no se presentaron trabajadores ocupacionalmente expuestos por fuera del límite mensual permitido, lo cual nos sugiere que los EPP son utilizados por el personal asistencial, y que se tienen en cuenta las normas de protección radiológica.

DOSIMETRIA INDIVIDUAL: En este mes se examinó el comportamiento individual de cada trabajador ocupacionalmente expuesto, en lo corrido del año 2007. En el reporte de dosimetría resumido en una hoja de cálculo de Excel, se puede observar que el trabajador con menos dosis absorbida hasta el mes de agosto de 2007, es el Dr. Rafael García con 0 mSv y el de mayor dosis absorbida el trabajador Wilson Romero. Se adjunta tabla para observar los acumulados en mSv. En lo que va corrido del año todos los trabajadores ocupacionalmente expuestos han estado en el límite permisible mensual, trimestral y en el acumulado que va hasta ahora es muy inferior al límite anual. El hecho que uno de los tecnólogos tenga mayor dosis absorbida que los demás, puede ser porque este permanece la mayor parte de su tiempo adquiriendo estudios y procesando imágenes de pacientes inyectados. Este y otras consideraciones más importantes se pueden tener en cuenta para la rotación del personal asistencial, por las diferentes etapas del proceso.

ANALISIS DE INDICADORES NOVIEMBRE DE 2007

PROCESO DE GESTION DE CONTRATOS Y SERVICIO AL CLIENTE

1. Porcentaje de aumento en ventas

$$\frac{(\text{Ventas actuales} - \text{ventas año anterior}) \times 100}{\text{Venta año anterior}} \approx \frac{(791075 - 703114) \times 100}{703114} = 12\%$$

GRAFICO: Comportamiento del indicador

JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
12%	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A

Este indicador se mide anual y se calculo en junio. Se realiza un corte fecha de junio 30 de 2007 y 30 de junio de 2006. El resultado fue de 12% superando la meta establecida de 10%.

2. Porcentaje de satisfacción del cliente en nivel bueno.

Meta: 85%

$$\frac{(\text{\# clientes satisfechos en nivel bueno}) \times 100}{(\text{\# total de encuestados})} \approx \frac{52}{53} \times 100 = 98\%$$

CLIENTES PACIENTES

$$\% = \frac{49 \times 100}{50} \approx 98\%$$

CLIENTES MEDICOS

$$\% = \frac{1 \times 100}{1} \approx 100\%$$

CLIENTES EMPRESAS

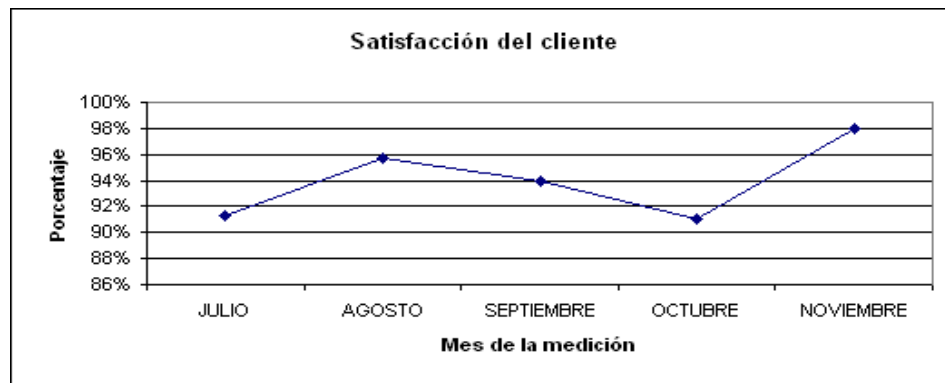
$$\% = \frac{2 \times 100}{2} \approx 100\%$$

TOTAL DE CLIENTES

$$\% = \frac{(49+1+2) \times 100}{53} \approx 98\%$$

GRAFICO: Comportamiento del indicador

JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
85%	91%	95,7%	94%	91%	98%



En el mes de noviembre el indicador de satisfacción del cliente en nivel bueno (superior a 4 puntos) es del 98% superando la meta establecida. El comportamiento de este indicador en este mes ha sido muy bueno y el mejor desde que se ha estado realizado la medición. Cabe anotar que las muestras de clientes médicos en este mes fue insuficiente. Los detalles por cada tipo de cliente los podemos encontrar en el análisis de encuestas individuales para cada uno.

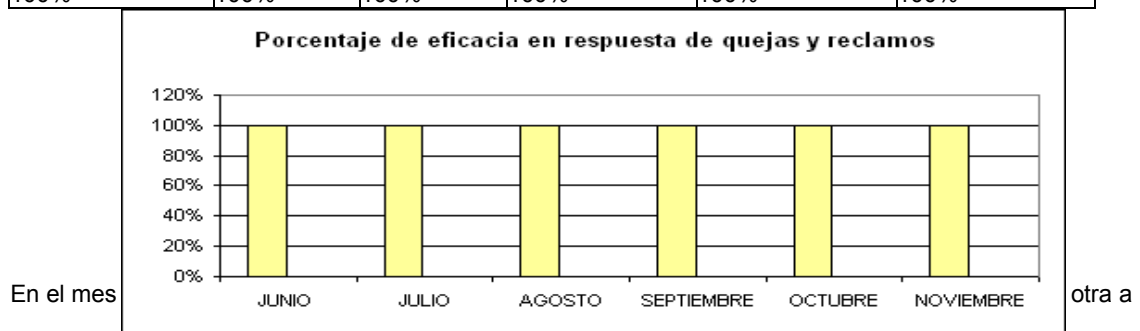
3. Porcentaje de eficacia en respuesta de quejas y reclamos

Meta: 100%

$$\frac{(\# \text{ Quejas contestadas}) \times 100}{(\# \text{ Total de quejas})} \approx \frac{2 \times 100}{2} \approx 100\%$$

GRAFICO: Comportamiento del indicador

JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
100%	100%	100%	100%	100%	100%



Centro Médico CAL.. La queja de la Clínica Chicamocha se presenta por demora en aplicación del radio fármaco porque no se encontraba en el lugar, ha sido imposible hablar con la señora porque se encuentra solo tarde en la noche y la queja del Centro Médico CAL, se presenta por demora en el servicio interno.

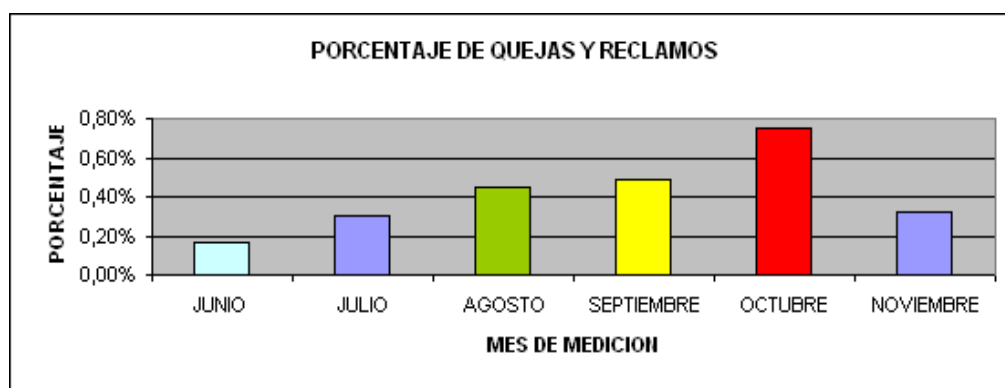
4. Porcentaje de quejas y reclamos

Meta: <=1%

$$\frac{(\# \text{Quejas y Reclamos})}{(\# \text{ Total de usuarios por mes})} \times 100 = \frac{2}{634} \times 100 =$$

GRAFICO: Comportamiento del indicador

JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
0,17%	0,30%	0,45%	0,49%	0,75%	0,32%



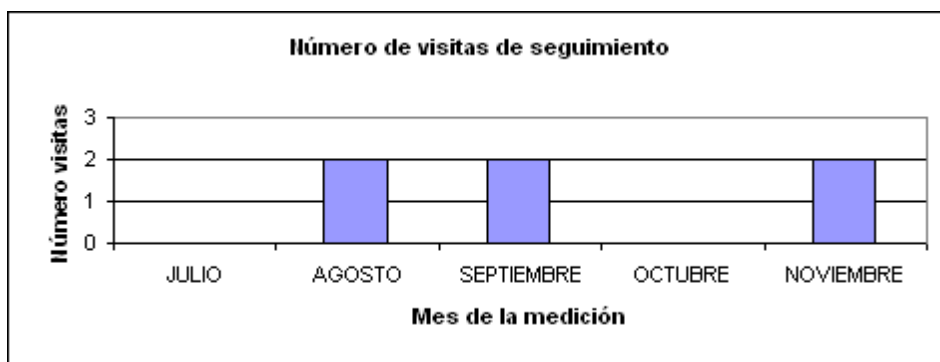
En el mes de noviembre el porcentaje de quejas y reclamos disminuyó con respecto a los meses de agosto, septiembre y octubre, no supera la meta establecida que es del 1%.

5. Numero de visitas de seguimiento

Nº Visitas Realizadas ≈ 2 visitas realizadas

GRAFICO: Comportamiento del indicador

JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
2	0	2	2	0	2



En el mes de noviembre se realizaron las visitas de seguimiento programadas cumpliendo con la meta establecida.

ANALISIS DE INDICADORES NOVIEMBRE DE 2007 PROCESO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

1. Porcentaje de funcionarios competentes

Meta: 80%

Sumatoria de funcionarios calificación superior a 4 ≈
de funcionarios totales evaluados

GRAFICO: Comportamiento del indicador

JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
92,3%	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Esta medición se hace anual junto a la evaluación del desempeño. Como podemos ver en julio de 2007, se cumplió la meta establecida del 80%.

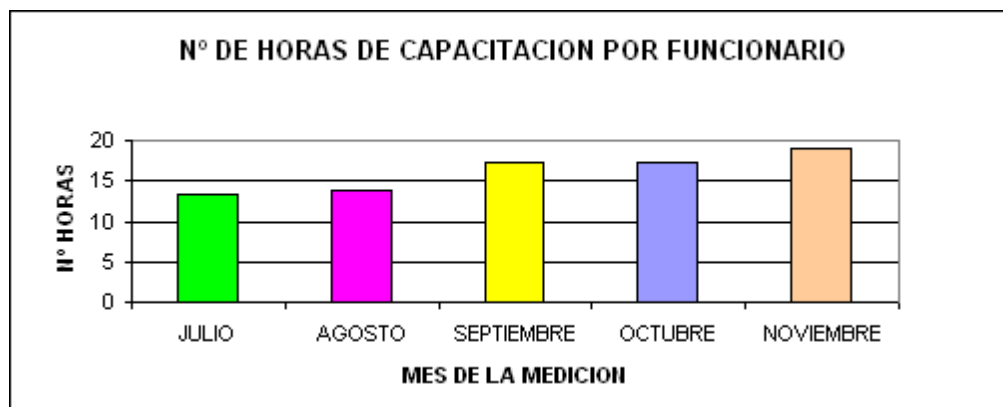
2. Número de horas impartidas de capacitación por funcionario

(Número total de horas de capacitación impartidas en el año) ≈ 266,5 19,04
de Funcionarios 14

GRAFICO: Comportamiento del indicador

Meta anual: 16 hs

JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
13,38	13,84	17,3	17,3	19,04



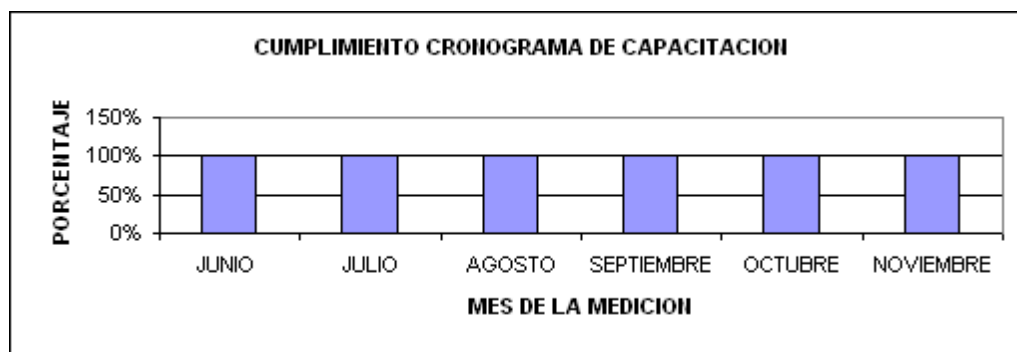
En el mes de noviembre este indicador aumenta, debido a que se realizan 41,5 horas de capacitación, cumpliendo con el programa que se había propuesto. Estas capacitaciones fueron dirigidas a todo el personal de la organización, dentro de estas capacitaciones encontramos la de comunicación asertiva brindada por la ARP Colpatría.

3. Porcentaje de cumplimiento de programa de capacitación

(Eventos de capacitación desarrollados) ≈ 17 X 100 100%

GRAFICO: Comportamiento del indicador

JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
100%	100%	100%	100%	100%	100%



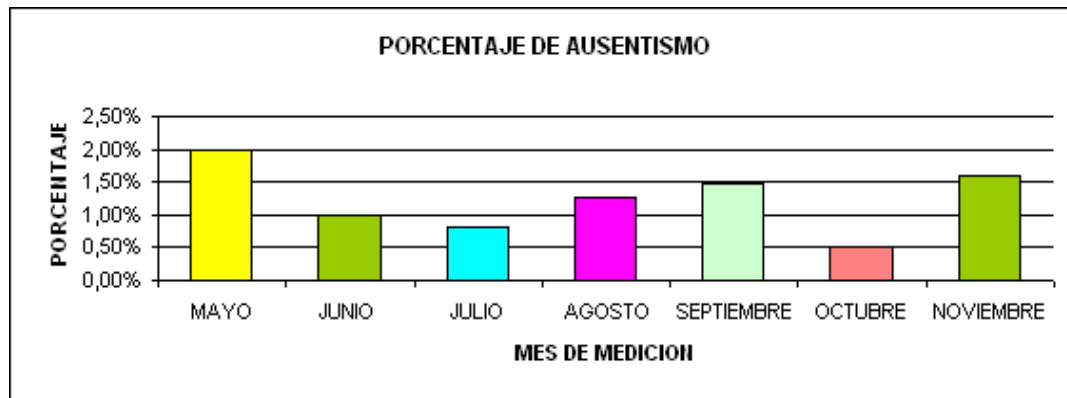
Como podemos observar el indicador de cumplimiento del plan de formación capacitación programado al implementar el proceso se ha cumplido totalmente en un 100% hasta la fecha. Este indicador se mide anualmente, aunque el seguimiento se realiza mensualmente. En este mes se ajusto el plan de formación y capacitación y se espera hacer una programación flexible para el año 2008.

4. Porcentaje de ausentismo

$$\frac{(\# \text{ de horas ausentismo personal al mes})}{(\# \text{ horas totales de personal al mes})} \approx \frac{41,5}{2604} = 1,60$$

GRAFICO: Comportamiento del indicador

MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
2,00%	1,00%	0,80%	1,27%	1,47%	0,52%	1,60%



En el indicador de ausentismo del personal, podemos concluir que no supera la meta establecida. Concluimos que en el mes de noviembre el 61,45% del ausentismo se presenta por permisos del personal médico y asistencial y el 38,5% por personal administrativo.

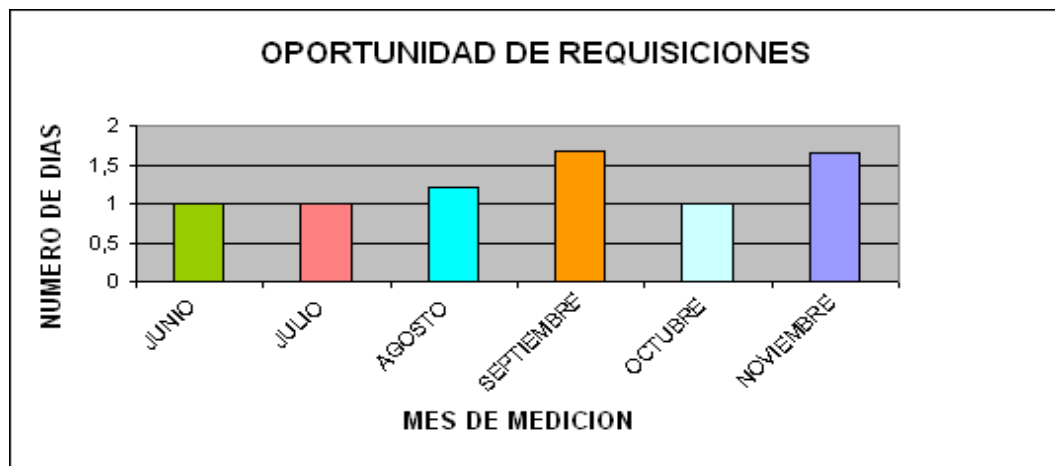
ANALISIS DE INDICADORES NOVIEMBRE DE 2007 PROCESO DE GESTIÓN DE COMPRAS

1. Tiempo de oportunidad en requisiciones

Sumatoria de tiempo de atención de cada requisición $\approx$ $\frac{18}{11}$ 1,64
de requisiciones atendidas

GRAFICO: Comportamiento del indicador

JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
1	1	1,2	1,67	1,0	1,64



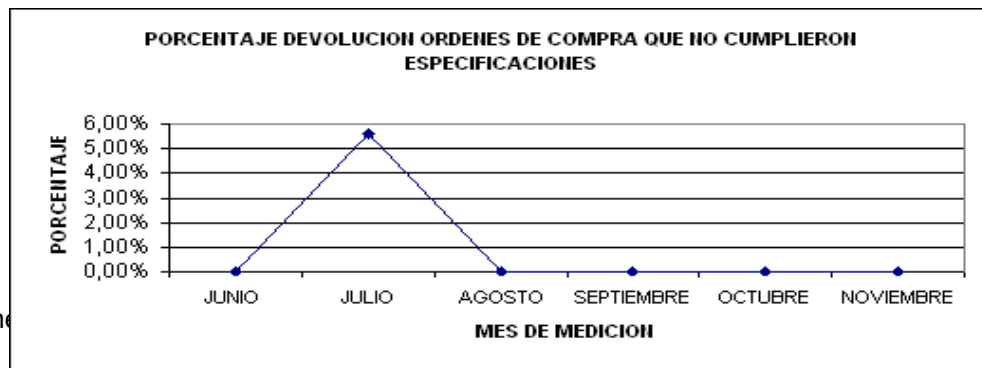
En el mes de noviembre hubo 11 requisiciones, atendidas en promedio de 1,64 días, adicionalmente se realizaron 22 órdenes de compra.

2. Porcentaje de devolución de ordenes de compra que no cumplieron especificaciones

de ordenes de compra devueltas por no cumplimiento de especificaciones $\approx$ $\frac{0}{22}$
#total de ordenes de compra realizadas

GRAFICO: Comportamiento del indicador

JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
0,00%	5,60%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%



En el mes

on la

meta establecida.

3. Porcentaje de proveedores evaluados con calificación mayor de 4

$$\frac{\# \text{ de proveedores evaluados con puntaje mayor a } 4}{\# \text{ total de proveedores evaluados}} \approx \frac{42}{42} * 100 \approx 100\%$$

GRAFICO: Comportamiento del indicador

JULIO	Esta evaluación se realiza 1 vez al año.
100%	

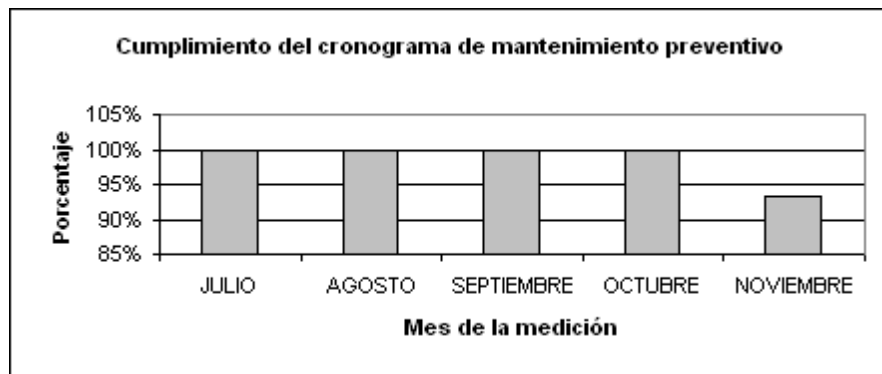
ANALISIS DE INDICADORES NOVIEMBRE DE 2007 GESTION DE INFRAESTRUCTURA

1. Cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo de equipos medicos y de medición

$$\frac{(\text{Total de mantenimientos realizados en el tiempo pactado}) \times 100}{\text{Total de mantenimientos programados}} \approx \frac{14}{15} \times 100 \approx 93\%$$

GRAFICO: Comportamiento del indicador

JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
100%	100%	100%	100%	93,30%



En el mes de noviembre sólo había programado 1 mantenimiento preventivo de la gammacámara siemens, el cual no se realizó porque no se pudo contactar al proveedor de este servicio. Por lo tanto este indicador decrece en su cumplimiento en un 93%.

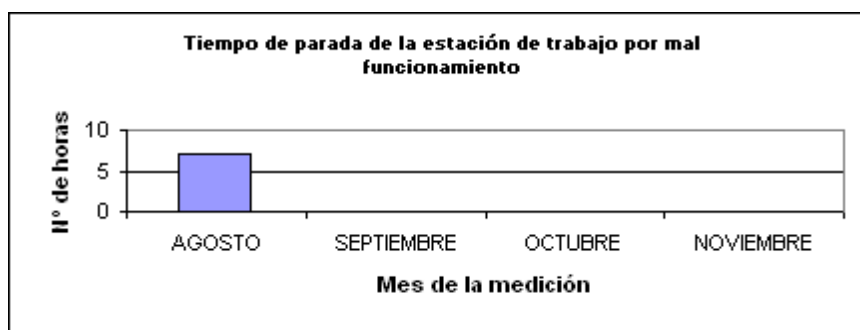
2. Tiempo de parada de la estación de trabajo Gammacámara por mal funcionamiento del equipo

Número de horas de parada de la estación de trabajo (gammacámara) por mal funcionamiento.

GRAFICO: Comportamiento del indicador

Meta: 8 horas laborales

JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
0	7	0	0	0



2. Tiempo de parada de la estación de trabajo Gammacámara por mal funcionamiento del equipo

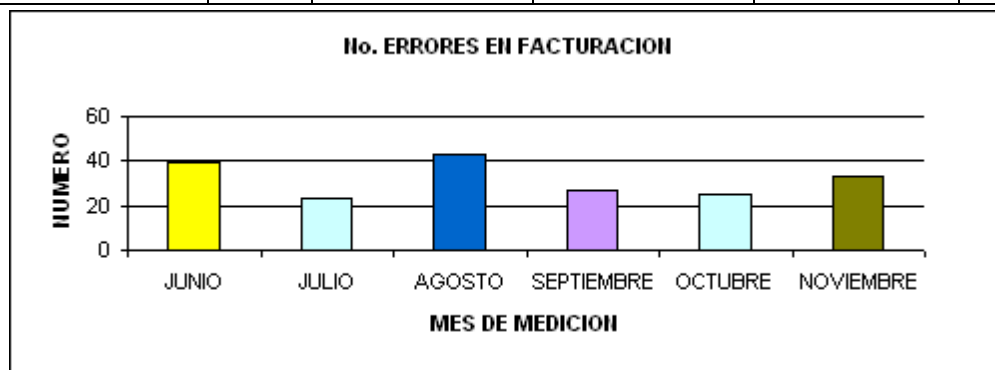
Como se puede observar en el mes de noviembre no se presentó algún suceso critico que permita parar por completo las estaciones de trabajo (gammacámaras).

ANALISIS DE INDICADORES NOVIEMBRE DE 2007 PROCESO DE FACTURACIÓN Y RECAUDO

1, No. de errores en procedimiento de facturación

GRAFICO: Comportamiento del indicador

JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
39	23	43	27	25	33

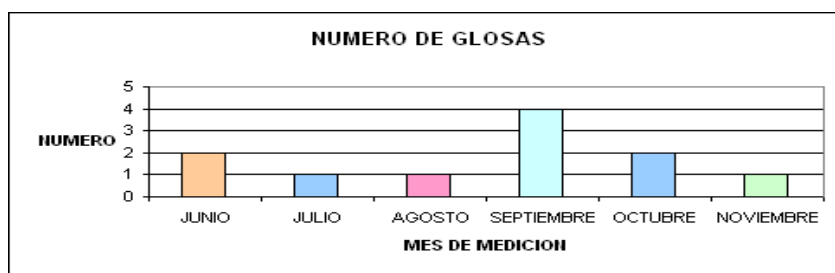


El número de errores en facturación en el mes de noviembre aumenta en relación a los meses de agosto, septiembre y octubre. Dichos errores superan la meta establecida. Los documentos anulados que no se encuentran en este indicador: Ordenes de servicio (6), facturas de venta (5), facturas particulares o copagos (9)

2. No. De glosas en proceso de facturación

GRAFICO: Comportamiento del indicador

JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
2	1	1	4	2	1



El número de glosas en facturación de noviembre, corresponde a una glosa de Colseguros, la cual se objeta corresponde a radiofarmaco e insumos no cancelados.

3. Rotación de cartera

Meta: 3,3 veces = 109 días

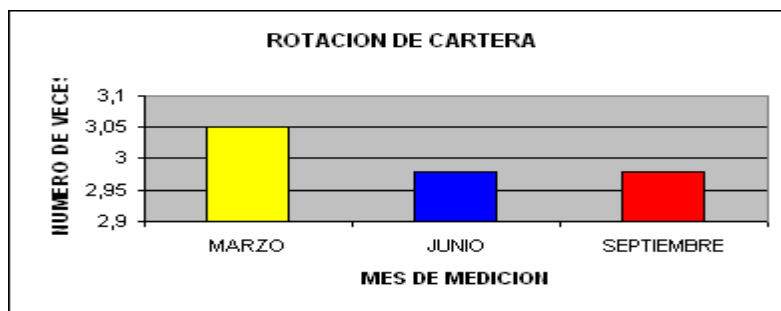
(Ventas crédito en el periodo)

≈

(Cuentas por cobrar promedio)

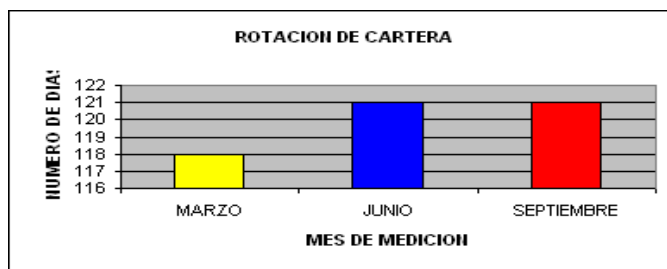
GRAFICO: Comportamiento del indicador

MARZO	JUNIO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
3,05	2,98	2,98	N.A.	N.A.



Nº de días de Rotación

MARZO	JUNIO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
118	121	121	N.A.	N.A.



Este indicador se calcula trimestralmente en base a datos que arroja los estados financieros. La próxima medición se realiza en diciembre.

ANEXO J. (PROGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS, LISTAS DE VERIFICACIÓN DE AUDITORÍAS, INFORME DE AUDITORÍA)

 PROGRAMA DE AUDITORIA INTERNA					
OBJETIVO: Evaluar si en cada uno de los procesos se ha implementado adecuadamente todos los estándares establecidos para cada uno de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad según la norma ISO 9001:2000 y los requisitos legales que los rigen.		ALCANCE: Aplica para todos los procesos del sistema de Gestión de la Calidad: Proceso de Gestión de la calidad y mejora continua, Proceso de Diagnóstico, Proceso de Tratamiento, Proceso de Gestión de Contratos y Servicio al Cliente, Proceso de Gestión de Compras y contratación, Proceso de Gestión de ambiente de trabajo, proceso de Gestión de Infraestructura, Proceso de Facturación y Recaudo y proceso de Gestión del Talento Humano de la sede ubicada en el centro médico Ardilla Lulle.			
CRITERIO: Manual de Calidad Requisitos Norma ISO 9001:2000. Decreto 1011 Abril de 2006. Resolución 180633 Junio 28 de 2002. Demás requisitos legales que apliquen a cada proceso.		EQUIPO AUDITOR: Siomara Hernández Sánchez Auditora Líder. Empresa consultora de la Certificación. Libia Rosa Rangel Arias Auditora observadora #1. Empresa consultora de la Certificación Marta Liliana Reyes Auditora Observadora # 2, Coordinadora Administrativa y Financiera. Rafael García Rey Auditor Observador #3, Gerente General. José Leonardo Quiroz Auditor Observador #4, Auxiliar de Calidad.			
TIEMPO: Un mes. Del 9 de Agosto al 3 de Septiembre de 2007		RECURSOS: Tiempo del talento humano auditor y auditado, papelería y equipo de Cómputo.			
Proceso	Equipo Auditor	L	A	O	Fecha
Proceso de Diagnóstico	Siomara Hernández Sánchez Marta Liliana Reyes José Leonardo Quiroz	X		X X	Agosto 9 de 2007 7:30 a 10 a.m.
Proceso de Gestión de la calidad y mejora continua	Siomara Hernández Sánchez Rafael García Rey Libia Rangel	X		X X	Agosto 15 de 2007 7:30 .a.m. a 12 m.
Proceso de Gestión de Contratos y Servicio al Cliente	Siomara Hernández Sánchez Rafael García Rey José Leonardo Quiroz	X		X X	Agosto 15 de 2007 7:30 .a.m. a 12 m
Gestión del Talento Humano	Siomara Hernández Sánchez Rafael García Rey José Leonardo Quiroz	X		X X	Agosto 15 de 2007 7:30 .a.m. a 12 m
Proceso de Gestión de Compras y contratación	Siomara Hernández Sánchez Rafael García Rey José Leonardo Quiroz	X		X X	Agosto 15 de 2007 7:30 .a.m. a 12 m
Proceso de Tratamiento	Siomara Hernández Sánchez Marta Liliana Reyes Libia Rangel	X		X X	Agosto 16 de 2007 7:30 a.m. a 12 m.
Gestión de ambiente de trabajo	Siomara Hernández Sánchez Rafael García Rey Libia Rangel	X		X X	Agosto 16 de 2007 7:30 .a.m. a 12 m
Gestión de Infraestructura	Siomara Hernández Sánchez Rafael García Rey José Leonardo Quiroz	X		X X	Septiembre 4 de 2007 7:30 a.m. a 10 am.

Proceso de Facturación y Recaudo	Siomara Hernández Sánchez Rafael García Rey Libia Rangel	X		X X	Septiembre 4 de 2007
Observaciones: Este programa corresponde al primer ciclo de auditorias internas de calidad. Las fechas establecidas en este programa no podrán ser modificadas. Si se requiere modificación alguna con justificación, estos cambios deben ser aprobados por la Gerencia General.					
Elaborado por: Coordinadora Administrativa y Financiera Julio 13 de 2007					
Aprobado por: Gerente General Julio 17 de 2007					

FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN AUDITORIA

PROCESO AUDITADO: Diagnóstico (Realizar estudios Gammagráficos para obtener resultados confiables y oportunos)

AUDITOR(ES): Ing. Siomara Hernández Sánchez

Martha Liliana Reyes (observadora)

José Leonardo Quiroz (observador)

Libia R. Rangel Arias (observador)

FECHA: 09/08/07 (7:50 am- 10:30 am)

ASPECTOS A EXAMINAR		CONFORME		DOCUMENTOS/ REGISTROS/ EVIDENCIA	RESPONSABLE/ AUDITADO	COMENTARIOS/ OBSERVACIONES
		SI	NO			
P	¿Cómo planea la calidad en su proceso? ¿Cuál es la política de calidad de la organización y como contribuye su proceso al cumplimiento de esta?	x		Caracterización DI-C-01 Los procedimientos de Asignación de Citas DI-P-01, Admisiones procesos asistenciales DI-P-02, Asistencial proceso diagnostico DI-P-03, Manual de protocolos DI-M-01, Procedimiento elaboración de informe y entrega de resultados DI-P-04.	COORDINADOR MEDICO NUCLEAR	Los integrantes del proceso conocen de manera general la política de calidad de la organización y los procedimientos en los que participan. Los integrantes del proceso no identifican claramente elementos de planeación, como la caracterización y el plan de control del proceso. No conocen el alcance del sistema de gestión de calidad.
P	¿Quien es su cliente, cuales son sus requisitos y como los captura? ¿Como prepara al paciente antes de la realización del examen? ¿Que documentación se exige para asegurar la prestación del servicio?		x	Planilla de control de citas (magnético) Ver Listado de contratos o convenio GS-F-05. Instrucciones a pacientes Procedimiento admisiones procesos asistenciales DI-P-02 Orden de servicio DI-F-02.		El registro que se tiene del listado de contratos GS-F-05 no tiene el código en todas las hojas del formato y además la organización que se tiene de este no refleja confiabilidad de la información. Además el listado de tarifas no se encuentra controlado y codificado dentro del sistema. El registro en la orden de servicio no coincide con el espacio si o no. Además la captura del producto suministrado por el cliente a pesar de que queda claro en el sistema no hay evidencia de recibido por parte del cliente. No se esta dejando evidencia de la entrega de las condiciones previas que el paciente debe tener antes del examen. No coincide lo establecido en el manual de protocolo con el procedimiento frente al párrafo " Los documentos entregados por los pacientes son recibidos por las secretarias, quienes firman formato de recibido y entregaran un recibido al paciente según protocolo" y el procedimiento dice: solicita estudios anteriores y los relaciona en el formato de orden de servicio. Recomendación de mejora: solicitar documentos según convenio.

ASPECTOS A EXAMINAR		CONFORME		DOCUMENTOS/ REGISTROS/ EVIDENCIA	RESPONSABLE/ E/ AUDITADO	COMENTARIOS/ OBSERVACIONES
		SI	NO			
H	¿Como verifica las condiciones del equipo de Gamma cámaras y que evidencia queda de esta verificación?			Orden de Servicio DI-F-02. Manual de Protocolos Médicos para Procesos Asistenciales DI-M-01. Planilla ocupación diaria gammacámaras DI-F-04. Registro de dosis diagnósticas DI-F-03.		No se tiene evidencia de la verificación de las condiciones del equipo antes de su uso. En el registro DI-F-04 Planilla de ocupación diaria gamma cámaras la columna prov no se esta llenando, revisar para cumplir con requisitos legales y el registro DI-F-03 Registro de dosis diagnosticas el espacio de la fecha no se esta llenando.
	¿Como se asegura de usar las dosis correspondientes para el examen?		x			
H	¿Como verifica las condiciones par la realización del examen y toma de imágenes?			Informe de Resultados. Orden de Servicio DI-F-02. el cuaderno de resultados como constancia de entrega del informe		Observación: La organización de la información de resultados no facilita la búsqueda para una entrega ágil independiente de quien la realice. Observación: La información consignada en la orden de servicios referente a datos clínicos del paciente es manipulada por cualquier integrante de la empresa, lo cual no esta asegurando la confidencialidad de dicha información, haciendo referencia a lo que seria productos suministrado por el cliente.
	¿Como entrega los resultados al cliente?	x				
V	¿Como verifica el desempeño del proceso?		x	Tablero de control de indicadores GC-F-13		No se llevan los indicadores establecidos desde la fecha estipulada octubre del 2006, solo se tienen datos de junio y julio de tres indicadores.
A	¿Que mejoras, acciones correctivas o preventivas se han generado a partir del desempeño del proceso?		x			No hay acciones preventivas o de mejora del proceso.

PROCESO AUDITADO: GESTION DE LA CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO REQUISITO 4 Y 8	AUDITOR(ES): Ing. Siomara Hernández Sánchez Rafael E. García Rey (observador)
FECHA: 15/08/07	Libia R. Rangel Arias(observador)

ASPECTOS A EXAMINAR		CONFORME		DOCUMENTOS/ REGISTROS/ EVIDENCIA	RESPONSABLE/ AUDITADO	COMENTARIOS/ OBSERVACIONES
		SI	NO			
P	¿Como planea la calidad de la organización?	x		Mapa de procesos, Caracterizaciones, procedimientos y planes de control.	Coordinadora administrativa y financiera. Equipo Administrativo de apoyo	No tiene claro los componentes de planificación de la calidad que se aplican en el SGC.
	¿Cual es el direccionamiento estratégico de la organización?	x		Manual de calidad		Conoce la misión y visión de la organización.

ASPECTOS A EXAMINAR		CONFORME		DOCUMENTOS/ REGISTROS/ EVIDENCIA	RESPONSABLE/ AUDITADO	COMENTARIOS/ OBSERVACIONES
		SI	NO			
	¿Cual es el alcance de la certificación? ¿Pueden verificar el resultado generado de los procesos del alcance frente a unos requisitos?	x		Manual de calidad		Conoce el alcance de la certificación y la justificación de las exclusiones.
	¿Cual es la política de calidad de la organización? ¿Como se evidencia la renovación tecnológica, los resultados confiables y un servicio seguro, confortable, respetuoso y calido?	x		Manual de calidad		Conoce los elementos que componen la política de calidad.
	¿La política proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad? ¿Los objetivos de la calidad deben son medibles y coherentes con la política de la calidad? ¿Cuales son los objetivos de calidad y como evidencia su cumplimiento? ¿Es comunicada y entendida dentro de la organización, es revisada para su continua adecuación?		x	Manual de calidad		Hay tres personas de las cuales no hay evidencia de que se les haya mostrado y hecho entrega de la política, igualmente cuando se pregunto a una persona que había sido capacitada no supo expresar con sus palabras los elementos básicos de la política de calidad.
H	¿Cual es la documentación requisito del sistema de gestión de calidad?	x		Manual de calidad/política/ procedimientos/ otros	Coordinadora administrativa y financiera. Equipo Administrativo de apoyo	No tiene claro los documento requisito a pesar de que el sistema los tiene planteados.
	¿Como evidencia la organización la interacción entre los procesos?	x		Mapa de procesos y caracterizaciones		Mejorar el mapa colocando requisitos del cliente y requisitos satisfechos. Contesto de manera dudosa fortalecer.
	¿Como controla la documentación dentro del sgc?		x	GC-P-01 Procedimiento control de documentos. GC-F-01 Formato Solicitud de creación o modificación de documentos GC-I-01 Instructivo para la elaboración de documentos GC-F-02 Listado maestro de documentos internos GC-F-03 Listado maestro de documentos externos		No se tiene claro el manejo de los documentos obsoletos cuando se pregunto respondieron "Los documentos obsoletos se deben destruir, guardar por cierto tiempo en forma física o medio magnético" pero lo que dice el procedimiento es "Si existen versiones anteriores, se conserva la copia de la última versión en medio magnético, identificando el documento como obsoleto" Eso tiene un código una fecha, y hay una carpeta, hay un formato de creación o mejoramiento. El listado de documentos internos establece copias controladas y no están donde deben estar. Además existen documentos como la misión, visión y política de calidad, que se establecieron como documentos controlados y no están controlados. No esta definido el concepto de copia controlada en el procedimiento.
	Como identifica, almacena, protege, recupera los registros y cuanto tiempo los retiene y cual es su disposición.		x	Procedimiento Control de registros.		Se encuentra que la documentación no tiene el código del registro en todas las hojas y no se maneja en toda paginación.

ASPECTOS A EXAMINAR		CONFORME		DOCUMENTOS/ REGISTROS/ EVIDENCIA	RESPONSABLE/ AUDITADO	COMENTARIOS/ OBSERVACIONES
		SI	NO			
V	¿Como demuestra la organización la conformidad del producto? ¿Como se asegura de la conformidad del sgc? ¿Como mejora continuamente la eficacia del sistema de control de la calidad?	x		Indicadores		Que no se presenten acciones correctivas, esta en la política, que no se presenten no conformidades, o que se presenten pero que sean corregidas.
	¿Planifica las auditorias?	x		Procedimiento de auditorias internas. Programa de auditorias		Si tienen la documentación de todo.
	Que métodos aplica la organización para realizar el seguimiento a los procesos, y como mide los procesos del Sistema de gestión de la calidad. Como determina, recopila y analiza la organización los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad?		x	Indicadores de gestión por proceso		Indicadores de gestión de procesos. El manejo de los indicadores como herramienta de mejora es debil.
	¿Como mide y hace seguimiento de las características del producto para verificar que se cumplen los requisitos del mismo? ¿Que evidencia se deja de la conformidad con los criterios de aceptación? ¿Los registros indican la(s) persona(s) que autoriza(n) la liberación del producto?	x		GC-P-05 Procedimiento para control de servicio no conforme. Parámetros a controlar en la caracterización Indicadores		Encuestas al cliente, se lleva en el formato. Se esta usando el formato de acciones correctivas cuando el procedimiento de producto no conforme tiene establecida la acción frente a la situación.
A	¿Como se maneja el producto no conforme? ¿Se ha detectado un producto no conforme después de la entrega o cuando ha comenzado su uso? ¿Que acciones ha realizado la organización respecto a los efectos o efectos potenciales, de la no conformidad?		x	GC-I-02 Instructivo para control de servicios no conformes. GC-F-08 Formato de gestión de no conformidad. GC-P-03Procedimiento de acciones correctivas. GC-P-04Procedimiento de acciones preventivas. GC-P-05 Procedimiento para control de servicio no conforme.		No conformidad por uso del procedimiento. No se ha detectado devolución de producto no conforme. No se ha generado nada preventivo.
	¿Como realiza las acciones correctivas y preventivas al sgc.?		x	GC-P-04 Procedimiento Acc Preventivas GC-L-01 Lista de chequeo para identificar causas de acciones correctivas y preventivas. GC-F-06 Formato de reporte acciones correctivas y preventivas. GC-F-07 Formato de control y seguimiento de acciones correctivas y preventivas.		La lista de chequeo para identificar causas pero no es esta utilizando, además el formato de reporte de acciones correctivas y preventivas no se esta llenado la fecha de la aprobación.

ASPECTOS A EXAMINAR		CONFORME		DOCUMENTOS/ REGISTROS/ EVIDENCIA	RESPONSABLE/ AUDITADO	COMENTARIOS/ OBSERVACIONES
		SI	NO			
	¿Como controla las acciones correctivas y preventivas?		x	Indicadores		El Formato de control y seguimiento de acciones correctivas y preventivas GC-F-07 no se esta diligenciando.

PROCESO AUDITADO: GESTIÓN DE CONTRATOS Y SERVICIO AL CLIENTE. REVISIÓN REQUISITO 5.2 – 7.2 –8.2 - 8.2.1 – 8.3 – 8.4 DE LA NORMA ISO 9001 V2000				AUDITOR(ES): Ing. Siomara Hernández Sánchez Rafael E. García Rey (observador) Libia R. Rangel Arias(observador)		
FECHA: 15/08/07						

ASPECTOS A EXAMINAR		CONFORME		DOCUMENTOS/ REGISTROS/ EVIDENCIA	RESPONSABLE/ AUDITADO	COMENTARIOS/ OBSERVACIONES
		SI	NO			
P	Como se asegura la dirección de que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente. (requisitos especificados por el cliente incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y 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/Los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto/Cualquier requisito adicional determinado por la organización)	x		Manual de proa gestión de contratos y servicio al cliente./Acta de visita/ Quejas y reclamos/ Evaluación de satisfacción e informes de gestión.	Coordinadora administrativa y financiera. Equipo Administrativo de apoyo	Se tiene claridad sobre la captura de necesidades del cliente. Se tiene un portafolio que no esta codificado según lo establecido.
H	¿Como revisa la organización los requisitos relacionados con el producto?		x	Acta		Actas de reunión. Los contratos no están firmados por las dos partes, además no se tienen contratos de todas las entidades a las que se le presta el servicio, además debe quedar la revisión por parte del líder del proceso.
H	¿Que disposiciones eficaces tiene establecidas la organización para la comunicación con los clientes? (la información sobre el producto, consultas, contratos o atención de pedidos, incluyendo modificaciones, la retroalimentación del cliente incluyendo sus quejas)		x	Portafolio de productos/ Contratos		No todos tienen contratos o convenios y el procedimiento dice que debe existir un contrato o convenio.
V	Como realiza seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente respecto al cumplimiento de los requisitos por parte de la Organización. Que métodos utiliza para obtener y utilizar dicha información.		x	Indicador satisfacción cliente/encuesta de satisfacción/ Quejas y reclamos.		Contratos. Visitas de seguimiento encuestas. El procedimiento de quejas y reclamos presenta en su uso una inconsistencia ya que la queja presentada el día 9 dice que la sugerencia fue analizada pero realmente no se hizo.

ASPECTOS A EXAMINAR		CONFORME		DOCUMENTOS/ REGISTROS/ EVIDENCIA	RESPONSABLE/ AUDITADO	COMENTARIOS/ OBSERVACIONES
		SI	NO			
	¿Como mide el desempeño del proceso?			Indicadores		El establecimiento de la satisfacción del cliente no se hizo en mayo y junio con los datos que se tienen establecidos. Se tienen los indicadores establecidos para el control de quejas y reclamos.
A	¿Que acciones correctivas o preventivas se han generado desde este proceso?		x			Se han generado acciones correctivas pero hay problemas en el uso ya que se cerro la acción pero hay una actividad que no tiene fecha.

PROCESO AUDITADO: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO. REVISIÓN REQUISITO 6.2 DE LA NORMA ISO 9001 V2000 FECHA: 15/08/07	AUDITOR(ES): Ing. Siomara Hernández Sánchez Rafael E. García Rey (observador) Libia R. Rangel Arias(observador)
---	---

ASPECTOS A EXAMINAR		CONFORME		DOCUMENTOS/ REGISTROS/ EVIDENCIA	RESPONSABLE/ AUDITADO	COMENTARIOS/ OBSERVACIONES
		SI	NO			
P	¿Como planifica las necesidades de personal dentro de la organización?	x			Coordinadora administrativa y financiera. Equipo Administrativo de apoyo	Por la dinámica de la organización la planificación no se da, el personal requerido se contrata según necesidad.
H	¿Como se asegura de que el personal de la organización que incide directamente en la calidad del servicio sea competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas? ¿Como determina la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan a la calidad del producto?		x	Manual de funciones		Que tengan el perfil adecuado, se tiene un manual de cargos. La hoja de vida no tiene la tarjeta profesional ya que no se requiere pero el procedimiento lo establece. Se realizo reinducción para todo el personal pero los formatos no están totalmente diligenciados.
	¿Como proporciona formación para fortalecer las competencias del personal? Mantiene registros adecuados de la educación, formación, habilidades y experiencia de su personal.		x			Hay un cronograma en el 2007. El formato de evaluación evento de formación GT-F-10 no lo tiene todo evento.
	Como se asegura de que su personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y como contribuyen al logro de los objetivos de la calidad	x				Que no haya no conformidades.
	Comunicaciones internas	x		Políticas para el manejo de comunicaciones internas		Se tienen las políticas establecidas pero no se evidencia su conocimiento y despliegue.
	¿Se ha ido alguna persona de la organización?	x				No se tiene evidencia porque nadie se ha retirado. Evaluar la necesidad del procedimiento de retiro.

ASPECTOS A EXAMINAR		CONFORME		DOCUMENTOS/ REGISTROS/ EVIDENCIA	RESPONSABLE/ AUDITADO	COMENTARIOS/ OBSERVACIONES
		SI	NO			
V	¿Como evalúa la eficacia de esta formación? ¿Realiza evaluación de desempeño?		x			La evaluación de desempeño se hizo pero no se ha procesado y falta utilizar el resto del procedimiento.
	¿Como mide el desempeño del proceso?		x	Indicadores		Los indicadores de gestión del talento humano referentes a la eficiencia y la eficacia del personal y % de funcionarios competentes están arrojando información duplicada, revisar.
A	¿Que acciones correctivas o preventivas se han generado desde este proceso?		x			No se han generado acciones correctivas o preventivas.

PROCESO AUDITADO: GESTIÓN DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN. REVISIÓN REQUISITO 7.4 DE LA NORMA ISO 9001 V2000		AUDITOR(ES): Ing. Siomara Hernández Sánchez Rafael E. García Rey (observador) Libia R. Rangel Arias(observador)	
FECHA: 15/08/07			

ASPECTOS A EXAMINAR		CONFORME		DOCUMENTOS/ REGISTROS/ EVIDENCIA	RESPONSABLE/ AUDITADO	COMENTARIOS/ OBSERVACIONES
		SI	NO			
P	¿Como planifica las compras en su organización?	x			Coordinadora administrativa y financiera. Equipo Administrativo de apoyo	De acuerdo a las necesidades, el material que se compra es necesario, se hace día a día por el tipo de servicio. Mensualmente se hacen pedidos de los elementos desechables.
H	¿Como se asegura que el producto adquirido cumple con los requisitos de compra especificados?		x	Procedimiento recibo y verificación de producto. /Formato de verificación en la recepción de productos comprados CC-F-07.		Hay una requisición no esta siendo diligenciada totalmente, que genera una orden de compra, los proveedores se seleccionan y evalúan para su selección, pero no se tiene claro el momento de evaluación y reevaluación Se tiene un formato de verificación de recepción de productos comprados, pero el 3 de julio se presento un producto con fecha de vencimiento del mismo mes en que se estaba entregando (aparece 6 meses)
	¿Cómo asegura que los productos comprados mantengan las características para su uso?		x	Procedimiento almacenamiento de insumos.		No supo contestar frente a las condiciones de almacenamiento para aseguramiento de los productos antes de su uso. El porcentaje de humedad no tiene limite inferior. El dato de temperatura ambiente en el procedimiento dice que va hasta 30 grados y en el registro se maneja hasta 25. No se esta haciendo: "El control de fecha de vencimiento se verifica los 5 primeros días de cada mes, para corroborar si hay productos con fecha de vencimiento próxima a los 3 meses, para solicitar cambio de proveedor, si se requiere o consumir los productos los más rápido posible". Los procedimientos de almacenamiento no tienen fecha de aprobación.

ASPECTOS A EXAMINAR		CONFORME		DOCUMENTOS/ REGISTROS/ EVIDENCIA	RESPONSABLE/ AUDITADO	COMENTARIOS/ OBSERVACIONES
		SI	NO			
	¿Como evalúa y selecciona los proveedores la organización? (en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con la organización) Que criterios se tienen establecidos para la selección, la evaluación y reevaluación.		x	Matriz de evaluación de proveedores CC-F-02.		Los proveedores son seleccionados y evaluados anualmente. Se tiene un proveedor que no tiene rut, cámara de comercio y fotocopia de la cedula del representante legal. Los procedimientos de proveedores no tienen fecha de aprobación. La evaluación de proveedores se hizo pero no esta totalmente diligenciada y no se han enviado los resultado para retroalimentar
V	¿Como mide el desempeño del proceso?		x	Indicadores		El indicador de devolucion no corresponde a la realidad porque si hubo una devolucion según el registro de control de insumos. Revisar los indicadores de desempeño de proveedores.
A	¿Qué acciones correctivas o preventivas se han generado desde este proceso?		x			No se han generado acciones correctivas o preventivas.



FORMATO DE PLAN E INFORME DE AUDITORÍA

PLAN DE AUDITORIA – 06/08/2007				
OBJETIVO	Revisar y evaluar los estándares de desempeño del proceso de diagnóstico frente a los requisitos de la norma ISO 9001:2000		ALCANCE	Aplica para el proceso de diagnóstico de la sede ubicada en el centro médico Carlos Ardila Lülle
CRITERIOS	Norma ISO 9001:2000 Decreto 1011 Abril 3 de 2006 (establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema de seguridad social en salud). Resolución 1043 Abril 3 de 2006 de habilitación de los servicios de salud. Circular Externa 0030 Mayo 19 de 2006 / Indicadores de calidad. Resolución 180633 Junio 28 de 2002 (se delega al INGEOMINAS las funciones de regular, controlar y licenciar a nivel nacional todas las operaciones concernientes a las actividades nucleares y radiactivas).		PROCESO AUDITADO	Proceso de diagnóstico
EQUIPO AUDITOR	Ing. Siomara Hernández Sánchez Martha Liliana Reyes José Leonardo Quiroz Libia Rosa Rangel Arias		EQUIPO AUDITADO	Coordinador Médico Nuclear, Tecnólogo, Auxiliar Administrativo
RECURSOS	Tiempo del talento humano, papelería y el equipo de computo			
PROGRAMA DE AUDITORÍA				
HORA	FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
7:30 a.m.	9 de agosto de 2007	Consultorio	Reunión de apertura auditorias	Equipo de trabajo del proceso
7:45 a.m.	9 de agosto de 2007	Consultorio	Revisión del proceso de diagnóstico	Coordinador médico nuclear
	9 de agosto de	Puesto de Trabajo	Revisión de actividades del proceso y	Tecnólogos y Auxiliares

9:00 a.m. a 9:30 a.m.	2007		generalidades del sistema de gestión de calidad	administrativos
9:45 a 10 a.m.	9 de agosto de 2007	Consultorio	Reunión de cierre de auditorías	Equipo de trabajo del proceso

Espacio para diligenciar durante la presentación del informe	
HALLAZGOS	
CONFORMIDADES	NO CONFORMIDADES
7.1 Planificación del producto: los integrantes del proceso no identifican claramente los elementos de planeación aunque estos existen formalmente dentro del sgc. Todo lo demás puntos que no aparecen con no conformidad y son responsabilidad de este proceso.	7.5 No se esta dejando evidencia de la entrega de las condiciones previas que el paciente debe tener antes del examen. No coincide lo establecido en el manual de protocolo con el procedimiento frente al párrafo "Los documentos entregados por los pacientes son recibidos por las secretarías, quienes firmaran formato de recibido y entregaran un recibido al paciente según protocolo" y el procedimiento dice: solicita estudios anteriores y los relaciona en el formato de orden de servicio. No se tiene evidencia de la verificación de las condiciones del equipo antes de su uso. 4.2.3/ 4.2.4 La organización no se esta asegurando de que todos los documentos y registros estén totalmente controlados y cumplan con las condiciones establecidas para su planteamiento y uso. 7.5.4 La captura del producto suministrado por el cliente a pesar de que queda claro en el sistema no hay evidencia de recibido por parte del cliente. 8. No se llevan los indicadores establecidos desde la fecha estipulada octubre del 2006, solo se tienen datos de junio y julio de tres indicadores. Además no se están capturando y dando curso a las acciones correctivas o preventivas que se generan a partir del proceso.

PLAN DE AUDITORIA				
OBJETIVO	Revisar el desempeño de los procesos de apoyo y misionales del SGC de Spect Medicina Nuclear Ltda frente a los estándares de la norma ISO 9001 v: 2000.		ALCANCE	Procesos Misionales y procesos de Apoyo
CRITERIOS	Norma NTC ISO 9001:2000 Numerales 4, 5, 6,7 y 8. Manual de calidad Manual de procedimientos Documentos de los procesos de soporte y misionales.		PROCESO AUDITADO	Proceso de Tratamiento Proceso de Gestión de Ambiente de trabajo
EQUIPO AUDITOR	Ing. Siomara Hernández Sánchez Marta Liliana Reyes (observadora) José Leonardo Quiroz (observador) Libia R. Rangel Arias(observador)		EQUIPO AUDITADO	Medico Nuclear. Coordinadora Administrativa y Asistencial. Tecnólogos Auxiliar Asistencial
RECURSOS	Documentos del Sistema de Gestión de Calidad y personal auditor competente.			
PROGRAMA DE AUDITORÍA				
HORA	FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
7:30 am	16 Agosto 2007	Oficina Spect Ardila Lule	Reunión de apertura	Consultor
7:45 am	16 Agosto 2007	Oficina Spect Ardila Lule	Revisión del proceso Tratamiento REQUISITOS ISO 9001: 7.2– 7.5 de la norma ISO 9001 V2000	Medico Nuclear.
9:45 am	16 Agosto 2007	Oficina Spect Ardila Lule	Revisión del proceso Gestión de Ambiente de Trabajo según REQUISITOS ISO 9001: 6.4 de la norma ISO 9001 V2000	Coordinador Administrativo y asistencial
11:00 am	16 Agosto 2007	Oficina Spect Ardila Lule	Reunión de Cierre	Consultor
Espacio para diligenciar durante la presentación del informe				
HALLAZGOS				
CONFORMIDADES			NO CONFORMIDADES	
7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto, es importante que la organización se asegure de contar con la anatomía patológica para la prestación del servicio. 4.2.3 Revisar que haya consistencia entre los procedimientos y manuales o instructivos propios de la naturaleza del servicio.			7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto 7.2.2/7.2.3 Los consentimientos que firma el paciente, algunos no han sido firmados por el doctor y otros no tienen el nombre del medico y la firma del testigo. 4.2.4 El registro GA-F-04 no esta diligenciado de manera completa, no esta el medico tratante y no esta la fecha de salida. Igualmente sucede con el registro medición de área y superficies en zona de pacientes en tratamiento GA-F-03 y el registro medición de compartimientos y bolsas en la habitación de yodo terapia GA-F-12. En el proceso de ambiente de trabajo se encontraron registros con corrector, con espacios en blanco y otros que no se han usado o que no pertenecen al sgc. 8. El uso de indicadores no esta generando un aporte real para el mejoramiento.	
Todo lo demás puntos que no aparecen con no conformidad y son responsabilidad de este proceso.				

	Además no se evidencia el planteamiento de acciones correctivas o preventivas como estrategia de mejora para el sgc. 6.4 El registro de vigilancia radiológica de las instalaciones en superficie, no se tiene claro los límites permisibles, además en el tto de servicio no conforme se define que hacer, pero tampoco esta definidos los límites, y en el formato existe una nota que dice que las demás superficies se miden una vez al mes y que se hace un informe pero esto no se esta llevando a cabo. Esto se enlaza con lo del reporte de accidentes o incidentes. En la parte de riesgo radiológico el manual dice que se dará a conocer a todo el personal pero no existen registros que demuestren esto para todo el personal. No existe una evidencia contundente de que se este desarrollando o se hayan planeado los programas del manual de gestión de residuos hospitalarios.
CONCLUSIONES Es importante fortalecer el planear, verificar y actuar en el proceso para darle dinámica al sistema de gestión de calidad. El hacer esta bastante claro y se cuenta con la experiencia y la competencia para su realización, sin embargo se debe fortalecer el uso del sgc.	
FIRMA AUDITADO:	FIRMA AUDITOR LÍDER:

PLAN DE AUDITORIA				
OBJETIVO	Revisar el desempeño de los procesos de apoyo del SGC de Spect Medicina Nuclear Ltda frente a los estándares de la norma ISO 9001 v:2000		ALCANCE	Incluyen los procesos de apoyo: Procesos de gestión de la Calidad y Mejora Continua, proceso de gestión de compras, gestión de contratos y servicio a cliente y gestión del talento humano.
CRITERIOS	Norma NTC ISO 9001:2000 Numerales 4, 5, 6, y 8. Manual de calidad Manual de procedimientos Documentos de los procesos de apoyo.		PROCESO AUDITADO	Proceso Gestión de la calidad y mejora continua. Gestión de Contratos y Servicio al Cliente Gestión del Talento Humano Gestión de compras y contratación
EQUIPO AUDITOR	Ing. Siomara Hernández Sánchez Rafael E. García Rey (observador) Libia R. Rangel Arias(observador)		EQUIPO AUDITADO	Coordinadora administrativa y financiera. Equipo Administrativo de apoyo. Auxiliar de Calidad
RECURSOS	Documentos del Sistema de Gestión de Calidad y personal auditor competente.			
PROGRAMA DE AUDITORÍA				
HORA	FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
7:30 am	15 Agosto 2007	Oficina Spect Ardila Lule	Reunión de apertura	Consultor
7:45 am	15 Agosto 2007	Oficina Spect Ardila Lule	Revisión del proceso Gestión de la Calidad y Mejora continúa. Requisito 5 de la norma ISO 9001 V2000	Gerente General
8:15 am	15 Agosto 2007	Oficina Spect Ardila Lule	Revisión del proceso Gestión de la Calidad y Mejora continúa. Requisito 4 y 8 de la norma ISO 9001 V2000	Coordinadora administrativa y financiera. Equipo Administrativo de apoyo.
9:00 am	15 Agosto 2007	Oficina Spect Ardila Lule	Gestión de Contratos y Servicio al Cliente. Revisión requisito 5.2 – 7.2 –8.2 - 8.2.1 – 8.3 – 8.4 de la norma ISO 9001 V2000	Coordinadora administrativa y financiera. Equipo Administrativo de apoyo
9:45 am	15 Agosto 2007	Oficina Spect Ardila Lule	Gestión del Talento Humano. Revisión requisito 6.2 de la norma ISO 9001 V2000	Coordinadora administrativa y financiera. Equipo Administrativo de apoyo
10:45 am	15 Agosto 2007	Oficina Spect Ardila Lule	Gestión de compras y contratación. Revisión requisito 7.4 de la norma ISO 9001 V2000	Coordinadora administrativa y financiera. Equipo Administrativo de apoyo
11:45	15 Agosto 2007	Oficina Spect Ardila Lule	Cierre de la auditoria.	Consultor
Espacio para diligenciar durante la presentación del informe				
HALLAZGOS				
CONFORMIDADES			NO CONFORMIDADES	
4. Se tiene la documentación requisito pero no se maneja con propiedad el			8.5 La organización aunque tiene establecido el procedimiento para acciones correctivas y preventivas,	

conocimiento de esta. 5.1 La Gerencia tiene claro su compromiso con el SGC. 5.4 La Gerencia tiene claro el concepto de planeación pero no como este aplica y se evidencia en el sistema de gestión de la calidad de la organización. La coordinación administrativa y financiera no tiene claros los conceptos de planificación que se aplican en el sgc. 5.2 La gerencia debe fortalecer el conocimiento de las estrategias definidas por la organización para capturar sus requisitos. 5.5 Responsabilidad, auditoria y comunicación, la gerencia tiene claro lo referente a la responsabilidad, pero lo referente a la auditoria y comunicación es débil por su conocimiento y despliegue ya que se tienen planteamientos dentro del SGC pero se desconocen. 5.6 La organización tiene establecido un procedimiento para la revisión gerencial, sin embargo la gerencia a pesar de que ha realizado una revisión gerencial debe fortalecer el conocimiento del procedimiento. 7.4 La planificación de compras no es una practica establecida en la empresa, es importante formalizarla si después de un análisis la organización lo considera importante. Todo lo demás puntos que no aparecen con no conformidad y son responsabilidad de este proceso	no lo aplica de acuerdo con lo establecido al 100%. 5.3 Aunque existen medios establecidos para la difusión y despliegue del SGC las respuestas dadas por los empleados en aspectos básicos como la política, la misión, los objetivos no son contundentes, dejando ver la no apropiación y vivencia del sistema. 4.2.3 El listado de documentos internos establece copias controladas y no están donde deben estar. Además existen documentos como la misión, visión y política de calidad, el portafolio de servicios que se establecieron como documentos controlados y no están controlados. No esta definido el concepto de copia controlada en el procedimiento. 4.2.4 Se encuentra que la documentación no tiene el código del registro en todas las hojas y no se maneja en todas paginaciones, lo cual da pie para equivocaciones en el manejo de registros. Además se encontraron registros diligenciados a lápiz, con espacios e blanco y sin firmas, lo cual no genera confiabilidad en la información. 8.3 Manejo de producto no conforme. El procedimiento establecido no se esta usando como se planteó. 8.5.2/8.5.3 Los procedimientos establecidos para acciones correctivas no se están ejecutando como replantearon. 7.2.1/7.2.2/7.2.3 Los requisitos del cliente son capturados en un acta de reunión, pero se encontró que los contratos no están firmados por las dos partes, además no se tienen contratos de todas las entidades a las que se le presta el servicio cuando el procedimiento dice que debe existir, además debe quedar la revisión por parte del líder del proceso. 8.2.1 El procedimiento de quejas y reclamos presenta en su uso una inconsistencia ya que la queja presentada el día 9 dice que la sugerencia fue analizada pero realmente no se hizo. El manejo de indicadores frente al tema de satisfacción del cliente no se tiene según lo establecido para el mes de mayo y junio. 6.2 La hoja de vida del tecnólogo no tiene la tarjeta profesional ya que no se requiere pero el procedimiento lo establece. Además se realizo reintroducción para todo el personal pero los formatos no están totalmente diligenciados. El formato GT-F-10 no lo tiene todo el evento. La evaluación de desempeño no he procesado. Los indicadores de gestión del talento humano referentes a la eficiencia y la eficacia del personal y % de funcionarios competentes están arrojando información duplicada, revisar. Las acciones correctivas o preventivas generadas por este proceso no han sido aseguradas a través del procedimiento según lo establecido por este. 7.4 El procedimiento de compras no esta siendo utilizado en su totalidad. Es así como en la recepción de productos del 3 de julio se presento un producto con fecha de vencimiento del mismo mes en que se estaba entregando lo cual no cumple con el procedimiento, sin embargo se devolvió, pero no quedo registro alguno de la acción. No se esta cumpliendo con lo establecido para el control de las características del producto comprado para su uso. El procedimiento de selección, evaluación y reevaluación de proveedores no se esta aplicando en su totalidad. El manejo de indicadores no evidencia la devolución que se genero.
CONCLUSIONES. De manera general se puede concluir que la organización tiene documentado el sistema, sin embargo falta implementación total de los procedimientos y registros. Se requiere un mayor despliegue y conocimiento de lo que existe en el SGC por parte de cada uno de los líderes e integrantes de la organización, el planear, verificar y actuar son los tres elementos más débiles en el sistema. En el hacer se tiene claro, sin embargo es importante fortalecer el conocimiento en algunos puntos del proceso de prestación del servicio.	

ANEXO K. (FORMATO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS, FORMATO DE SEGUIMIENTO DE ACIONES A TOMAR PARA REVISIÓN GERENCIAL)

	Spect Medicina Nuclear Ltda.	FORMATO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS
---	-------------------------------------	---

FECHA	PROCESO	DESCRIPCION-SUGERENCIA-NO CONFORMIDAD	A. CORRE CT N°	A. PREVENT N°	OTR A N°	FECHA PROPUESTA DE CIERRE	FECHA CERRADA
7/09/2007	Diagnóstico	N.C captura producto suministrado por el cliente	1	---	---	15 de septiembre de 2007	15/09/07
7/09/2007	Diagnóstico	Poco manejo y puesta en práctica del plan de control de proceso.	2	---	---	24 de septiembre de 2007	24/09/07
7/09/2007	Diagnóstico	No existe evidencia de la verificación del control del equipo de gammacámara antes de su uso.	3	---	---	30 de septiembre de 2007	30/09/07
7/09/2007	Diagnóstico	Incoherencia entre los documentos en las versiones y en el uso de registros.	4	---	---	30 de septiembre de 2007	30/09/07
7/09/2007	Diagnóstico	N.C no se deja evidencia de las condiciones previas del paciente	5	---	---	25 de septiembre de 2007	
29/08/07	Tratamiento	Mal diligenciamiento del registro de consentimiento informado del proceso de tratamiento.	1	---	---	11 sep. de 2007	17/09/07
29/08/07	Tratamiento	No diligenciamiento de registros que aplican al proceso.	2	---	---	20 de septiembre de 2007	16/10/07
29/08/07	Tratamiento	El uso de indicadores no está generando un aporte real para la mejora.	3	---	---	20 de septiembre de 2007	20/09/07
7/09/2007	Ambiente de trabajo.	No se tiene claro ni establecido limite de radiación.	1	---	---	22 de septiembre de 2007	17/09/2007
7/09/2007	Ambiente de trabajo.	No evidencia del desarrollo de los programas del manual de residuos hospitalarios.	2	---	---	30 de septiembre de 2007	
7/09/2007	Ambiente de trabajo.	La forma de definición de los indicadores no genera un aporte al mejoramiento.	---	1	---	3 de octubre de 2007	27/09/07
7/09/2007	Ambiente de trabajo.	No hay claridad tema de incidente y accidente radiológico.	3	---	---	17 de octubre de 2007	1/10/07
7/09/2007	Ambiente de trabajo.	El manual de protección se establece que es de conocimiento de todo el personal pero no hay evidencia.	4	---	---	31 de octubre de 2007	
18/07/2007	Gestión de la calidad y mejora	No realización de informes de gestión de indicadores de los procesos liderados por la Coordinadora Administrativa y financiera.	1	---	---	14 de agosto de 2007	14/08/07
18/07/2007	Gestión de la calidad y mejora	Registros y formatos en todos los procesos sin fecha de aprobación.	2	---	---	31 de agosto de 2007	31/08/07
31/08/07	Gestión de la calidad y mejora	Observación. Falta fortalecer el conocimiento de la planeación y dominio por los líderes.	--	1	---	7 de septiembre de 2007	05/09/07
31/08/07	Gestión de la calidad y mejora	No hay evidencia de acciones correctivas y preventivas en los procesos	3	---	---	14 de septiembre de 2007	14/09/07

FECHA	PROCESO	DESCRIPCION-SUGERENCIA-NO CONFORMIDAD	A. CORRE CT N°	A. PREVENT N°	OTR A N°	FECHA PROPUESTA DE CIERRE	FECHA CERRADA
	mejora						
31/08/07	Gestión de la calidad y mejora	N.C control de documentos y registros, concepto de copia controlada, y registros del SGC, mal diligenciados.	4	---	---	21 de septiembre de 2007	19/09/07
31/08/07	Gestión de la calidad y mejora	Fortalecer el numeral 5 responsabilidad de la dirección al gerente de la organización	5	---	---	27 de septiembre de 2007	26/09/07
31/08/07	Gestión de la calidad y mejora	N.C No conocimiento claro de la política y objetivos de calidad, no se está manejando adecuadamente el PNC.	6	---	---	30 de septiembre de 2007	30/09/07
18/07/07	Gestión de contratos y serv cliente.	No aplicación de encuestas clientes medico y usuario may-jun	1	---	---	25 de julio de 2007	25/07/07
18/07/07	Gestión de contratos y serv cliente.	Incumplimiento con el N° de visitas a cliente empresa mes julio	2	---	---	25 de julio de 2007	25/07/07
31/08/07	Gestión de contratos y serv cliente.	N.C en procedimiento quejas y reclamos por incoherencia a las respuestas dadas.	3	---	---	21 de septiembre de 2007	21/09/07
31/08/07	Gestión de contratos y serv cliente.	N.C No se está evaluando concretamente las variables que puedan influenciar en el proceso de tratamiento.	4	---	---	25 de septiembre de 2007	12/10/07
31/08/07	Gestión de contratos y serv cliente.	N.C no están firmados los contratos por las dos partes	5	---	---	30 de septiembre de 2007	
31/08/07	Gestión talento humano	N.C no está coherente el perfil con los requisitos establecidos en la descripción del cargo.	1	---	---	22 de septiembre de 2007	22/09/07
31/08/07	Gestión de compras y c.	N.C no se está cumpliendo con lo establecido para el producto comprado.	1	---	---	21 de septiembre de 2007	20/10/07
31/08/07	Gestión de compras y c.	N.C no se está cumpliendo en su totalidad la evaluación y reevaluación de proveedores.	2	---	---	31 de octubre de 2007	
17/09/07	Facturación y Recaudo	El número de errores de facturación superó la meta.	1	--	--	9 de octubre de 2007	09/10/07
17/09/07	Facturación y Recaudo	Los indicadores de glosas y de rotación de C x C no aportan mejoramiento.	2	--	--	10 de octubre de 2007	10/10/07
17/09/07	Gestión de Infraestructura	Control de registros de mantenimiento firmas de personal idóneo	1	--	--	26 de octubre de 2007	26/10/07
17/09/07	Gestión de Infraestructura	Falta evidenciar en el cronograma mant preventivo el mant de la infraestructura física.	2	--	--	31 de octubre de 2007	24/10/07
17/09/07	Gestión de Infraestructura	Falta mandar equipo de centrifuga	3	--	--	31 de octubre de 2007	
17/09/07	Gestión de Infraestructura	Falta relacionar decreto 181434 en la caracterización proceso	4	--	--	31 de octubre de 2007	24/10/07
17/09/07	Gestión de Infraestructura	No se evidencia el control de equipos de medición de actividad radiactiva	5	--	--	31 de octubre de 2007	



FORMATO DE SEGUIMIENTO DE ACCIONES A TOMAR PARA REVISION GERENCIAL

MEDIDAS A TOMAR				
Proceso	ACCION A EMPRENDER	FECHA		Responsable
		Inicia	Termina	
DIAGNÓSTICO	Preventiva: Se prevé que los pacientes inyectados de gammagrafías óseas en sala de espera.	7/11/2007	15/11/2007	Coordinador Médico Nuclear
	Correctiva: N.C Poca confiabilidad en concordancia diagnóstica por muestra insuficiente.	7/11/2007	13/11/2007	
TRATAMIENTO	Preventiva: Se percibe que el indicador de cumplimiento de protocolos necesita un sustento más objetivo.	7/11/2007	26/11/2007	Médico Nuclear - Gerente
	Correctiva: N.C Proveedor del insumo I-131 no ha enviado respuesta al llamado por vía telefónica. Enviar carta escrita.	7/11/2007	19/11/2007	
GESTIÓN DE AMBIENTE DE TRABAJO	Correctiva: N.C Registro de medición de superficie sobrepasa límite permisible de radiación y no se ha realizado control exhaustivo.	14/11/2007	31/01/2008	Coordinadora Administrativa y Asistencial
	Preventiva: se percibe que el puesto de las auxiliares administrativas se debe incluir en el análisis de dosimetría. Uso de EPP.	14/11/2007	31/01/2008	
GESTIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	Correctiva: N.C Manejo de control de PNC sigue débil al interior de la organización. Re entrenamiento del instructivo de servicio no conforme.	14/11/2007	21/12/2007	Coordinadora Administrativa y Financiera
GESTIÓN DE CONTRATOS Y SERVICIO AL CLIENTE	Correctiva: No se ha aplicado la encuesta para el servicio de tratamiento. Aplicarlas.	16/11/2007	14/12/2007	Coordinadora Administrativa y Financiera
	Correctiva: No se realizaron visitas de seguimiento al cliente en el mes de octubre. Realizar las visitas de seguimiento.	16/11/2007	31/12/2007	
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Correctiva: plan de capacitación debe ser actualizado en la medida que se planifiquen nuevos eventos de formación.	14/11/2007	28/02/2008	Coordinadora Administrativa y Financiera
	Preventiva: Realizar capacitaciones para fortalecer las competencias débiles de la evaluación del desempeño.	14/11/2007	28/02/2008	
GESTIÓN DE COMPRAS Y CONTRATACIÓN	Preventiva: se percibe que el análisis del indicador de oportunidad en la requisición de compras debe ampliarse a los productos no críticos	16/11/2007	31/12/2007	Coordinadora Administrativa y Financiera
FACTURACIÓN Y RECAUDO	Correctiva: N.C Persisten los errores en facturación. Se incluye plazo de 3 meses para que el sistema de información se implemente y se eliminen los errores.	16/11/2007	31/03/2007	Coordinadora Administrativa y Financiera
GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA	Correctiva: N.C No se ha realizado el control de calidad a los equipos.	16/11/2007	07/12/2007	Coordinadora Administrativa y Financiera
Firma Participantes:				
Firma Gerente General	_____	_____	_____	

ANEXO L. (FORMULARIO DE SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN, CONTRATO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO)



ICONTEC
INTERNATIONAL

FORMULARIO DE SOLICITUD CERTIFICACIÓN ICONTEC DE SISTEMAS DE GESTIÓN

La información que se incluya en este formulario es confidencial y tiene el propósito de conocer las características de su organización y del sistema de gestión, con el fin de presentar una propuesta adecuada con las necesidades específicas de su organización. La oportunidad y exactitud en la información declarada permitirá planificar las actividades necesarias para el otorgamiento del Certificado y obtener mejores resultados.

Solicitud inicial de certificación.	Si	
Solicitud de ampliación		Código certificado

Información general de la Organización :	
Razón Social	SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA.
Dirección para correspondencia	Carrera 24 N° 154 – 106 Centro Médico Carlos Ardila Lülle, Torre B Piso 5 Módulo 43.
Teléfono / Fax	6395388 – 6384160 Ext: 1528
Sitio Web	
Ciudad	Floridablanca - Santander
País	Colombia
Gerente / Director	RAFAEL EDUARDO GARCIA REY
Correo electrónico	spectmed1@gmail.com ; spectmed@intercable.net.co
Teléfono / Fax	6395388 – 6384160 Ext: 1528
Dirección	Carrera 24 N° 154 – 106 Centro Médico Carlos Ardila Lülle, Torre B Piso 5 Módulo 43.
Ciudad	Floridablanca – Santander
País	Colombia
NIT - Número de identificación tributaria o su equivalente	800193653
Información del Representante de la Dirección para el Sistema de Gestión.	
Nombre	MARTA LILIANA REYES
Cargo	Coordinadora Administrativa y Financiera
Correo electrónico	maliresa@hotmail.com
Teléfono / Fax	6384160 Ext: 1581 – 6395388
Dirección	Carrera 24 N° 154 – 106 Centro Médico Carlos Ardila Lülle, Torre B Piso 5 Módulo 43.
Ciudad	Floridablanca – Santander
País	Colombia
Observaciones	

Requisitos para la certificación del Sistema de Gestión y servicio solicitado.			
NORMA	PRE AUDITORIA	CERTIFICACIÓN	AMPLIACIÓN
ISO 9001	☒	☒	☐
ISO 14001	☐	☐	☐
OHSAS 18001	☐	☐	☐

Información del Sistema de Gestión.			
Alcance solicitado para la Certificación de Sistema de Gestión:			
Describe el alcance previsto del sistema de gestión para la certificación en términos de los procesos del negocio o los procesos de realización (los orientados al cliente) o misionales incluyendo las categorías genéricas de producto (materiales o servicios o software) y si es pertinente el mercado al cual se orienta. Llene esta sección solamente para los sitios que se van a incluir en el certificado para el cual está presentando esta solicitud. Se recomienda seleccionar palabras como: DISEÑO, VENTA, PRODUCCIÓN, PRESTACION DE SERVICIO DE..., INSTALACIÓN, MANTENIMIENTO, ALMACENAMIENTO, etc. El alcance solicitado puede ser modificado como resultado de la auditoria, para reflejar con exactitud las actividades en las cuales la organización demuestra que el Sistema de gestión se ha implementado y cumple con los requisitos			
“Spect Medicina Nuclear Ltda. implementa su sistema de Gestión de la Calidad para prestar los servicios de Medicina Nuclear en los procesos de Diagnóstico y Tratamiento.”			
Para el Sistema de Gestión con el alcance indicado anteriormente, ¿se tienen procesos de origen externo o subcontratado?			
SI	☐	Cuáles?	
NO	☒		

En caso de solicitud con ISO 9001	
Por favor indicar los requisitos del capítulo 7 de la norma ISO 9001 excluidos por la Organización para su Sistema de Gestión de la Calidad y la justificación para dichas exclusiones	
REQUISITO	JUSTIFICACIÓN
7.3 Diseño y Desarrollo	Debido a que todos los protocolos asistenciales de medicina nuclear que se siguen ya están establecidos por las sociedades de medicina nuclear nacionales e internacionales.
7.5.2 Validación de los procesos de producción y de la prestación del servicio	Porque la organización cuenta con controles en cada uno de los servicios que le permite identificar deficiencias antes y durante la prestación del servicio.
Por favor indicar los requisitos legales a los cuales están sometidos los productos o servicios correspondientes al Alcance descrito anteriormente. (Por ejemplo Buenas Prácticas de	

Manufactura, Reglamentos Técnicos, Leyes, Decretos, etc.) Incluya un anexo, si es necesario:
Decreto 1011 abril de 2006 (ministerio protección social)
Resolución 1043 abril de 2006 (ministerio protección social)
Circular externa N° 030 mayo de 2006 (superintendencia nacional de salud)
Resolución 4445 de 2005
Decreto 4741 de 2005
Resolución 1446 de 2006
Resolución 1164 de 2002
Resolución 181434 (ministerio de minas y energía)
Resolución 181304 de 2004 y 180208 de 2005 (ministerio de minas y energía)
Resolución 181682 de diciembre de 2005

En caso de solicitud con ISO 14001	
Por favor indicar los requisitos legales ambientales a los que está sometida la organización, incluyendo otros compromisos ambientales adquiridos con las autoridades. incluya un anexo, si es necesario:	
Favor indicar si a la organización aplican otros requisitos ambientales a los que se haya adherido	
En caso de solicitud con OHSAS 18001	
Por favor indicar los requisitos legales de Seguridad y Salud Ocupacional a los que está sometida la Organización. Incluya un anexo, si es necesario:	
Favor indicar si a la empresa le aplican otros requisitos de Seguridad y Salud ocupacional a los que haya adherido.	
En caso de solicitud con ISO 22000	
Por favor indicar los requisitos legales de seguridad (inocuidad) alimentaria a los cuales están sometidos los productos correspondientes a las actividades incluidas en la solicitud (ejemplo Buenas Prácticas de Manufactura, Reglamentos Técnicos, Decretos, Resoluciones). Incluya un anexo, si es necesario	
En caso de solicitud con ISO 13485	
Por favor indicar los requisitos del capítulo 7 de la norma ISO 13485 excluidos por la Organización para su Sistema de Gestión de la Calidad y la justificación para dichas exclusiones	
REQUISITO	JUSTIFICACIÓN
Por favor indicar los requisitos legales a los cuales están sometidos los productos correspondientes al Alcance descrito anteriormente. (Por ejemplo Buenas Prácticas de Manufactura, Reglamentos Técnicos, Leyes, Decretos, etc.) Incluya un anexo, si es necesario:	

En caso de solicitud con NTCGP 1000	
Por favor indicar los requisitos del capítulo 7 de la norma NTCGP 1000 excluidos por la Organización para su Sistema de Gestión de la Calidad y la justificación para dichas exclusiones	
REQUISITO	JUSTIFICACIÓN
Favor indicar: El decreto orgánico de constitución de la entidad, misión, y servicios, así mismo los requisitos legales relacionados con el sistema de gestión de la calidad con la NTCGP 1000: 2004 o enviar el normograma.	

Por favor indicar los requisitos legales a los cuales están sometidos los productos o servicios correspondientes al Alcance descrito anteriormente. (Por ejemplo Buenas Prácticas de Manufactura, Reglamentos Técnicos, Leyes, Decretos, etc.) Incluya un anexo, si es necesario
En caso de solicitud con ISO 27001
Por favor indicar los requisitos legales de seguridad de la información a los cuales está sometida la organización. Incluya un anexo, si es necesario
En caso de solicitud con NCh 2909
Por favor indicar requisitos legales del producto, de seguridad y salud ocupacional y ambiental aplicables en Chile. Incluya un anexo, si es necesario.

En caso de solicitud para Responsabilidad Integral
Por favor indicar requisitos legales de seguridad y salud ocupacional y ambiental aplicables en Colombia. Incluya un anexo, si es necesario.
En caso de solicitud para Buenas Prácticas de Manufactura (Sector alimentario)
Por favor indicar requisitos legales de Buenas Prácticas de Manufactura aplicables en el país de ubicación de la organización, incluya un anexo, si es necesario.

Implementación del sistema de gestión				
Cuando (Mes y año) se espera que el sistema de gestión de la organización haya finalizado la implementación y esté preparado para iniciar el proceso de certificación con la etapa 1 de la auditoría.				
Año	2007	Mes	Diciembre	
Nota. Para la auditoría inicial o de otorgamiento los requisitos de acreditación para los organismos de certificación de sistemas de gestión de la norma ISO/IEC 17021 exigen que se realice en dos etapas: La revisión previa (Etapa 1) y la auditoría en sitio (Etapa 2)				
4.14. Información acerca de la entidad consultora para la implementación del Sistema de Gestión:				
Si la organización contrató servicios de un consultor o empresa de consultoría para la implementación del sistema de gestión, por favor indique el nombre de la empresa y las personas contratadas				
Nombre de la entidad		INGCODI		
Consultores		LIBIA ROSA RANGEL ARIAS		

5. Información del sitio	
5.1 Sitios cubiertos por la solicitud de certificación	
Indique la dirección completa de cada uno de los sitios que están cubiertas por el alcance del Sistema, indicando las actividades que se realizan en cada uno. (Incluya un anexo con los datos de los sitios, si es necesario)	
Dirección completa (ciudad, municipio / provincia, país) de cada sitio	Actividades del alcance
Carrera 24 N° 154 – 106 Centro Médico Carlos Ardila Lülle, Torre B Piso 5 Módulo 43.	Servicio de Medicina Nuclear en los servicios de Diagnóstico y Tratamiento.
Carrera 28 N° 40 – 30 Clínica Chicamocha	Servicio de Medicina Nuclear en los servicios de Diagnóstico y Tratamiento.

5.2. Información del numero de personas involucradas en el alcance de la certificación y de los sitios que estarán cubiertos por la certificación				
Sitio	Empleados tiempo completo	Empleados medio tiempo	Temporales	Contratistas

1	Dr. Rafael Eduardo García Rey			
2	Dra. Emperatriz Angarita Díaz			
3	Marta Liliana Reyes Sanabria			
4	Luz Patricia Espinel Figueroa			
5	José Leonardo Quiroz De la Ossa			
6	Wilson Bernardo Romero Silva			
7	Sandra Milena Roa Ardila			
8	Jackeline Gómez Lozano			
9	Juan Vicente García García			
10	Carmen Cecilia Díaz Arciniegas			
11	Trina María Almeida Sanchez			
12	Claudia Patricia Mora Palencia			
13	Leyda Zamira Báez Prada			
14	Lisset Chaparro Duarte			
TOTAL				
Nota: a. La información del número de personas solicitada, corresponde a todas aquellas involucradas en las actividades cubiertas por el alcance para el cual se solicita la certificación e incluye a los empleados temporales, de medio tiempo y personal subcontratado b. Indique el número de personas vinculadas a cada proceso, área o actividad de la organización, cubiertas por el alcance Incluya un anexo, si es necesario				

5.3 Información del horario laboral y número de personas involucradas en actividad(es) operativas comunes:			
Turnos de trabajo		1 horario administrativo 3 turnos asistenciales.	
Horario laboral de áreas administrativas		Lunes – Viernes de 8Am-12:30 Pm y de 2pm - 6pm Sábado de 8-12 Pm	
Horario laboral de áreas operativas (Asistenciales)		3 turnos que se distribuyen en horario de 7Am a 7 Pm.	
Actividades operativas comunes realizadas por un alto número de personas.			
Nota: Actividad común se refiere a una labor operativa realizada por un alto número de personas. Por ejemplo operadores de empaque, vendedores, vigilantes de una empresa de seguridad privada, etc.			
Actividad común (ver notas) Administrativos: Asistenciales:	N° de personas 8 personas 6	Actividad común (ver notas)	N° de personas

Por favor relacione y anexe la documentación que considere útil para conocer y comprender mejor su organización y las actividades para las cuales se solicita la certificación de Sistema de Gestión (por ejemplo: catálogos, informes anuales, organigramas, etc.)	
Por este medio declaro que la información suministrada es cierta y válida y que la organización cumple con todos los requisitos legales aplicables, de acuerdo con la jurisdicción del país donde esta ubicada o donde suministra sus productos o servicios.	
Nombre Gerente General o Representante legal	Rafael Eduardo García Rey

Nombre Representante de la Dirección para el sistema de gestión	Marta Liliana Reyes Sanabria
Fecha en la que se completó este formulario	19 de octubre de 2007.

Espacio Reservado para ICONTEC

Fecha de recepción	Verificación de documentación realizada por:	Fecha de trámite:	EA
Si la solicitud corresponde a Sistema de Gestión Integrada debe llenarse la información del formulario F02-P-CV-10 Lista de verificación de Sistema de Gestión Integrada			
Observaciones:			

F01P-CV-10
Versión 02

Aprobado 2007-09-25

CONTRATO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

 ICONTEC INTERNATIONAL	CONTRATO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE AUDITORIA PARA EL OTORGAMIENTO DEL CERTIFICADO ICONTEC DE SISTEMA DE GESTION	Página 1 de 1
---	--	---------------

EMPRESA:	SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA.										
ALCANCE PROPUESTO:	Servicios de Medicina Nuclear en los procesos de Diagnostico y Tratamiento. Nota: El alcance solicitado puede ser modificado como resultado de la auditoria para reflejar con exactitud las actividades, en las cuales la organización demuestra que el Sistema de Gestión se ha implementado y cumple con los requisitos.										
LOCALIZACIÓN:	Carrera 24 No. 154-106 CMC Ardila Lulle, Torre B Piso 5										
REQUISITOS:	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>☒ ISO 9001</td> <td>☐ ISO 14001</td> <td>☐ OHSAS 18001</td> <td>☐ ISO 22000</td> <td>☐ ISO 27001</td> </tr> <tr> <td>☐ HACCP</td> <td>☐ NCh 2728</td> <td>☐ NCh 2909</td> <td>☐ NTCGP 1000</td> <td>☐</td> </tr> </table>	☒ ISO 9001	☐ ISO 14001	☐ OHSAS 18001	☐ ISO 22000	☐ ISO 27001	☐ HACCP	☐ NCh 2728	☐ NCh 2909	☐ NTCGP 1000	☐
☒ ISO 9001	☐ ISO 14001	☐ OHSAS 18001	☐ ISO 22000	☐ ISO 27001							
☐ HACCP	☐ NCh 2728	☐ NCh 2909	☐ NTCGP 1000	☐							

Por este medio solicito el servicio de Certificación ICONTEC de Sistema de Gestión, para lo cual declaro conocer, aceptar y cumplir las obligaciones establecidas en el R-SG 01 Reglamento Certificación ICONTEC de Sistema de Gestión y en la propuesta 2007-ORI-BUC-786 presentada por ICONTEC y pagar a esta organización, los valores indicados en la propuesta y las facturas que se generen con motivo de las auditorias de otorgamiento, seguimiento, ampliación, renovación o cualquier otra adicional, para lo cual acepto que el presente documento presta mérito ejecutivo sin necesidad de reconocimiento de firmas, ni requerimientos de otra naturaleza.

El incumplimiento de las condiciones establecidas en este contrato o en el documento R-SG-01 implica la aplicación de las sanciones establecidas en el R-SG-01.

Para tal efecto, los servicios solicitados son:

(Favor llenar en el espacio, con una X, el (los) servicio(s) solicitado(s))

☐ Preauditoria
Valor sin IVA:

☒ Auditoria inicial
Valor sin IVA: \$ 2.180.000

En fe de lo expuesto, firman los otorgantes el presente documento en dos ejemplares de un mismo tenor a los Veinte dos (22) días del mes de Octubre de 2007:

Por: SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA.
RAFAEL EDUARDO GARCIA REY
Firma:

Por ICONTEC
GLORIA STELLA SARMIENTO GAONA
Firma:

C.C. 13'820.542 13/90.

C.C.

Para todos los efectos del presente contrato, las partes acuerdan los siguientes contactos: (Favor diligenciar los datos de la Empresa)

Por la Empresa: SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA.

Por ICONTEC:

Nombre: MARTA LILIANA REYES
Tel.: 6384160 Ext. 1581
Correo electrónico: maliresa@hotmail.com
Fax: 6395388

Nombre: LUZ MARY LARROTA
Tel.: 6329828
Correo electrónico: llarota@icontec.org.co
Fax: 6452098

PROGRAMACIÓN ETAPA INICIAL DE LA AUDITORÍA EXTERNA



ICONTEC
INTERNATIONAL

Bucaramanga, 24 de Enero de 2008

No. 463.00

Señor (a)
Rafael Eduardo Garcia Rey
Gerente
SPECT MEDICINA NUCLEAR LIMITADA

TEL : 6395388 6384160 ext 1528 FAX 6395388
E-MAIL : spectmed1@gmail.com; spectmed@intercable.net.co

Con un cordial saludo agradecemos el envío de la solicitud de certificación firmada y la confianza depositada en ICONTEC para la realización de la auditoria de Sistema de Gestión. Con base en lo anterior, le confirmamos que la auditoria será realizada así:

TIPO DE SERVICIO: Etapa 1 Código EA: 38/1
REQUISITOS: ISO 9001:2000

Alcance	Servicios de Medicina Nuclear en los procesos de diagnóstico y tratamiento
Localización:	Carrera 24 No. 154-106 Centro Medico Carlos Ardila Lulle Torre B Piso 5 Modulo 43, Floridablanca, Santander

Equipo auditor, actividades y duración de la auditoria:

	Responsable	Fecha	h/auditor
Fecha revision previa en la empresa	Maria Teresa Cortes Auditor Líder	31/01/2008	4

TIEMPO TOTAL DEL SERVICIO: 4 Horas Auditor (Incluye planificación e informe)

El líder del equipo auditor posteriormente se comunicará(n) con Usted para concretar los detalles relacionados con la ejecución del trabajo. La solicitud de modificación de las fechas indicadas podría ocasionar un aplazamiento de dos (2) meses debido a los compromisos previos adquiridos con otras organizaciones.

Para los traslados le solicitamos ubicar, con tres días de anticipación, los tiquetes, a nombre de los profesionales asignados en el aeropuerto Palonegro de Bucaramanga informarnos al e-mail lmoncayo@icontec.org.co; la agencia donde pueden ser reclamados. Le agradecemos coordinar lo necesario para los traslados, alojamiento y alimentación de los profesionales.

En la Revisión Previa (Etapa 1), se analiza(n) el (los) Sistema(s) de Gestión y se valua si su nivel de implementación permite realizar la Auditoria en sitio (Etapa 2) y se confirma el alcance previsto de la certificación. Esta visita se llevará a cabo en las instalaciones de la empresa por el auditor líder, por lo cual le agradecemos disponer de la información revelante para esta fecha.

Temas de la Revisión del estado de preparación:

1. Confirmación del alcance de la auditoria y, si aplica, las sedes que cubre la certificación
2. Identificación y aplicación de requisitos especificados y los reglamentarios aplicables.
3. Información sobre los procesos del Sistema de Gestión y su desempeño.
4. Adecuación de la documentación del Sistema a los criterios de auditoria, para ello se debe tener disponible la siguiente documentación y registros:
 - a. Manual del Sistema de Gestión o equivalente
 - b. Procedimientos del Sistema de Gestión requeridos por la norma de requisitos de sistema de gestión.
 - c. Información sobre la satisfacción del cliente o partes interesadas, quejas y reclamos (estadísticas) según aplique
 - d. Informes de Auditorias Internas
 - e. Registro de revisiones por la dirección del Sistema de Gestión
 - f. Identificación de requisitos legales o relamentarios aplicables en el alcance previsto de la certificación.
5. Revisar la disponibilidad de recursos para la Auditoria en Sitio (Etapa 2)
6. Elaboración del informe de Revisión del Estado de Preparación.
7. Elaboración del plan de auditoria.

El(los) profesional(es) Maria Teresa Cortes 0 0 0
corresponde(n) a nuestra planta de personal por lo cual agradezco nos confirmen su aceptación para que realice(n) la actividad mencionada.

Permitanos manifestarle nuestra permanente disposición de colaboración y servicio.

Cordialmente

Lenia Ivette Moncayo Kobayo
Coordinación Servicios de Certificación
Copia Profesional(es) asignado(s)
Copia LLARROTA (Asesora de Servicios Técnicos)

A02P-SG-01
Version 01

Aprobado 2007/04/02

ANEXO M. EVIDENCIAS: CERTIFICADO DE HABILITACIÓN, LICENCIA, ACTAS DE COMITÉ, MEMORANDOS INTERNOS, FORMATOS DE EVENTOS DE FORMACIÓN, FOTOS DE CAPACITACIONES, FOTOS COMITÉ DE CALIDAD, FOTOS DEL SERVICIO

CERTIFICADO DE HABILITACIÓN



República de Colombia

Gobernación de Santander

CARTA	Código: 03-REG-05.0.0.07-06	Fecha: 29/12/05	Versión: 1
-------	-----------------------------	-----------------	------------

No. 189

**SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD DEL
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

CERTIFICA QUE:

La Institución mencionada a continuación encuentra inscrita en el REGISTRO ESPECIAL DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD a nivel nacional así:

Fecha de Radicación: 17-11-2005 CODIGO DEL PRESTADOR: 68-00033

Vigente/Vencimiento: 03-04-2010

DATOS GENERALES DE LA IPS

Nombre o Razón Social	SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA.
Dirección de la Sede Principal	CRA 24 No. 154 - 106 P-5 M-43 T-B C.M.C.A.L.
Departamento	SANTANDER
Municipio	FLORIDABLANCA
Teléfono	6384160
Nit	800.158.653-9
Representante Legal	RAFAEL EDUARDO GARCIA REY
Documento de Identificación	13.630.547 de Bucaramanga
Naturaleza Jurídica	Privada

LISTADO DE SERVICIOS DECLARADOS:
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA
 715 MEDICINA NUCLEAR

La presente certificación se expide en la ciudad de Bucaramanga a los 23 días del mes de Marzo de 2007.

Para su validez se adhieren y anulan estampillas de Electrificación Rural (\$ 700.00), Pro Desarrollo (\$ 550.00) y Pro Cultura (\$ 1400.00), Pro Hospitales (\$ 1400.00), Pro Anciano (\$ 550.00).

Esta Certificación no tendrá validez si no tiene adheridos los estampillos

NOTA: Esta certificación es válida por 60 días a partir de su expedición



HENRY PAREDES ARIZA
Profesional Universitario

VGTA/Henry Paredes A.



Contratación y Gestión Financiera



Contratación y Gestión Financiera

Calle 45 N° 11-52 Teléfono 6336233 Bucaramanga - Colombia
 www.gobernacion.santander.gov.co

LICENCIA DE MANEJO DE MATERIAL RADIATIVO



Libertad y Orden

INSTITUTO COLOMBIANO DE GEOLOGÍA Y MINERÍA
INGEOMINAS

LICENCIA DE MANEJO DE MATERIAL RADIATIVO

TITULAR DE LA LICENCIA: SPECT MEDICINA NUCLEAR LTDA DIRECCIÓN: CARRERA 24 No. 154 – 106, PISO 5 MODULO 43, TORRE B, CENTRO MEDICO CARLOS ARDILA LULE TÉLEFONO : 6395388 CIUDAD : BUCARAMANGA	NÚMERO : 871 FECHA INICIO VIGENCIA: ABRIL 24 DE 2007 FECHA VENCIMIENTO: ABRIL 23 DE 2009
---	---

Con Base en el análisis técnico-legal correspondiente y fundamentados en el Decreto 070 de 2001 y la Resolución 18-0633 de junio 28 de 2002 del Ministerio de Minas y Energía, el Instituto Colombiano de Geología y Minería – INGEOMINAS, autoriza el manejo de material radiactivo en la siguiente práctica:

Medicina Nuclear Diagnóstica y Terapia.

La persona responsable de la presente licencia, se obliga a proporcionar todos los medios necesarios para el cumplimiento de las disposiciones, normas, reglamentos y recomendaciones básicas para el adecuado control del material radiactivo, así como la observación y cumplimiento de las normas referentes a protección radiológica del personal ocupacionalmente expuesto a radiaciones ionizantes y del público en general.

DESCRIPCION DEL MATERIAL RADIATIVO AUTORIZADO

Material radiactivo	Actividad unitaria	Estado físico
Te-99m	2800 mCi / mes	Líquido
I-131	200 mCi / mes	Líquido
I-131	300 mCi/mes	Cápsulas
Ga-67	10 mCi/mes	Líquido
Y-90	10 mCi/mes	Líquido
In-111	10 mCi/mes	Líquido

Representante legal de la empresa:

Rafael Eduardo Garcia Rey, C.C. 13'830.547 Bucaramanga,
Gerente General

Responsable por el manejo del
material radiactivo:

Wilson Romero, C.C. 91.284.362
Tecnólogo C.P.R. 3181

Personal Autorizado para la práctica

Rafael Eduardo Garcia
Wilson Romero
Emperatriz Angarita

Lugar y Fecha de expedición: Bogotá D.C., Abril 24 de 2007

FERNANDO MOSOS PATIÑO
Jefe Grupo de Seguridad Nuclear y Protección Radiológica

ACTAS DE COMITÉ DE CALIDAD

	ACTA DE REALIZACION DE EQUIPOS DE TRABAJO	FECHA: 30 de octubre de 2007. HORA: 6:00 PM
EQUIPO DE TRABAJO: Comité de Calidad	ASISTENTES: Gerente General, Coord. Administrativa y Financiera, Coord. Administrativa y Asistencia, Auxiliar de Calidad, Consultora.	LIDER DEL EQUIPO DE TRABAJO: Gerente General.
PROPÓSITO DE LA JUNTA Y RESULTADOS DESEADOS 1. Revisión Gerencial del Sistema de Gestión de la Calidad. - Revisión y ajuste del Proceso de Planificación Estratégica.		
Puntos de la orden del día	Compromisos / Responsable	Fecha límite de entrega de resultados
1. La Revisión Gerencial empezó con la revisión y ajuste del proceso de planificación estratégica. La acción No 3 Investigaciones sobre el desarrollo del Test de Shilling se realizó en la empresa proveedora de material radiactivo y no es viable, ni rentable en Colombia realizar este tipo de estudios. El objetivo estratégico No 4 de liderazgo en costos se dio como prioridad para la planeación estratégica del año 2008 en la acción de estimación de costos de los servicios más importantes de diagnóstico. Los demás ajustes del direccionamiento estratégico están en el documento revisado hasta la fecha y que termina a Diciembre de 2007. Ver ANEXO. 2. Se hizo la Revisión de los Auditorios internos de toda proceso. Ver ANEXO.	Revisión Miércoles 7 de Noviembre de 2007. Para continuación de la revisión gerencial.	
PARA CONSTANCIA DE ASISTENCIA, PARTICIPACION Y ACEPTACION DE COMPROMISOS FIRMAN A LOS <u>30</u> DIAS DEL MES <u>10</u> DE 2007.		
FIRMA <u>[Firma]</u> NOMBRE <u>Lina Rosa Roldán Rojas</u> FIRMA <u>[Firma]</u> NOMBRE <u>Rafael Edmundo González Rey</u> FIRMA <u>[Firma]</u> NOMBRE <u>José L. Durán D.</u> NOMBRE <u>José Guzmán (Aux. calidad)</u>	FIRMA <u>[Firma]</u> NOMBRE <u>Horacio Roldán Rojas</u> FIRMA _____ NOMBRE _____ FIRMA _____ NOMBRE _____	

GC-F-01 Versión: 0 7 de marzo de 2007.

MEMORANDOS INTERNOS

MEMORANDO PARA ENTREGA DE MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



MEMORANDO INTERNO

DE : Gerente General
Coordinadora de Calidad

PARA : Líder del proceso de Diagnóstico

FECHA : Mayo 11 de 2007

ASUNTO : Entrega de Manual de Procedimientos

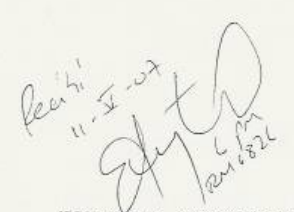
Por medio de la presente nos permitimos hacer entrega del Manual de Procedimientos, correspondiente al proceso diagnóstico, para que lidere la implementación del mismo.

Sin otro particular.

Atentamente,

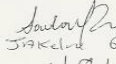
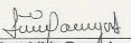
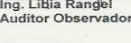
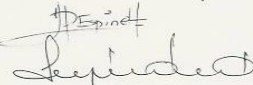

DR. RAFAEL E. GARCIA REY
Gerente General


MARTA LILIANA REYES S.
Coordinadora de Calidad

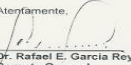

GT-F-03 Versión: 0 10 de noviembre de 2006

FO003

MEMORANDO DE CITACIÓN AUDITORÍA

Spect Medicina Nuclear Ltda.		MEMORANDO INTERNO
DE	: Equipo Auditor	
PARA	: Equipo auditado proceso de gestión de la calidad y mejora continua, gestión de contratos y servicio al cliente, gestión del talento humano, gestión de compras y contratación.	
FECHA	: 1 de agosto de 2007.	
ASUNTO	: Auditoria proceso de gestión de la calidad y mejora continua, gestión de contratos y servicio al cliente, gestión del talento humano, gestión de compras y contratación.	
Por medio de la presente nos permitimos citarlos para el día 15 de agosto de 2007 desde las 7:30 AM a 12:00 M con el fin de realizar la auditoria interna de los procesos de gestión de la calidad y mejora continua, gestión de contratos y servicio al cliente, gestión del talento humano, gestión de compras y contratación; se adjunta el plan de auditorias interna para dicho proceso.		
Atentamente,  Ing. Siomara Hernández Auditor Lider  Rafael García Rey Auditor Observador  Ing. Lilibia Rangel Auditor Observador  José L. Quiroz  Ing. Lilibia Rangel Auditor Observador  Ing. Lilibia Rangel Auditor Observador		
GT-F-02		Versión 0 12 de junio de 2007 FO:

MEMORANDO CITACIÓN REVISIÓN GERENCIAL

Spect Medicina Nuclear Ltda.		MEMORANDO INTERNO
DE	: Coordinadora administrativa y Financiera y Gerente General	
PARA	: Líderes de proceso.	
FECHA	: 1 de octubre de 2007.	
ASUNTO	: Revisión Gerencial.	
Por medio de la presente nos permitimos comunicarles y citarlos para el día jueves 18 de octubre de 2007 a las 5:30 PM, para realizar la Revisión Gerencial del Sistema de Gestión de la Calidad. La revisión gerencial tiene como objetivo verificar si el sistema de calidad está debidamente implementado, se han logrado los objetivos de calidad y se ha dado cumplimiento a la política de calidad.		
Los líderes de proceso deben presentar informes que incluyen: indicadores de gestión del proceso, resultado de auditorias internas, acciones preventivas y correctivas implementadas, evaluación de satisfacción al cliente, y demás observaciones que crean necesarias.		
Atentamente,  Dr. Rafael E. García Rey Gerente General  Marta Lilibia Reyes Coord. Administrativa y Fin.		
Como constancia de recibido firman:  Coord. Médico Nuclear Dra. Emperatriz Argentea  Coord. Administrativa y Asist. Luz Patricia Espinel		
GT-F-02		Versión 0 10 de abril de 2007 FO:

Sport Medicina Nuclear Ltda.		CONTROL DE ASISTENCIA EVENTOS FORMATIVOS		
NOMBRE DEL FACILITADOR: Luminixa Gomez		FECHA: NOV 30 / 2007		
TEMA(S): Comunicacion Asertiva				
Nº	NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACION	FIRMA
1	Carmen Aguilar Diaz	AUX. Contable	63.324.920	[Firma]
2	Wilson Romero Silva	TECNOLOGO	91.289.362	[Firma]
3	Van Vianeli Garci	Tecnologo	91.255.666	[Firma]
4	Jeyda Amparbaez Penda	Aux Adminis	37.558.129	[Firma]
5	Trina Faria Almeida	AUX Administrativa	63.360.730	[Firma]
6	CLAUDIA PATRICIA MORA P.	AUXADMINISTRAT.	63.458.377	[Firma]
7	dez Patricia Espinel	Info Coord. Adm	63.278.001	[Firma]
8	José Leonardo Quiroz	A. Calidad	3.836.685	[Firma]
9	ROSAEL E. GONZALEZ	OTEROLE	13.830.442	[Firma]
10	Marta Liliana Reyes	Coord. Administrativa	63.278.287	[Firma]
11	Speatchapom D.	des logistica	63.403.241	[Firma]
12	Tracielyne Goncal	AUX. ASES	63.317.620	[Firma]
13	Sandra Milena Roo	Tecnologo	63.498.826	[Firma]

GT-F-01 Versión: 1 10 de abril de 2007.

[illegible]

10 MINUTOS DE LA CALIDAD: TERMINOS Y DEFINICIONES OCT 2007

Speci Medicina Nuclear Ltda.		CONTROL DE ASISTENCIA EVENTOS FORMATIVOS		
NOMBRE DEL FACILITADOR: José L. Quiroz (Aux de Calidad)		FECHA: 3 de octubre de 2007		
TEMA(S): Terminos y Definiciones Norma ISO 9000. Reunion 20 minutos de Calidad.				
Nº	NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACION	FIRMA
1	Leopoldo Ramirez Baez	Aux Administrativo	37538129	[Firma]
2	Tina Elena Almeida	Aux Administrativo	63.360.730	[Firma]
3	Cecilia Patricia Mora	Aux. Administrativa	63.458.377	[Firma]
4	Emperatriz Anguina	Med. Nuclear	35513697	[Firma]
5	Rosario E. Gervasio	Med. Nuclear	13'636.842	[Firma]
6	Sandra Milena Roa	Tecnologa	63.498.826	[Firma]
7	Wilson Romero Silva	Tecnologo	91'289.362	[Firma]
8	Luz Patricia Espinel	Coord. Asist. Adm.	63278.01	[Firma]
9	Jorge Gomez	Aux. Asist.	63.31762	[Firma]
10	Juan V. Garcia	Tecnologo	91'285.566	[Firma]
11	Carmen Cecilia Diaz	Aux. Contable	63.324.720	[Firma]
12	Rosario Chaparro	Aux. Tecnica	63493929	[Firma]
13	Marta Liliana Reyes	Coord. Asist. Adm.	63371277	[Firma]

GT-F-01 Versión 1 10 de abril de 2007

MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS NOV/2007

Speci Medicina Nuclear Ltda.		CONTROL DE ASISTENCIA EVENTOS FORMATIVOS		
NOMBRE DEL FACILITADOR: Luz Patricia Espinel		FECHA: 28 de Nov 2007		
TEMA(S): Manejo de Residuos hospitalarios.				
Nº	NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACION	FIRMA
1	José Leonardo Quiroz	Aux. Calidad	37538.686	[Firma]
2	JOYDABATIRABAEZ P.	Aux Admin	37538.129	[Firma]
3	Carmen Cecilia Diaz	Aux. Contable	63.324.720	[Firma]
4	WILSON ROMERO SILVA	TECNOLOGO	91'289.362	[Firma]
5	Rosario Chaparro	Aux Tecnica	63493929	[Firma]
6	Marta Liliana Reyes	Coord. Asist. Adm.	63371277	[Firma]
7	Rosario E. Gervasio	Med. Nuclear	13'636.842	[Firma]
8	Emperatriz Anguina	Med. Nuclear	35513697	[Firma]
9	Jorge Gomez	Aux. Asist.	63.31762	[Firma]
10	Sandra Milena Roa	Tecnologa	63.498.826	[Firma]
11	Tina Elena Almeida	Aux Administrativo	63.360.730	[Firma]
12	Cecilia Patricia Mora	AUX. ADMINISTR.	63.458.377	[Firma]
13	Juan Vicente Garcia	Tecnologo	91'285.566	[Firma]

GT-F-01 Versión 1 10 de abril de 2007

CAPACITACIONES: COMUNICACIÓN ASERTIVA



CAPACITACIONES: GENERALIDADES ISO 9000 Y PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD



COMITÉ DE CALIDAD



PRESTACIÓN DEL SERVICIO



PROCESADO GAMMAGRAFÍAS

