

**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LA
NORMA NTC ISO 9001:2008 PARA J GARCÍA HARKER CENTRO
PEDIÁTRICO LTDA.**

YOLY MARCELA GUARÍN CARREÑO

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

2013

**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LA
NORMA NTC ISO 9001:2008 PARA J GARCÍA HARKER CENTRO
PEDIÁTRICO LTDA.**

YOLY MARCELA GUARÍN CARREÑO

**Trabajo de Grado para optar al título de
Ingeniera Industrial**

**Director
WILLIAM HOYOS TORRES
Ingeniero Industrial**

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

2013

DEDICATORIA

A Dios por ser mi amigo fiel e incondicional, por estar siempre a mi lado acompañándome y guiándome por el camino correcto y dándome la fortaleza necesaria para culminar esta etapa de mi vida con éxito.

A mi madre María Cristina por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor y comprensión.

A mi padre Pablo Antonio por sus ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundido siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mi prima Luz Adriana por impulsarme en este sueño tan maravilloso y por siempre haber estado en los momentos más difíciles dándome su apoyo.

A mi amiga Leidy por enseñarme el verdadero significado de la amistad, por acompañarme en toda mi carrera con sus locuras, consejos y enseñanzas.

Y a todas aquellas personas que me han acompañado y de quienes he aprendido.

Goly Marcela Guarín Carreño

AGRADECIMIENTOS

A J García Harker Centro Pediátrico Ltda., por darme la oportunidad de llevar a cabo el proyecto de grado, el cual permitió que obtuviera el título de Ingeniera Industrial.

Al Ingeniero Juan Camilo Patiño por su orientación, apoyo y enseñanzas que ayudaron a la ejecución exitosa de mi proyecto.

A todo el personal de J García Harker Centro Pediátrico Ltda., por su colaboración, disposición y participación en todas las actividades ejecutadas durante el desarrollo del proyecto.

Al Ingeniero William Hoyos Torres por su asesoría como director del proyecto.

A la Universidad Industrial de Santander por darme la educación y formación para ser una excelente Ingeniera Industrial.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	21
1. GENERALIDADES DEL PROYECTO.....	24
1.1. TITULO.....	24
1.2. ALCANCE.....	24
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	25
1.4. OBJETIVOS.....	25
1.4.1. Objetivo general. Diseñar, documentar, implementar y evaluar un SGC para J García Harker Centro Pediátrico Ltda., basado en los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008.....	25
1.4.2. Objetivos Específicos.....	26
2. MARCO TEÓRICO	28
3. ASPECTOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN.....	38
3.1. RESEÑA HISTÓRICA.....	38
3.2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	39
3.2.1. Misión. El centro pediátrico J. García Harker brinda un servicio integral orientado a la preservación y cuidado de la salud infantil, ofreciendo servicios de alta calidad con avanzada tecnología y personal calificado que cuenta con amplia experiencia y vocación	

de servicio, comprometidos en mantener y satisfacer la calidad de vida de nuestros pacientes.....	39
3.2.2. Visión. En el 2017 seremos reconocidos como el Centro Pediátrico de mayor importancia en el Oriente Colombiano, sobresaliendo por la prestación de servicios integrales e innovadores con tecnología de última generación y altos estándares de calidad, que ratifican nuestro liderazgo y diferenciación en el mercado.	39
3.2.3. Valores Institucionales	40
3.2.4. Portafolio de Servicios	40
3.2.5. Estructura Organizacional. La siguiente figura ilustra la estructura organizacional de la Empresa, elaborada de acuerdo a los cargos que existen y el nivel jerárquico:	41
4. DIAGNÓSTICO INICIAL DE J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA.....	42
4.1. EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO	43
4.2. ANÁLISIS DOFA.....	45
4.2.1. Estrategias DOFA. Posterior al análisis DOFA inicial se realizó un análisis estratégico, en donde se intenta equilibrar los aspectos positivos encontrados, utilizando las oportunidades encontradas para mitigar las debilidades de la institución, así como enfrentar las amenazas con las fortalezas institucionales detectadas.....	47
5. PLANEACIÓN DEL S.G.C EN J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA.....	49
5.1. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD	49
5.1.1. Representante ante la Dirección. La Dirección General de J García Harker Centro Pediátrico Ltda., mediante el Acta de reunión GEQ-FO-01(Anexo 2) ha elegido al Director	

Administrativo como representante de la Dirección ante el SGC, asumiendo las siguientes responsabilidades:.....	49
5.2. COMITÉ DE CALIDAD.....	50
5.3. POLÍTICA DE CALIDAD	52
5.4. OBJETIVOS DE CALIDAD	53
5.5. ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN.....	55
5.6. MAPA DE PROCESOS.....	55
5.7. CRONOGRAMA DE TRABAJO PARA EL SGC.....	57
6. DOCUMENTACIÓN DEL S.G.C EN J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA.....	59
6.1. CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS.....	61
6.2. MANUAL DE CALIDAD.....	62
6.3. INDICADORES DE GESTIÓN	63
6.4. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE.....	63
6.4.1. Análisis de Resultados. Para determinar el grado de satisfacción del cliente se desarrollaron dos encuestas (Anexo 16), una para el servicio de vacunación y otra para los servicios prestados por los especialistas (Consulta especializada).	64
6.5. ENCUESTAS CLIENTE INSTITUCIONAL	69
7. IMPLEMENTACIÓN.....	71
7.1. CAPACITACIÓN INICIAL DEL PERSONAL.....	71

7.2. SENSIBILIZACIÓN DEL SGC.....	72
7.2.1. Ejecución plan de capacitaciones. Las capacitaciones fueron ejecutadas para todo el personal de la empresa, tanto para los administrativos como operativos, teniendo en cuenta la población objetivo de la capacitación.....	75
7.3. IMPLEMENTACIÓN POR PROCESOS	76
7.3.1. Identificación y gestión de servicio no conforme, eventos adversos, acciones correctivas y preventivas. La necesidad de definir e implementar Acciones Correctivas, se identifica a partir de no conformidades relacionadas al S.G.C. presentes en: los procesos, servicio no conforme, análisis de datos, medición (indicadores de gestión), auditorías internas, reclamos de los clientes, revisiones por la dirección, evaluación de la satisfacción del cliente, Formatos de Calidad, reevaluación de proveedores y otros aspectos que generan Acciones Correctivas.	76
8. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	78
8.1. AUDITORIAS INTERNAS.....	78
8.1.1. Planificación de la auditoría. En primer lugar se estableció el programa para la realización de las auditorías (Anexo 24) en el que se planteo la realización de las mismas para los días 21, 22, 23 y 24 de Noviembre del 2012 y 9 de Enero del 2013.	78
8.1.2. Análisis de Resultados de las Auditorías Internas. Después de realizada las auditorías, las auditoras de las empresa consultora presentaron informe de auditoría interna (Anexo 27), este informe fue entregado al Director Administrativo para ser revisado e iniciar con los planes de mejoramiento pertinentes. Este informe estaba conformado por:.....	80
8.1.3. Planes De Mejora. Para dar respuesta y solución a los hallazgos detectados durante las auditorías, se analizaron las no conformidades presentadas en los informes y se realizó un plan de mejora en el cual se indica el tratamiento realizado para eliminar las fallas del SGC.....	80

8.2. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	81
9. MEJORA CONTINUA	82
10. DIAGNÓSTICO FINAL DEL SGC	83
11. CONCLUSIONES	85
12. RECOMENDACIONES	87
BIBLIOGRAFÍA	88
ANEXOS	89

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Criterios de Evaluación	42
Tabla 2. Análisis de Datos	43
Tabla 3. Diagnóstico por Capítulos de la NTC ISO 9001:2008.....	44
Tabla 4. Indicadores de Satisfacción	68
Tabla 5. Resultados encuesta Institucional.....	69
Tabla 6. Indicador cliente Institucional	70
Tabla 7. Plan de Capacitaciones Iniciales.....	72
Tabla 8. Plan de Capacitaciones y sensibilizaciones.....	73
Tabla 9. Diagnóstico final de cumplimiento de la NTC ISO 9001:2008.....	83

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Cumplimiento de Objetivos	22
Cuadro 2. Matriz DOFA	45
Cuadro 3. Estrategias Matriz DOFA.....	47
Cuadro 4. Objetivos de la Calidad	53
Cuadro 5. Siglas de los Procesos	56

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Modelo de un sistema de gestión de calidad basado en procesos.....	35
Figura 2. Metodología P.H.V.A	37
Figura 3. Estructura Organizacional.....	41
Figura 4. Mapa De Procesos J García Harker Centro Pediátrico Ltda.....	57
Figura 5. Cronograma de Actividades del SGC	58
Figura 6. Estructura Documental	59
Figura 7. Formato Caracterización del Proceso.....	61
Figura 8. Índice de satisfacción real servicio de consulta especializada.....	65
Figura 9. Índice de satisfacción real por prestación de servicios	66
Figura 10. Índice de satisfacción servicio de vacunación	66
Figura 11. Jornada de Capacitaciones	75
Figura 12. Cumplimiento de los requisitos de la NTC ISO 9001:2008	84

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1. Diagnóstico inicial del SGC	89
ANEXO 2. Acta de nombramiento del representante ante la Dirección	111
ANEXO 3. Despliegue de la política y objetivos de la calidad	112
ANEXO 4. Guía para la elaboración de Documentos	113
ANEXO 5. Caracterización de los Procesos	117
ANEXO 6. Manual de Calidad J García Harker Centro Pediátrico Ltda.....	143
ANEXO 7. Procedimiento Control de Documentos	158
ANEXO 8. Procedimiento Control de Registros.....	161
ANEXO 9. Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad	164
ANEXO 10. Procedimiento evento adverso y/o Producto no conforme	173
ANEXO 11. Procedimiento de Acciones Preventivas	179
ANEXO 12. Procedimiento de Acciones Correctivas.....	182
ANEXO 13. Listado Maestro de Documentos Internos.....	185
ANEXO 14. Informe de Indicadores.....	194
ANEXO 15. Fichas técnicas encuestas de satisfacción.....	195
ANEXO 16. Encuestas de Satisfacción del Cliente.....	197
ANEXO 17. Evidencia de Sensibilización inicial al personal.....	200
ANEXO 18. Plegable Sensibilización SGC	202
ANEXO 19. Asistencia a Capacitaciones.....	204

ANEXO 20. Evaluación al Personal	213
ANEXO 21. Evidencia Reporte de Acciones Correctivas.....	214
ANEXO 22. Evidencia Reporte de Acciones Preventivas	216
ANEXO 23. Guía revisión por la Dirección	218
ANEXO 24. Programa de Auditorías Internas.....	221
ANEXO 25. Plan de Auditoria Interna de Calidad 2012.....	222
ANEXO 26. Actas de apertura y cierre de auditorias	227
ANEXO 27. Informe de auditoria de calidad	231
ANEXO 28. Plan de mejora – Auditoría Interna	246
ANEXO 29. Revisión por la Dirección al SGC	247

RESUMEN

TITULO: SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2008 PARA J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA.¹

AUTOR: YOLY MARCELA GUARÍN CARREÑO²

PALABRAS CLAVES: NTC ISO 9001:2008, Sistema, Documentación, Ciclo PHVA, Mejora continua, Proceso, Auditoría.

DESCRIPCIÓN

Cada vez es mayor el número de empresas que implementan el Sistema de Gestión de Calidad basado en la NTC ISO 9001:2008, ya que la obtención de la certificación es un logro muy reconocido en el mercado, tanto por los clientes como por los proveedores.

Es por esto que J García Harker Centro Pediátrico Ltda., con la visión de expandir sus servicios y crecer como empresa, identificó la necesidad de implementar un Sistema de Gestión de la Calidad basado en la NTC ISO 9001:2008, el cual le permitiera mejorar la prestación de sus servicios y estandarizar los procesos, asegurar el cumplimiento de requisitos estipulados por la ley, ampliar el portafolio de servicios, definir funciones en el equipo de trabajo, crear una ventaja competitiva en el mercado, establecer una cultura de mejoramiento continuo, aumentar la satisfacción del cliente, con el fin de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes y partes interesadas.

El presente documento describe el proceso de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad basado en la NTC ISO 9001:2008 llevado a cabo en J García Harker Centro Pediátrico Ltda., el cual abarca el diagnóstico, diseño, documentación, implementación y evaluación del Sistema de Gestión.

¹ Proyecto de Grado

² Facultad de Ingenierías Físico – Mecánicas. Escuela de estudios Industriales y Empresariales.
Ing William Hoyos.

ABSTRACT

TITLE: MANAGEMENT SYSTEM OF QUALITY ACCORDING TO THE GUIDELINES OF THE STANDARD NTC-ISO 9001: 2008 FOR J GARCIA HARKER PEDIATRIC CENTER LTDA.³

AUTHOR: YOLY MARCELA GUARÍN CARREÑO⁴

KEYWORDS: ISO 9001:2008 NTC, System, documentation, PDCA Cycle, continuous improvement, process, Audit.

DESCRIPTION

Every time there is more and more the number of companies that implement the System of Management of Quality based on the ISO NTC 9001:2008, therefore the obtaining of the certification is an great achievement that has recognize in the market and also is very important for clients and providers.

J García Harker Pediatric Center with the vision of expanding their services and grow as a company, they identified the need to implement the System of Management of the Quality based on the ISO NTC 9001:2008, who allows them to improve the offered services, to standardize the processes, to assure the fulfillment of requirements stipulated by the law, to extend the portfolio of services, to define functions, responsibilities and directions in the equipment of work, to create a competitive advantage on the market, to establish and maintain a culture of constant improvement, to increase the client satisfaction, in order to provide products and services that responds to the needs and expectations of his clients and interested parts.

The present document describes the process of implementation of the System of Management of the Quality based on the ISO NTC 9001:2008 carried out in J Garcia Harker Pediatric Center., which includes the diagnosis, design, documentation, implementation and evaluation of the System of Management.

³ Proyecto de Grado

⁴ Facultad de Ingenierías Físico – Mecánicas. Escuela de estudios Industriales y Empresariales.
Ing William Hoyos.

GLOSARIO⁵

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

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

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

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

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

CONFORMIDAD: cumplimiento de un requisito.

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

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

MEJORA CONTINUA: la mejora continua es un proceso estructurado para reducir los defectos en productos, servicios o procesos, utilizándose también para mejorar los resultados que no se consideran deficientes pero que, sin embargo, ofrecen una oportunidad de mejora.

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

⁵ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN -ICONTEC-. Sistemas de gestión de la calidad: fundamentos y vocabulario. NTC-ISO 9000. Bogotá, D.C.: ICONTEC, 2005.

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

PROCESO: conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE: percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.

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

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

INTRODUCCIÓN

La calidad en el mundo actual, ha venido cobrando cada día más importancia convirtiéndose en un requisito indispensable para competir en el mercado. Los clientes, razón de ser de los negocios, han ido adquiriendo una conciencia más exigente en función de la calidad y el servicio, llevando a las organizaciones a buscar estrategias que permitan mejorar el sistema y de esta manera poder estar en el mercado con servicios de excelente calidad.

La certificación en las Instituciones conlleva más beneficios que dificultades, pues mejoran su organización interna, reducen costos, fortalecen su imagen entre los clientes, proveedores y el sector al que pertenecen. Es por esto que J García Harker Centro Pediátrico Ltda., busca estructurar e implementar el Sistema de Gestión de la Calidad según la Norma NTC ISO 9001:2008 con el propósito de mejorar y estandarizar los procesos, asegurar el cumplimiento de requisitos estipulados por la ley, ampliar el portafolio de servicios, definir funciones en el equipo de trabajo, crear una ventaja competitiva en el mercado, establecer una cultura de mejoramiento continuo, aumentar la satisfacción del cliente, etc., Con el fin de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes y partes interesadas.

Es comprensible que para lograr las metas propuestas se realiza la necesidad de adoptar parámetros definidos por normas internacionales de calidad como lo son el conjunto de normas ISO 9000, que aseguran un sistema de gestión basado en principios de: enfoque en el cliente, liderazgo, participación del personal, gestión por procesos, gestión a través de sistemas, mejora continua, toma de decisiones basada en hechos y relaciones con los proveedores mutuamente beneficiosas.

CUADRO DE CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

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

Cuadro 1. Cumplimiento de Objetivos

OBJETIVO	CUMPLIMIENTO
Objetivo General: Diseñar, documentar, implementar y evaluar un SGC para J García Harker Centro Pediátrico Ltda., basado en los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008.	Todo el Documento
Sensibilizar al personal que labora en J García Harker Centro Pediátrico Ltda., en todo lo concerniente al Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma NTC ISO 9001:2008.	Numeral 7.1
Elaborar un diagnóstico inicial que incluya la evidencia del mejoramiento de los procesos misionales a partir del uso de herramientas de calidad, y posteriormente identificar el estado actual de la empresa con relación a los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008, los procesos que harán parte del Sistema de Gestión, así como las fortalezas y debilidades que puedan ser de utilidad para el proceso.	Capítulo 4. Numeral 4.1. Numeral 4.2.
Documentar los procesos desarrollados en J García Harker Centro Pediátrico Ltda., por medio de la identificación y revisión de la información existente que permita establecer mejoras y la elaboración de nuevos documentos que garanticen el cumplimiento de los requisitos establecido en	Capítulo 6. Numeral 6.1 Numeral 6.3 Numeral 6.4 Numeral 6.5

la Norma NTC ISO 9001:2008.	
Capacitar a todo el personal que labora en J García Harker Centro Pediátrico Ltda., en cada una de las etapas que conlleva a la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.	Numeral 7.2. Numeral 7.2.1
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad en J García Harker Centro Pediátrico Ltda., estandarizando de esta forma los procesos desarrollados en la empresa.	Capitulo 7 Numeral 7.3
Realizar dos auditorías internas para evaluar el estado del Sistema de Gestión de Calidad, e identificar oportunidades de mejora en sus procesos.	Capitulo 8. Numeral 8.1
Elaborar e implementar el plan de mejora resultado de las auditorías.	Numeral 8.1.3 Capitulo 9.
Elaborar una evaluación final que informe y verifique el estado en el que se encuentra la empresa después de implementado el Sistema de Gestión de Calidad.	Capitulo 10.

Fuente: Autora del Proyecto

1. GENERALIDADES DEL PROYECTO

1.1. TITULO

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2008 PARA J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA.

1.2. ALCANCE

Este proyecto se lleva a cabo en J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA., y abarca el diseño, documentación, implementación y evaluación del Sistema de Gestión de Calidad bajo los lineamientos de la Norma NTC ISO 9001:2008 para los servicios de: pediatría general, odontopediatría, fonoaudiología, optometría, neurología, endocrinología, terapia respiratoria, vacunación, ortodoncia y dispensación de medicamentos, cuya población objetivo varia entre las edades de 0 a 18 años. Su desarrollo involucra la realización de un diagnóstico inicial del centro pediátrico vs requisitos de la norma; la documentación necesaria exigida por la norma; la sensibilización y capacitación del personal, y el acompañamiento hasta la realización de las dos auditorías internas las cuales permitirán evaluar el estado del Sistema de Gestión de Calidad y las oportunidades de mejora que se puedan realizar a los procesos; siguiendo la metodología del ciclo PHVA.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Cada vez es mayor el número de empresas que implementan el Sistema de Gestión de la Calidad con base en la Norma NTC-ISO 9001:2008 y la obtención de la certificación es un logro muy reconocido en el mercado, tanto por los clientes como por los proveedores.

J García Harker Centro Pediátrico Ltda., al ser una empresa prestadora de servicios de salud requiere trabajar con la mejor calidad ya que la más pequeña equivocación puede derivar grandes consecuencias frente al bienestar de los pacientes, es por esto que el centro pediátrico siempre ha buscado mejorar los procesos para satisfacer las necesidades y expectativas de sus pacientes.

Teniendo en cuenta la Misión y Visión de J García Harker Centro Pediátrico Ltda., que se enmarca en la prestación de servicios integrales orientados a la preservación de la salud infantil, se ve la necesidad de implementar el sistema de gestión de calidad basado en la Norma NTC ISO 9001:2008, con esta implementación se busca que los servicios ofrecidos sean de alta calidad y satisfagan las necesidades de los pacientes, cumpliendo los requisitos legales Definidos por el centro pediátrico.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general. Diseñar, documentar, implementar y evaluar un SGC para J García Harker Centro Pediátrico Ltda., basado en los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Sensibilizar al personal que labora en J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA., en todo lo concerniente al Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma NTC ISO 9001:2008.
- Elaborar un diagnóstico inicial que incluya la evidencia del mejoramiento de los procesos misionales a partir del uso de herramientas de calidad, y posteriormente identificar el estado actual de la empresa con relación a los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008, los procesos que harán parte del Sistema de Gestión, así como las fortalezas y debilidades que puedan ser de utilidad para el proceso.
- Documentar los procesos desarrollados en J García Harker Centro Pediátrico Ltda., por medio de la identificación y revisión de la información existente que permita establecer mejoras y la elaboración de nuevos documentos que garanticen el cumplimiento de los requisitos establecido en la Norma NTC ISO 9001:2008.
- Capacitar a todo el personal que labora en J García Harker Centro Pediátrico Ltda., en cada una de las etapas que conlleva a la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.
- Implementar el Sistema de Gestión de Calidad en J García Harker Centro Pediátrico Ltda., estandarizando de esta forma los procesos desarrollados en la empresa.
- Realizar dos auditorías internas para evaluar el estado del Sistema de Gestión de Calidad, e identificar oportunidades de mejora en sus procesos.

- Elaborar e implementar el plan de mejora resultado de las auditorías.
- Elaborar una evaluación final que informe y verifique el estado en el que se encuentra la empresa después de implementado el Sistema de Gestión de Calidad.

2. MARCO TEÓRICO

Toda organización puede mejorar su manera de trabajar, lo cual significa un incremento de sus clientes y gestionar el riesgo de la mejor manera posible, reduciendo costes y mejorando la calidad del servicio ofrecido. La gestión de un sistema de calidad aporta el marco que se necesita para supervisar y mejorar la producción en el trabajo. Con mucha diferencia, en cuanto a calidad se refiere, la normativa más establecida y conocida es la ISO 9001:2008, la cual establece una norma no sólo para la Gestión de Sistemas de Calidad sino para cualquier sistema en general.

- **¿Qué es la “ISO”?**⁶

ISO (Organización Internacional de Normalización) es una federación mundial de organismos nacionales de normalización (organismos miembros de ISO). El trabajo de preparación de las normas internacionales normalmente se realiza a través de los comités técnicos de ISO. Cada organismo miembro interesado en una materia para la cual se haya establecido un comité técnico, tiene el derecho de estar representado en dicho comité. Las organizaciones Internacionales, públicas y privadas, en coordinación con ISO, también participan en el trabajo. ISO colabora estrechamente con la Comisión Electrotécnica Internacional (CEI) en todas las materias de normalización electrotécnica.

⁶ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN -ICONTEC-. Sistemas de gestión de la calidad: fundamentos y vocabulario. NTC-ISO 9000. Bogotá, D.C.: ICONTEC, 2005.

- **¿Qué es “ICONTEC”?**⁷

El Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC, es el organismo nacional de normalización, según el Decreto 2269 de 1993.

Es una entidad de carácter privado, sin ánimo de lucro, cuya Misión es fundamental para brindar soporte y desarrollo al productor y protección al consumidor. Colabora con el sector gubernamental y apoya al sector privado del país, para lograr ventajas competitivas en los mercados interno y externo.

- **LA FAMILIA DE NORMAS ISO 9001**⁸

La familia de Normas ISO 9000 citadas a continuación se han elaborado para asistir a las organizaciones, de todo tipo y tamaño, en la implementación y la operación de sistemas de gestión de la calidad eficaces.

- ✓ La **Norma ISO 9000** describe los fundamentos de los sistemas de gestión de la calidad y especifica la terminología de los sistemas de gestión de la calidad.
- ✓ La **Norma ISO 9001** especifica los requisitos para los sistemas de gestión de la calidad aplicables a toda la organización que necesite demostrar su capacidad para proporcionar productos que cumplan los requisitos de sus clientes y los reglamentarios que le sean de aplicación y su objetivo es aumentar la satisfacción del cliente.
- ✓ La **Norma ISO 9004** 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 la satisfacción de los clientes y de las partes interesadas.

⁷ ICONTEC. Quiénes Somos (en línea). <<http://www.icontec.org.co/index.php?section=18>> (citado el 14 de junio de 2012).

⁸ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN -ICONTEC-. Sistemas de gestión de la calidad: fundamentos y vocabulario, Generalidades del sistema de gestión de la calidad. NTC-ISO 9000. Bogotá, D.C.: ICONTEC, 2005. i p.

- ✓ La **Norma ISO 19011** proporciona orientación relativa a las auditorías de sistemas de gestión de la calidad y de gestión ambiental.

Todas estas normas juntas forman un conjunto coherente de normas de sistemas de gestión de la calidad que facilitan la mutua comprensión en el comercio nacional e internacional.

- **PRINCIPIOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD⁹**

Para conducir y operar una organización en forma exitosa se requiere que ésta se dirija y controle en forma sistemática y transparente. Se puede lograr el éxito implementando y mantenimiento un sistema de gestión que esté diseñado para mejorar continuamente su desempeño mediante la consideración de las necesidades de todas las partes interesadas. La gestión de una organización comprende la gestión de la calidad entre otras disciplinas de gestión.

Se han identificado ocho principios de gestión de la calidad que pueden ser utilizadas por la alta dirección con el fin de conducir a la organización hacia una mejora en el desempeño.

- a) **Enfoque al cliente:** las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.
- b) **Liderazgo:** los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual

⁹ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN -ICONTEC-. Sistemas de gestión de la calidad: fundamentos y vocabulario, Generalidades del sistema de gestión de la calidad. NTC-ISO 9000. Bogotá, D.C.: ICONTEC, 2005. i p.

el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

- c) **Participación del personal:** el personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
- d) **Enfoque basado en procesos:** un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- e) **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.
- f) **Mejora continua:** la mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.
- g) **Enfoque basado en hechos para la toma de decisión:** las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
- h) **Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:** una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

Estos ocho principios de gestión de la calidad constituyen la base de las normas de sistemas de gestión de la calidad de la familia de Normas ISO 9000.

- **DESCRIPCIÓN DE LA NORMA NTC ISO 9001.2008**

La norma ISO 9001:2008 está estructurada en ocho capítulos, refiriéndose los TRES primeros a declaraciones de principios, estructura y descripción de la empresa, requisitos generales, etc., es decir, son de carácter introductorio. Los capítulos CUATRO a OCHO están orientados a procesos u en ellos se agrupan los requisitos para la implantación del sistema de calidad. A la fecha, ha habido cambios en aspectos claves de la norma ISO 9001, al 15 de noviembre del 2008, la norma 9001 varía, Los ocho capítulos de ISO 9001 son¹⁰:

1. **Guías y descripciones generales**, no se enuncia ningún requisito.
 - ✓ Generalidades.
 - ✓ Reducción en el alcance.
2. **Normativas de referencia.**
3. **Términos y definiciones.**
4. **Sistema de gestión:** contiene los requisitos generales y los requisitos para gestionar la documentación.
 - ✓ Requisitos generales.
 - ✓ Requisitos de documentación.
5. **Responsabilidades 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.
 - ✓ Requisitos generales.
 - ✓ Requisitos del cliente.
 - ✓ Política de calidad.
 - ✓ Planeación.
 - ✓ Responsabilidad, autoridad y comunicación.

¹⁰ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN -ICONTEC-. Sistemas de gestión de la calidad: requisitos, Generalidades y aplicación. NTC-ISO 9001. Bogotá, D.C.: ICONTEC, 2008.

- ✓ Revisión gerencial.
6. **Gestión de los recursos:** la Norma distingue 3 tipos de recursos sobre los cuales se debe actuar: RRHH, infraestructura, y ambiente de trabajo. Aquí se contienen los requisitos exigidos en su gestión.
- ✓ Requisitos generales.
 - ✓ Recursos humanos.
 - ✓ Infraestructura.
 - ✓ Ambiente de trabajo.
7. **Realización del producto:** aquí están contenidos los requisitos puramente productivos, desde la atención al cliente, hasta la entrega del producto o el servicio.
- ✓ Planeación de la realización del producto y/o servicio.
 - ✓ Procesos relacionados con el cliente.
 - ✓ Diseño y desarrollo.
 - ✓ Compras.
 - ✓ Operaciones de producción y servicio
 - ✓ Control de equipos de medición, inspección y monitoreo
8. **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.(pero nadie lo toma en serio (eso es muy generalizado)) El objetivo declarado en la Norma, es que la organización busque sin descanso la satisfacción del cliente a través del cumplimiento de los requisitos.
- ✓ Requisitos generales.
 - ✓ Seguimiento y medición.
 - ✓ Control de producto no conforme.
 - ✓ Análisis de los datos para mejorar el desempeño.
 - ✓ Mejora.

- **ENFOQUE BASADO EN PROCESOS¹¹**

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

Para que una organización funcione de manera eficaz, tiene que determinar y gestionar numerosas actividades relacionadas entre sí. Una actividad o un conjunto de actividades que utiliza recursos, y que se gestiona con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados, se puede considerar como un proceso. Frecuentemente el resultado de un proceso constituye directamente el elemento de entrada del siguiente proceso.

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

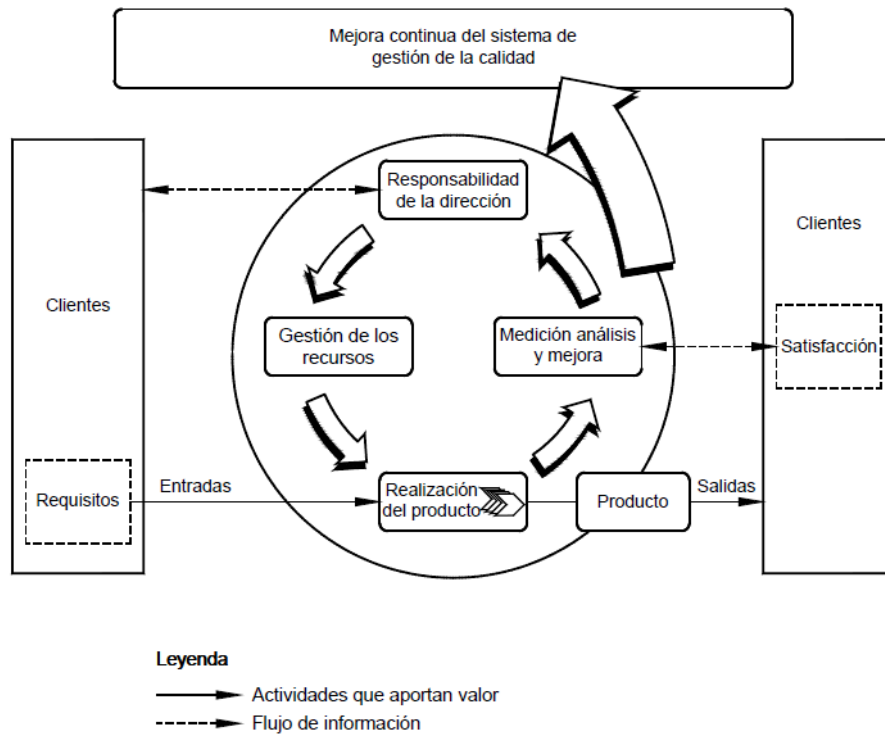
Una ventaja del enfoque basado en procesos es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales dentro del sistema de procesos, así como sobre su combinación e interacción.

Un enfoque de este tipo, cuando se utiliza dentro de un sistema de gestión de la calidad, enfatiza la importancia de:

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

¹¹ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN –ICONTEC-.
Sistemas de gestión de la calidad: requisitos, Generalidades y aplicación. NTC-ISO 9001. Bogotá,
D.C.: ICONTEC, 2008. I p.

Figura 1. Modelo de un sistema de gestión de calidad basado en procesos



Fuente: ICONTEC; COMPENDIO NORMAS FUNDAMENTALES SOBRE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DOCUMENTOS DE ORIENTACIÓN PARA SU APLICACIÓN / NTC-ISO 9001:2008 / Enfoque basado en procesos; Tercera Edición, 2010.

- **CICLO P-H-V-A**¹²

El ciclo de mejora continua (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar) fue desarrollado inicialmente en la década de 1920 por Walter Shewhart, y fue popularizado por W. Edwards Deming. Por esta razón es frecuentemente conocido como el “Ciclo de Deming”.

El PHVA es una metodología dinámica que se puede desplegar dentro de cada uno de los procesos de la organización y a través de sus interacciones. Está íntimamente asociada con la planificación, la implementación, la verificación y la mejora.

La norma recomienda la metodología para definir, implementar y controlar las acciones correctivas y las mejoras. Esta metodología se describe brevemente así¹³:

- **Planificar:** Establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente, los requisitos legales y reglamentarios y las políticas de la organización;
- **Hacer:** Implementar los procesos;
- **Verificar:** Realizar el seguimiento y la medición de los procesos a las políticas, los objetivos y los requisitos para el producto, e informar sobre los resultados;
- **Actuar:** Tomar las acciones para mejorar continuamente el desempeño del proceso.

Se puede lograr mantener y mejorar el desempeño de los procesos aplicando el concepto PHVA a todos los niveles dentro de la organización. Esto aplica por igual

¹² W Edwards Deming, *calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis*, Madrid, Ediciones Díaz de Santos, 1989.

¹³ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN –ICONTEC-. Sistemas de gestión de la calidad: requisitos, Generalidades y aplicación. NTC-ISO 9001. Bogotá, D.C.: ICONTEC, 2008.ii p.

a todos los procesos, desde los procesos estratégicos de alto nivel a las actividades de operación simples.

Figura 2. Metodología P.H.V.A



Fuente: ICONTEC; COMPENDIO NORMAS FUNDAMENTALES SOBRE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DOCUMENTOS DE ORIENTACIÓN PARA SU APLICACIÓN / NTC-ISO 9001:2008 / Enfoque basado en procesos; Tercera Edición, 2010.

3. ASPECTOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN.



Nombre de la empresa: J García Harker Centro Pediátrico Ltda.

NIT: 830506324-5

Ubicación: Carrera 26 # 48-26 Unidad Medica San Luis.

3.1. RESEÑA HISTÓRICA

J García Harker Centro Pediátrico Ltda., inicio labores hace 20 años, en 1992 con el Dr. Jorge Enrique García Harker el cual inicio su actividad profesional en el área de pediatría en el consultorio del Dr. Fidel Rey Rey connotado y reconocido pediatra de la época; quien se había retirado de su ejercicio profesional un año antes; a quien también remplazo en los turnos de servicio de urgencias de la Clínica Materno Infantil San Luis de la cual el Dr. Rey Rey era cofundador.

En el año 1997 el Dr. García Harker traslado su centro pediátrico al segundo piso de la Unidad Medica San Luis por la necesidad de ampliar sus salas de atención; siendo esta actualmente la sede del Centro Pediátrico.

En el año 2007 se complementó el Centro Pediátrico con la ampliación de sus servicios incluyendo especialidades como Odontopediatría y sub-secuente se fueron abriendo los demás servicios y áreas de Pediatría como lo son: Neonatología, Fonoaudiología, Optometría pediátrica, Anestesia pediátrica, Neurología Pediátrica, Endocrinología Pediátrica, Psicología Pediátrica y Nutrición infantil.

Nuestro Centro Pediátrico en la actualidad cuenta con equipos de alta tecnología para el apropiado diagnóstico de las diferentes patologías de nuestros pacientes. Brindando un servicio cálido e integral.

3.2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

3.2.1. Misión. El centro pediátrico J. García Harker brinda un servicio integral orientado a la preservación y cuidado de la salud infantil, ofreciendo servicios de alta calidad con avanzada tecnología y personal calificado que cuenta con amplia experiencia y vocación de servicio, comprometidos en mantener y satisfacer la calidad de vida de nuestros pacientes.

3.2.2. Visión. En el 2017 seremos reconocidos como el Centro Pediátrico de mayor importancia en el Oriente Colombiano, sobresaliendo por la prestación de servicios integrales e innovadores con tecnología de última generación y altos estándares de calidad, que ratifican nuestro liderazgo y diferenciación en el mercado.

3.2.3. Valores Institucionales

- **Responsabilidad:** cumplir con las obligaciones y compromisos adquiridos, asumiendo las consecuencias de las acciones y omisiones.
- **Trabajo en Equipo:** unión de fuerzas coordinadas hacia el logro de los objetivos, laborar en armonía, acordar métodos de trabajo, mantener una comunicación permanente, clara y efectiva.
- **Respeto:** reconocer y aceptar el valor de los demás y sus derechos, respetando las opiniones y puntos de vista del cliente.
- **Lealtad:** fidelidad, sentido de pertenencia y compromiso con la organización, cumpliendo los principios, normas y valores de nuestra institución.
- **Servicio al Cliente:** brindar un servicio con calidad, igualdad y amabilidad.
- **Excelencia:** superar las expectativas del servicio demostrando un comportamiento ético.
- **Competitividad:** mantener y mejorar la calidad, el servicio al cliente y el desarrollo tecnológico.
- **Vocación de Servicio:** disposición permanente para atender al paciente, su familia y al cliente externo y apoyar a los compañeros de trabajo según las necesidades, demandas y /o solicitudes.
- **Honestidad:** actuar de manera transparente, es decir, mantener siempre coherencia entre lo que piensa, dice y hace.

3.2.4. Portafolio de Servicios

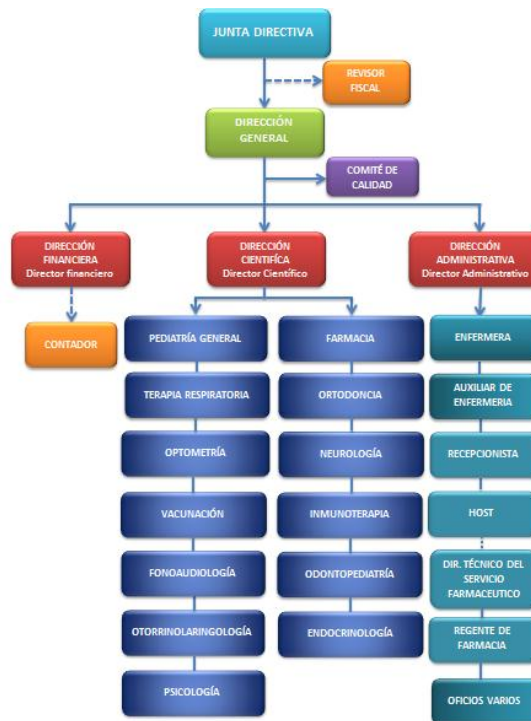
El centro pediátrico presta servicios especializados en:

- Pediatría General
- odontopediatría
- Fonoaudiología
- Psicología

- Endocrinología
- Optometría
- Otorrinolaringología
- Inmunoterapia
- Neurología
- Ortodoncia
- Vacunación
- Dispensación de Medicamentos

3.2.5. Estructura Organizacional. La siguiente figura ilustra la estructura organizacional de la Empresa, elaborada de acuerdo a los cargos que existen y el nivel jerárquico:

Figura 3. Estructura Organizacional



Fuente: Autora del Proyecto

4. DIAGNÓSTICO INICIAL DE J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA.

El proceso de implementación inicio con la realización de un diagnóstico de la empresa; partiendo de una revisión de los procesos, por medio de la observación directa de las actividades realizadas en cada uno y la recopilación de información general proporcionada por el personal administrativo y operativo.

En esta etapa se evaluó el cumplimiento de los requisitos de la NTC ISO 9001:2008 vs, la situación actual de la empresa por medio de una lista de chequeo (Anexo 1), con el propósito de identificar el estado inicial de la empresa.

La escala de calificación utilizada en la lista de chequeo esta conformada por los siguientes criterios de evaluación:

Tabla 1. Criterios de Evaluación

CRITERIO	GRADO DE CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN
SID	Requisito sin documentar	1
DOC	El requisito se encuentra documentado.	2
DOA	El requisito presenta documentación aprobada.	3
PIM	El requisito se encuentra en proceso de implementación.	4
PMC	El requisito se encuentra en proceso de mejora continua.	5

Fuente: Autora del Proyecto

4.1. EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO

El grado de cumplimiento de J García Harker Centro Pediátrico Ltda., frente a los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008 se determino de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Grado de Cumplimiento: } \frac{\text{Puntaje Total Obtenido}}{\text{Puntaje Máximo}} * 100$$

Los resultados obtenidos para cada criterio de evaluación se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 2. Análisis de Datos

CRITERIO	GRADO DE CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN	NUMERALES CALIFICADOS	PUNTAJE OBTENIDO
SID	Requisito sin documentar	1	161	161
DOC	El requisito se encuentra documentado.	2	0	0
DOA	El requisito presenta documentación aprobada.	3	1	3
PIM	El requisito se encuentra en proceso de implementación.	4	0	0

PMC	El requisito se encuentra en proceso de mejora continua.	5	0	0
PUNTAJE TOTAL				164
PUNTAJE MÁXIMO				820
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO				20%

Fuente: Autora del Proyecto

El resultado del diagnóstico por capítulo de la norma según lo evidenciado en J García Harker Centro Pediátrico Ltda., se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 3. Diagnóstico por Capítulos de la NTC ISO 9001:2008

NUMERAL DE LA NORMA	PUNTAJE OBTENIDO	PUNTAJE MÁXIMO	% DE CUMPLIMIENTO
NUMERAL 4	27	135	20%
NUMERAL 5	35	180	19.44%
NUMERAL 6	10	50	20%
NUMERAL 7	59	290	20.34%
NUMERAL 8	33	165	20%

Fuente: Autora del Proyecto

Con base en estos resultados se concluye que el grado de cumplimiento promedio inicial de la empresa frente a los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008 es de

un 20%, esto se debe a que en la empresa en su totalidad los requisitos de la norma se encuentran sin documentar.

4.2. ANÁLISIS DOFA

Se realizó un análisis de las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas que enfrenta la empresa referenciado al sector al cual pertenece.

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

Cuadro 2. Matriz DOFA

MATRIZ DOFA	
OPORTUNIDADES (O)	AMENAZAS (A)
<ul style="list-style-type: none">✓ Posibilidad de contratos inter-institucionales.✓ Aumento de la demanda de los servicios ofrecidos por la empresa.✓ Oferta constante de personal altamente calificado para la prestación de los servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none">✓ Insatisfacción de clientes por demora en la prestación de los servicios.✓ Instalaciones insuficientes para la demanda de pacientes que maneja el centro pediátrico.✓ Cambios en Legislación y Normatividad.

FORTALEZAS (F)	DEBILIDADES(D)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apoyo por parte de la Gerencia. ✓ Cuenta con personal de apoyo idóneo, honesto, responsable, experto y humano. ✓ Cuenta con instalaciones adecuadas para la prestación de los servicios. ✓ Elementos necesarios para ✓ prestar el servicio de salud en excelentes condiciones. ✓ Acogida y reconocimiento de la imagen dentro de la población. ✓ Convenios con varias entidades Prepagadas y aseguradoras. ✓ Portafolio de Servicios con gran cubrimiento de especialidades pediátricas. ✓ Alta demanda de Servicios. ✓ Flexibilidad en la prestación del servicio, acomodándose a los requerimientos de los pacientes. ✓ Reconocimiento en el sector con buen posicionamiento de sus servicios. ✓ La institución está estratégicamente ubicada. ✓ Nuevos desarrollos tecnológicos y de innovación. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de manual de funciones y de procedimiento. ✓ No existe auditoría médica. ✓ Falta de liderazgo para llevar a cabo planes y propuestas. ✓ Incumplimiento de horarios por parte de personal médico (especialistas). ✓ Escasa delegación de funciones. ✓ Recurso Humano con sobrecarga de actividades y funciones. ✓ Escasa capacitación para el personal de la organización. ✓ Carencia de programas de mantenimiento preventivo para la infraestructura de la institución. ✓ Selección del personal sin bases en el perfil buscado o pruebas psicotécnicas. ✓ Poca claridad en el perfil de funciones que deben desempeñar los empleados. ✓ No existe control de los proveedores.

Fuente: Autora del Proyecto

4.2.1. Estrategias DOFA. Posterior al análisis DOFA inicial se realizó un análisis estratégico, en donde se intenta equilibrar los aspectos positivos encontrados, utilizando las oportunidades encontradas para mitigar las debilidades de la institución, así como enfrentar las amenazas con las fortalezas institucionales detectadas.

Cuadro 3. Estrategias Matriz DOFA

ESTRATEGIAS MATRIZ DOFA	
ESTRATEGIAS (FO)	ESTRATEGIAS(DA)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacitación al personal, actualización permanente de normas y en manejo de nuevas tecnologías. ✓ Capacitar al personal que brinda información al usuario en temas relacionados con la atención del cliente. ✓ Programar mantenimiento constante a instalaciones y equipos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestionar la creación de auditoría médica. ✓ Asignación de presupuesto para la ampliación de la infraestructura del centro pediátrico. ✓ Adecuación y ampliación del área de recepción.
ESTRATEGIAS (FA)	ESTRATEGIAS (DO)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Brindar información a los pacientes sobre sus derechos. ✓ Asignar personal que se encarguen de orientar e informar a los pacientes dentro de la institución. ✓ Aumentar relaciones inter- 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Buscar asesoría de calidad y certificación. ✓ Utilizar la demanda progresiva de servicios de salud. ✓ El reconocimiento en el sector facilita la prestación de los servicios, creando fuerte relaciones comerciales.

<p>institucionales</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener tarifas competitivas. ✓ Cumplir con la legislación actual. ✓ La apertura de nuevos servicios y el fortalecimiento de las relaciones comerciales, generan nuevas posibilidades de ingresos y mayor rentabilidad para la organización. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Para contar con personal idóneo, la institución debe establecer perfiles de los cargos, para esto se debe tener como base las necesidades de la empresa, las habilidades y competencias necesarias para el cargo.
--	---

Fuente: Autora del Proyecto

5. PLANEACIÓN DEL S.G.C EN J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA.

En esta etapa del proceso se llevo a cabo una reunión inicial con la Dirección de la empresa que ésta compuesta por el Director General y el Director Administrativo, determinando las responsabilidades y compromisos para implementar el Sistema de Gestión de la calidad. Se definió de manera escrita el compromiso de la dirección para la implementación del SGC y de igual manera se nombró al Director Administrativo como representante de la dirección.

5.1. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

5.1.1. Representante ante la Dirección. La Dirección General de J García Harker Centro Pediátrico Ltda., mediante el Acta de reunión GEQ-FO-01(Anexo 2) ha elegido al Director Administrativo como representante de la Dirección ante el SGC, asumiendo las siguientes responsabilidades:

- Asegurarse de que se establezcan, implementen y mantengan los procesos necesarios.
- Informar sobre el desempeño del S.G.C. y de cualquier necesidad de mejora.
- Asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la Organización.

De igual forma, el Director Administrativo tiene la responsabilidad de revisar el funcionamiento y adecuación del Sistema de Gestión de la Calidad, así como también velar por la asignación de los recursos para su mantenimiento y mejora continua.

5.2. COMITÉ DE CALIDAD

J García Harker Centro Pediátrico Ltda., con el propósito de establecer funciones y realizar control y seguimiento a las actividades relacionadas con el SGC crea el comité de calidad conformado por las personas que ocupan los siguientes cargos:

- Director General
- Director Administrativo
- Directora Financiera
- Enfermera Pre-Consulta
- Recepcionista
- Auxiliar de Calidad (Autora del Proyecto)

Teniendo como objetivo el aprobar, coordinar, efectuar seguimiento y mantener las actividades relacionadas con el Sistema de Gestión de la Calidad (S.G.C.), bajo un enfoque de mejoramiento continuo que asegure el cumplimiento de los requerimientos del Cliente, los legales / reglamentarios y los definidos internamente por J García Harker Centro Pediátrico Ltda.

El comité de calidad acordó hacer reuniones una vez al mes con el propósito de realizar seguimiento al SGC y de esta manera tomar las decisiones necesarias para la implementación del SGC.

Las responsabilidades adquiridas por el comité de calidad se describen a continuación:

- Asegurar el diseño, implementación, mantenimiento y mejora del S.G.C.
- Promover al interior de la organización la concientización de los requisitos del cliente y de mejoramiento continuo.

- Identificar y aprobar los procesos de la organización asegurando que se desarrollen bajo el enfoque del ciclo de mejoramiento continuo planear, hacer, verificar y actuar.
- Hacer seguimiento al desarrollo del S.G.C. con el fin de generar oportunidades de mejoramiento al mismo.
- Participar de la planificación estratégica del S.G.C. definiendo la política de la calidad, objetivos de la calidad y su forma de medición.
- Revisar periódicamente que la misión, visión, valores organizacionales, política y objetivos de Calidad orienten la institución hacia una cultura de calidad y mejoramiento continuo.
- Revisar la estructura organizacional de la empresa (organigrama).
- Efectuar mínimo una vez al año la Revisión por la Dirección al S.G.C. presidida por el Director General para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas.
- Identificar y gestionar los recursos necesarios para implementar, mantener y mejorar continuamente la eficacia del S.G.C. y aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.
- Revisar y evaluar las consideraciones para la planificación e implementación de cambios al S.G.C. ocasionados por las nuevas tecnologías, revisión de las normas de Sistemas de Gestión de la Calidad, servicios, procesos, entre otros.
- Analizar los problemas que afecten el desarrollo del S.G.C. y sus procesos, evaluar soluciones y tomar las decisiones que aseguren la implementación de las acciones aprobadas.

- Efectuar seguimiento a los resultados de los indicadores de la medición del S.G.C. y sus procesos, a las acciones correctivas, acciones preventivas y de mejora que se hayan generado.
- Revisar y evaluar los resultados de las auditorias internas y externas realizadas al S.G.C.
- Realizar las demás responsabilidades y actividades que permitan generar oportunidades de mejora al S.G.C y que contribuyan al logro del objetivo señalado.

5.3. POLÍTICA DE CALIDAD

En reunión realizada con el comité de calidad, y las sugerencias de los empleados se definen las expectativas que el cliente tiene de la organización.

De este análisis se redacta la política de calidad expresada como las intenciones que J García Harker Centro Pediátrico Ltda., tiene para sus clientes:

“El Centro pediátrico J. García Harker se manifiesta mediante el firme compromiso con los clientes de satisfacer sus requerimientos y expectativas, fundamentados en la ética, igualdad y amabilidad. Comprometidos en prestar servicios oportunos e integrales con un alto desarrollo tecnológico, una cultura de calidad y mejoramiento continuo, a través de un recurso humano competente y una infraestructura adecuada, que le permite mantener su liderazgo y diferenciación en el mercado.”

5.4. OBJETIVOS DE CALIDAD

Después de la revisión y aprobación realizada por el comité de calidad de la política de calidad se establecieron los objetivos de calidad siendo los siguientes:

- ✓ Satisfacer los requerimientos y expectativas de los clientes con igualdad y amabilidad.
- ✓ Ofrecer servicios integrales y oportunos.
- ✓ Brindar al cliente un servicio con alto desarrollo tecnológico e infraestructura adecuada.
- ✓ Fomentar y mantener una cultura de calidad y mejoramiento continuo.
- ✓ Mantener un recurso humano competente, fundamentado en la ética.
- ✓ Mantener el liderazgo y diferenciación en el mercado.

Estos objetivos de calidad serán medidos a través de los indicadores de gestión relacionados en el Anexo 3. Despliegue de la política y objetivos de la calidad.

Cuadro 4. Objetivos de la Calidad

DIRECTRIZ DE CALIDAD	OBJETIVO DE CALIDAD	PROCESO	NOMBRE DEL INDICADOR
El Centro pediátrico J. García Harker se manifiesta mediante el firme compromiso con los clientes de satisfacer sus requerimientos y expectativas, fundamentados en la ética, igualdad y amabilidad.	Satisfacer los requerimientos y expectativas de los clientes con igualdad y amabilidad.	GEP, PRE, DIR, GEA	Satisfacción del cliente (Requerimientos y expectativas)
		GEC	Satisfacción del cliente Institucional
		GEC	Oportunidad en la atención de Quejas y Reclamos
con un alto desarrollo tecnológico.... Y una infraestructura adecuada	Brindar al cliente un servicio con alto desarrollo tecnológico e infraestructura adecuada.	GEA, GEP, PRE	Cumplimiento programa de mantenimiento
		GEA, GEP, PRE	Cumplimiento programa de calibración
		GEA	Efectividad del mantenimiento

		GEA	Satisfacción del cliente
una cultura de calidad y mejoramiento continuo,	Fomentar y mantener una cultura de calidad y mejoramiento continuo.	GEA	Mejoramiento Continuo
a través de un recurso humano competente	Mantener un recurso humano competente, fundamentado en la ética.	GEA	Cumplimiento programa de capacitación y/o entrenamiento
		GEA	Competencia del personal
que le permite mantener su liderazgo en el mercado	Mantener el liderazgo y diferenciación en el mercado	GEA	Satisfacción del cliente (Liderazgo)
Comprometidos en prestar servicios oportunos e integrales	Ofrecer servicios integrales y oportunos.	GEP	Oportunidad en la entrega de medicamentos
		GEP	Cumplimiento en la entrega de medicamentos
		GEA, ACI, GEP, PRE	Oportunidad en la atención
		ACI	Oportunidad en la asignación de citas en la consulta médica especializada de pediatría

Fuente: Autora del Proyecto

Los Objetivos de Calidad y la Política de Calidad fueron socializados a todos los trabajadores de J García Harker Centro Pediátrico Ltda., logrando la comprensión de los mismos por parte del personal.

5.5. ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN

J García Harker Centro Pediátrico Ltda., ha establecido el sistema de gestión de la calidad teniendo en cuenta los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008 para el siguiente alcance:

“Prestación de servicios de salud en: pediatría general, odontopediatría, fonoaudiología, optometría, neurología, endocrinología, terapia respiratoria, vacunación, ortodoncia y dispensación de medicamentos.”

Se excluye el numeral 7.3 Diseño y Desarrollo de la norma NTC ISO 9001:2008, porque J García Harker Centro Pediátrico Ltda., presta servicios de acuerdo a los parámetros previamente establecidos por la ley.

5.6. MAPA DE PROCESOS

El mapa de proceso de J García Harker Centro Pediátrico Ltda., es una representación gráfica que facilita la interpretación de las interacciones entre los 8 procesos que conforman el Sistema de Gestión de Calidad de la organización y los cuales se encuentran definidos en 3 tipos de procesos:

- **Procesos de Dirección:** Son los procesos que dan lineamientos a J García Harker Centro Pediátrico Ltda., es decir permiten planificar y direccionar la organización; en estos procesos se encuentra: Gestión de Dirección.
- **Procesos Misionales:** Son los procesos que tienen que ver la actividad propia del negocio es decir con la prestación del servicio, los cuales permiten identificar los requisitos y necesidades del cliente para transformarlos en servicios que generan satisfacción al mismo; en estos procesos se encuentran: Gestión comercial, Gestión asignación de citas, Gestión de Pre-consulta, Gestión prestación del servicio.

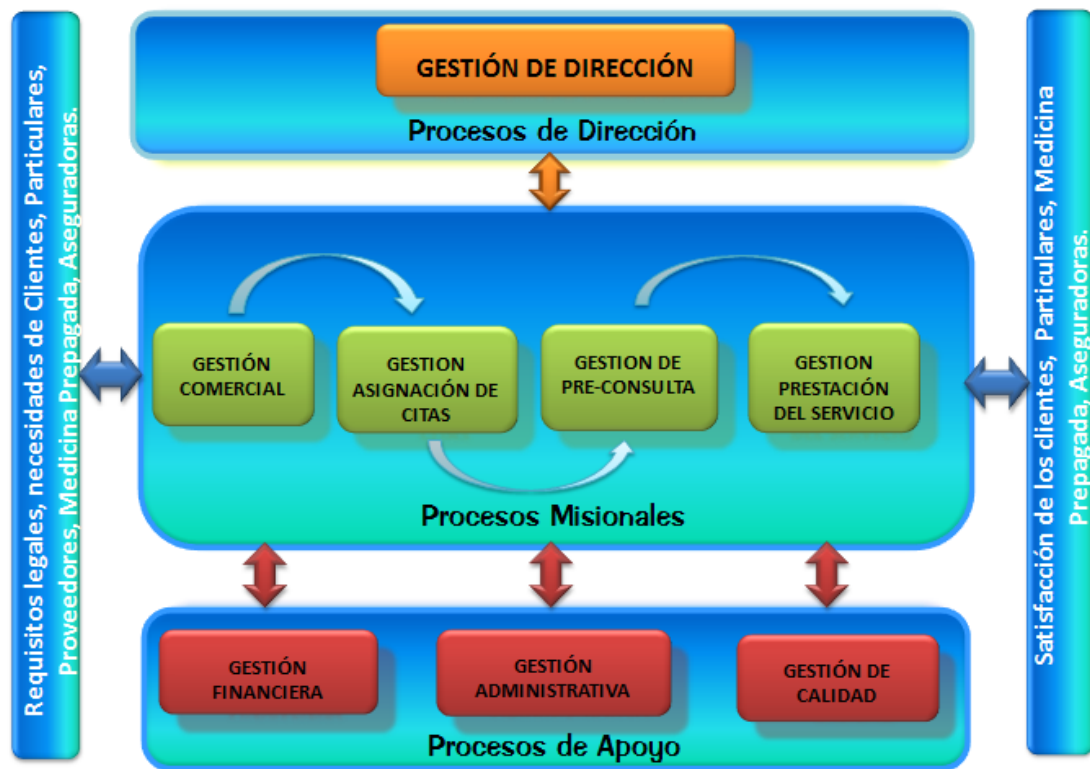
- **Procesos de Apoyo:** Son los procesos que brindan soporte a los procesos de Dirección y Misionales, los cuales suministran información, infraestructura, recursos humanos y financieros, entre otros; en estos procesos se encuentran: Gestión Financiera, Gestión Administrativa, Gestión de la Calidad.

Cuadro 5. Siglas de los Procesos

SIGLA PROCESO	PROCESO
DIR	Proceso Gestión De Dirección
GEC	Proceso Gestión Comercial
ACI	Proceso Gestión Asignación de citas
PRE	Proceso Gestión de Pre-consulta
GEP	Proceso Prestación del Servicio
GEA	Proceso Gestión Administrativa
GEF	Proceso Gestión Financiera
GEQ	Proceso Gestión de la Calidad

Fuente: Autora del Proyecto

Figura 4. Mapa De Procesos J García Harker Centro Pediátrico Ltda.




Fuente: Autora del Proyecto

5.7. CRONOGRAMA DE TRABAJO PARA EL SGC

Como apoyo de la planeación del Sistema de Gestión de Calidad, se elaboró un Cronograma de Actividades, en donde se especifica el tiempo establecido para la ejecución de cada etapa de la implementación. Sin embargo este cronograma estuvo sujeto a diferentes modificaciones, debido a cambios organizacionales que se dieron en el transcurso del proyecto.

Figura 5. Cronograma de Actividades del SGC

		PLANEACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD											
ETAPA	PROCESO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	ENERO		
Sensibilización inicial SGC	Sistema de Gestión de Calidad	■											
Diagnóstico inicial		■	■										
Planeación del SGC			■	■									
Comité de Calidad				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Capacitación Procesos SGC				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Manual de Calidad					■	■							
Indicadores de Gestión						■	■	■	■	■	■		
Documentación del SGC	Gestión de Dirección		■	■									
	Gestión Comercial			■	■								
	Gestión Asignación de Citas				■	■							
	Gestión de Pre-Consulta				■	■							
	Gestión Prestación del Servicio					■	■						
	Gestión Financiera						■						
	Gestión Administrativa							■	■	■			
Gestión de Calidad						■	■	■					
Implementación del SGC	Gestión de Dirección		■	■									
	Gestión Comercial			■	■								
	Gestión Asignación de Citas				■	■							
	Gestión de Pre-Consulta				■	■							
	Gestión Prestación del Servicio					■	■						
	Gestión Financiera						■						
	Gestión Administrativa							■	■	■			
Gestión de Calidad							■	■	■				
Auditorías Internas	Sistema de Gestión de Calidad											■	■
Informes de Auditoría	Sistema de Gestión de Calidad											■	■
Planes de mejora	Sistema de Gestión de Calidad											■	■
Revisión por la Dirección	Sistema de Gestión de Calidad											■	■
Diagnóstico Final	Sistema de Gestión de Calidad												■
PLANEADO		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
EJECUTADO		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Fuente: Autora del Proyecto

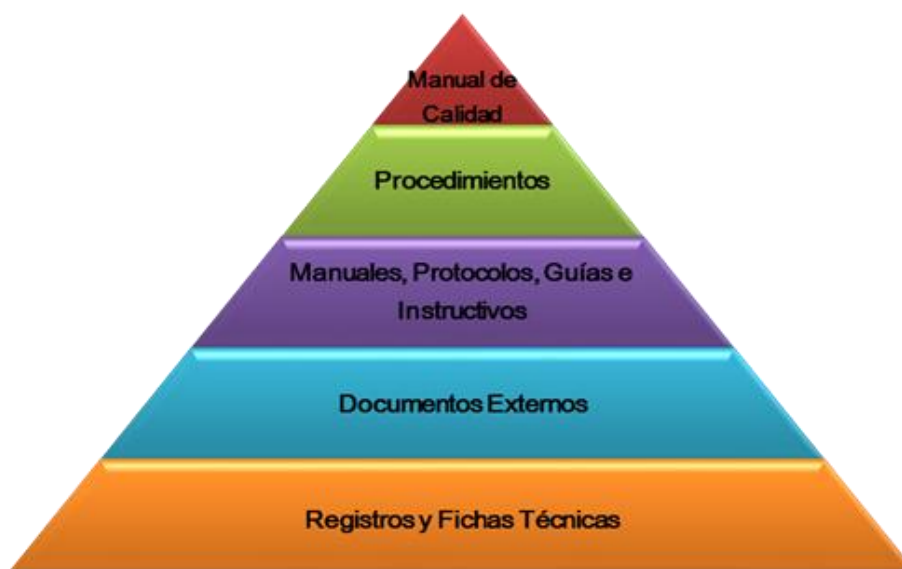
6. DOCUMENTACIÓN DEL S.G.C EN J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA.

La documentación establecida en el Sistema de Gestión de Calidad se ha diseñado para dar cumplimiento a los requerimientos de la organización de acuerdo a las necesidades de los clientes y los requerimientos de la Norma NTC-ISO 9001:2008.

Para la definición de esta etapa del proyecto se estableció una metodología (Anexo 4) de identificación de los lineamientos o directrices para la elaboración y presentación de los documentos asociados al Sistema de Gestión de Calidad de J García Harker Centro Pediátrico Ltda.

La jerarquía de los documentos que se definen para el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), se representan en la siguiente pirámide documental:

Figura 6. Estructura Documental



Fuente: Manual de la Calidad J García Harker Centro Pediátrico Ltda.

Manual de la Calidad: documento que describe y especifica el Sistema de Gestión de la Calidad de J García Harker Centro Pediátrico Ltda.

Procedimiento: forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso. Permite documentar las actividades de un proceso.

Manual: documento técnico de determinado tema que contiene instrucciones generales.

Protocolo: un protocolo o guía de práctica clínica es un instrumento de diseño de la calidad de la atención que explicita las normas de actuación que ayudan a profesionales y usuarios a decidir la forma más efectiva, eficiente y satisfactoria posible, frente a problemas específicos de promoción, prevención y restauración de la salud, sirviendo además como guía para la evaluación de la calidad en los casos en que el protocolo sea aplicable.

Guía: documento que proporciona recomendaciones y sugerencias para llevar a cabo una actividad.

Instructivo: descripción escrita y detallada sobre como efectuar las actividades y procesos de manera coherente, llegando a un nivel de detalle amplio.

Formato: documento empleado para diligenciar la información necesaria para suministrar evidencia objetiva de las actividades efectuadas o de los resultados alcanzados.

Documentos Externos: se refiere a los documentos que afectan el Sistema de Gestión de Calidad, originados del cliente y documentos regulatorios, como normas técnicas, especificaciones, entre otros.


Registro: documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas. Ejemplo: Formatos diligenciados, Actas, Videos, Fotos, Informes, Contratos.

6.1. CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS

Cada proceso del Sistema de Gestión de Calidad posee su propia caracterización con el fin de identificarlo fácilmente. Es por esto que en la caracterización se puede observar los proveedores, los clientes, las actividades del proceso enmarcadas en el ciclo P-H-V-A, el objetivo del proceso, el líder responsable, los participantes, los recursos necesarios, los documentos y registros aplicables, los requisitos de la NTC ISO 9001:2008 y los indicadores de gestión.

Para la creación de las caracterizaciones fue necesario pasar por todos los puestos de trabajo, donde cada responsable del área describió las actividades realizadas las cuales permitieron definir responsables, indicadores y documentos necesarios. El formato diseñado para registrar la información del proceso es el siguiente:

Figura 7. Formato Caracterización del Proceso

	CARACTERIZACIÓN NOBRE DEL PROCESO		CÓDIGO	XX-XX-XX	
			VERSIÓN	X	
			HOJA		
DESCRIPCION DEL PROCESO					
OBJETIVO					
LIDER RESPONSABLE					
PARTICIPANTES					
PROVEEDORES	ENTRADAS	ETAPA	ACTIVIDAD	SALIDAS	CLIENTES
CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS					
VERIFICAR Y ACTUAR DEL PROCESO					
SEGUIMIENTO		MEDICION		RECURSOS	
REQUISITOS (CLIENTE, LEY, ORGANIZACION, NTC ISO 9001-2008)				DOCUMENTOS Y REGISTROS APLICABLES	
<u>CLIENTE:</u> <u>CLIENTE INTERNO:</u>				<u>ORGANIZACIÓN:</u> <u>NTC ISO 9001:2008</u> <u>LEY:</u>	

Fuente: Autora del Proyecto

En el Anexo 5 se encuentra la caracterización de todos los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad de la Empresa.

6.2. MANUAL DE CALIDAD

El manual de calidad (Anexo 6) de J García Harker Centro Pediátrico Ltda., representa la Guía para implementar el Sistema de Gestión De Calidad de la empresa.

Este documento contiene el alcance y exclusiones del SGC, generalidades de la empresa, misión, visión, estructura organizacional, clientes y servicios, responsabilidad y autoridad, comunicación, estructura documental, política de calidad, objetivos de calidad, mapa de procesos y caracterizaciones de los procesos.

Este documento otorga el cumplimiento al numeral 4.2.2 de la norma ISO 9001: 2008. Así mismo se encuentran documentados todos los procesos obligatorios por esta norma:

- ✓ Control de Documentos. Anexo 7
- ✓ Control de Registros. Anexo 8
- ✓ Auditorías Internas. Anexo 9
- ✓ Control de Producto no Conforme. Anexo 10
- ✓ Acciones Preventivas. Anexo 11
- ✓ Acciones Correctivas. Anexo 12

Se debe tener en cuenta que todos los pasos para estandarizar los documentos se pueden consultar dentro de la Guía para la elaboración de documentos.

De igual manera se cuenta con los demás procedimientos e instructivos necesarios para el buen funcionamiento de la empresa, logrando así la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad, estos se encuentran relacionados en el Listado maestro de documentos internos Anexo 13.

6.3. INDICADORES DE GESTIÓN

Los Indicadores de Gestión se establecieron a partir de los objetivos de la calidad definidos en la empresa.

Estos indicadores son de gran importancia para la empresa ya que permiten evaluar el desempeño del Sistema de Gestión de Calidad, así mismo ayudan a la empresa a identificar que procesos están logrando el alcance de los objetivos y cuáles no. Por lo tanto permitirán tener un parámetro para la toma de decisiones que afecten positivamente el Sistema de Gestión de la Calidad.

Para un mejor análisis de los resultados de los indicadores se diseñó un formato de informe de indicadores (Anexo 14) el cual permite llevar un histórico de resultados.

6.4. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

J García Harker Centro Pediátrico Ltda., es consciente de que el cliente es un factor fundamental para el logro de los objetivos y metas planteadas por la organización.

La aplicación de la encuesta de satisfacción del cliente se realizará semestralmente.

Se define la población en el periodo con base en el total de pacientes atendidos y con este dato se aplica la fórmula de tamaño muestral para poder determinar la cantidad de encuestas a aplicar de acuerdo con:

Probabilística: Muestreo aleatorio simple (muestreo básico en estadística) Es aquel en que cada elemento de la población tiene la misma probabilidad de ser seleccionado para integrar la muestra.

El tamaño de la muestra: El tamaño de la muestra depende del nivel de confianza que se desee para los resultados y del error máximo que se esté dispuesto a admitir. Para determinar el tamaño de la muestra cuando los datos son cualitativos, es decir para el análisis de fenómenos sociales o cuando se

utilizan escalas nominales para verificar la ausencia o presencia del fenómeno a estudiar, se recomienda la utilización de la siguiente formula:

$$n = \frac{(z)^2 * p * q * N}{(N) * E^2 + Z^2 * p * q}$$

n= Tamaño de la muestra

Z= Nivel de confianza

p= Variabilidad positiva

q= Variabilidad negativa

N= Tamaño de la población

E= Precisión del error

Para un nivel de confianza del 95% se utiliza Z= 1,96

Normalmente se utiliza un error E entre 4% y 6%

Al no contar con antecedentes de variabilidad para la aplicación de estas encuestas, se utiliza un p= 0,5 y q=0,5.

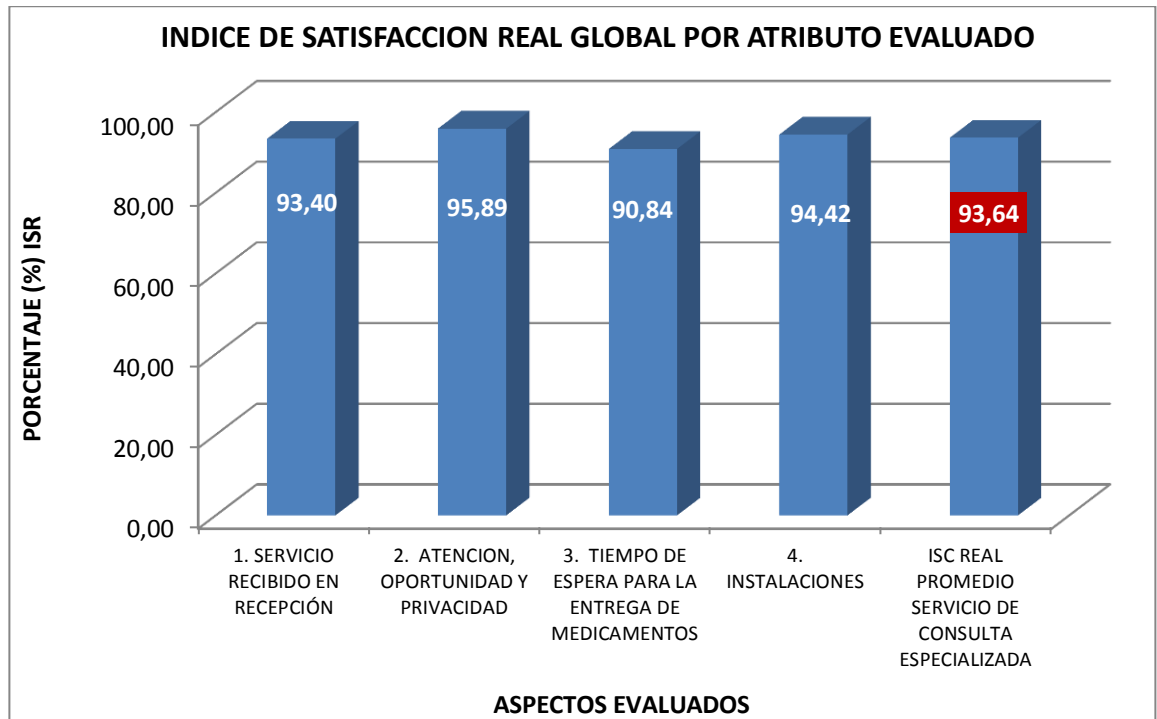
En las Fichas técnicas de las encuestas se puede observar el número de pacientes encuestados por servicio (Anexo 15).

6.4.1. Análisis de Resultados. Para determinar el grado de satisfacción del cliente se desarrollaron dos encuestas (Anexo 16), una para el servicio de vacunación y otra para los servicios prestados por los especialistas (Consulta especializada).

Estas encuestas se realizaron desde el 24 de abril hasta el 1 de junio del 2012, obteniéndose un índice de satisfacción del cliente (ISC) para el servicio de vacunación del 96.38% y para el servicio de consulta especializada se obtuvo un ISC del 93.64%, en general la satisfacción del cliente es positiva respecto a los

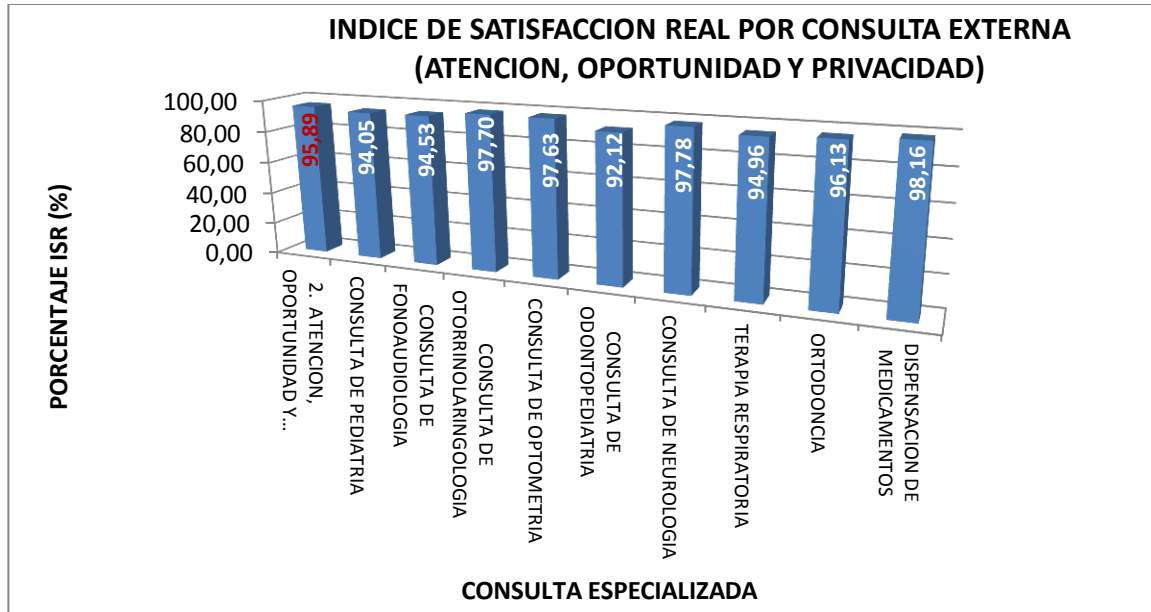
servicios prestados por la institución, sin embargo se analizaron los resultados y se generaron las mejoras pertinentes.

Figura 8. Índice de satisfacción real servicio de consulta especializada



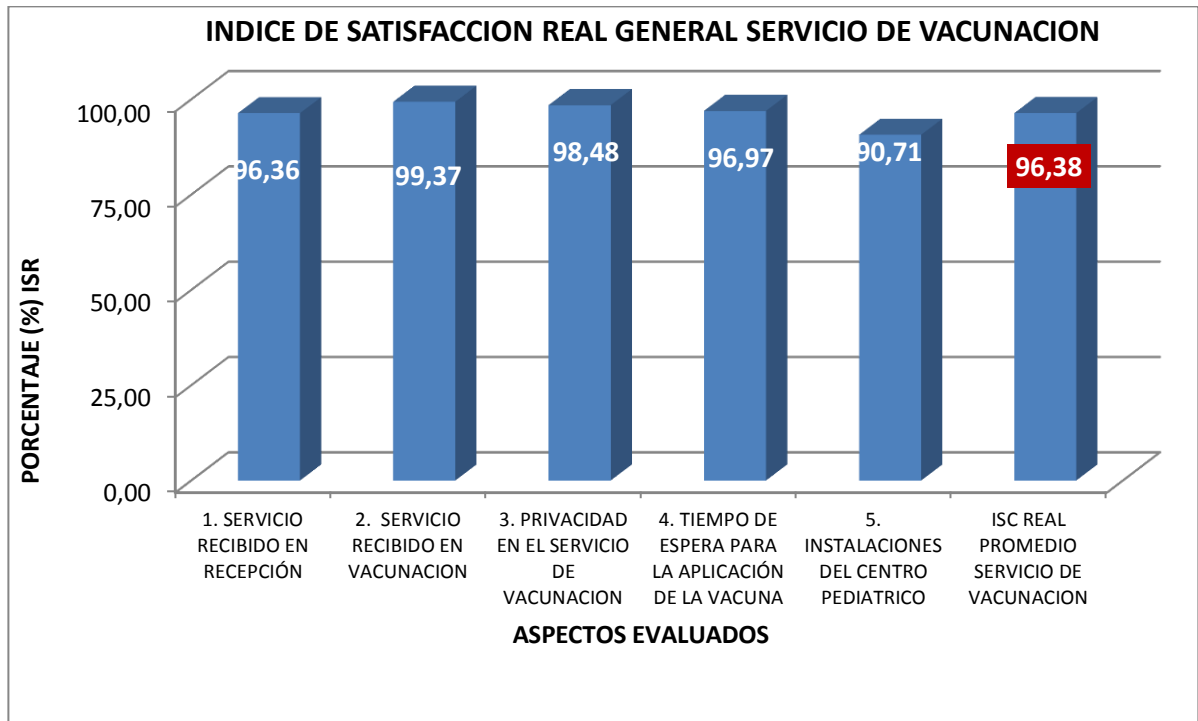
Fuente: Autora del Proyecto

Figura 9. Índice de satisfacción real por prestación de servicios



Fuente: Autora del Proyecto

Figura 10. Índice de satisfacción servicio de vacunación



Fuente: Autora del Proyecto

Con base en los resultados obtenidos en la evaluación realizada, se definieron e implementaron las mejoras pertinentes a los procesos, las cuales fueron enfocadas a:

- Capacitar a la persona encargada de brindar la orientación y la asesoría al cliente para mejorar este aspecto.
- Se realizaron reuniones periódicas con el personal que atiende público con el fin de mejorar los tiempos de atención sensibilizándolos y estableciendo lineamientos para manejo de los turnos.
- Se compraron de Juguetes nuevos para el área de juegos del centro pediátrico.
- Diseño de formatos para tener un control sobre el aseo a los baños.

Del análisis anterior se fijaron metas para los indicadores de Satisfacción del Cliente, sin embargo, es importante resaltar el compromiso para mejorar el nivel de satisfacción del cliente por parte de la Gerencia, analizando a profundidad los resultados obtenidos en las encuestas, con el fin de en caso requerido generar acciones de mejoramiento, lo anterior, con el fin de aumentar el nivel de satisfacción de los clientes.

Tabla 4. Indicadores de Satisfacción

NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META	RESPONSABLE	FRECUENCIA	FUENTE DE INFORMACIÓN
Satisfacción del cliente (Requerimientos y expectativas)	Ponderación de Encuestas de Satisfacción del Cliente	95%	Director Administrativo	Semestral	Informe de Satisfacción del Cliente
Satisfacción del cliente	Ponderación de Encuestas de Satisfacción del Cliente *Infraestructura.	90%	Director Administrativo	Semestral	Informe de Satisfacción del Cliente
Satisfacción del cliente	Ponderación de Encuestas de Satisfacción del Cliente * Liderazgo	90%	Director Administrativo	Semestral	Informe de Satisfacción del Cliente
Oportunidad en la entrega de medicamentos	Ponderación de Encuestas de Satisfacción del Cliente	95%	Director Administrativo	Semestral	Informe de Satisfacción del Cliente

Fuente: Autora del Proyecto

6.5. ENCUESTAS CLIENTE INSTITUCIONAL

Se encuesta anualmente a los clientes Institucionales (Prepagadas y Aseguradoras) con quienes se tiene convenio para prestación de servicio en J García Harker Centro Pediátrico Ltda.

Se recomienda tener en cuenta que esta encuesta debe estar dirigida a los funcionarios con los que se tiene interacción (Facturación, Contratación entre otros). Se muestrea al 100% de los clientes Institucionales.

Se diseño una encuesta dirigida a las instituciones a las cuales les prestamos los servicios de salud, esta encuesta se envió por medio de correo electrónico a cada una de las instituciones en el mes de septiembre del 2012 las cuales la diligenciaron y renviaron al correo del centro pediátrico.

El análisis de esta encuesta se relaciona en la siguiente tabla:

Tabla 5. Resultados encuesta Institucional

ENTIDAD	ISC
Allianz	84%
Colpatria	75%
Coomeva	100%
Liberty	100%
Suramericana	100%
TOTAL ISC	92,5%

Fuente: Autora del Proyecto

A partir de este resultado se definió la meta para el indicador en un 85%.

Tabla 6. Indicador cliente Institucional

NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META	RESPONSABLE	FRECUENCIA	FUENTE DE INFORMACIÓN
Satisfacción del cliente Institucional	Ponderación de Encuestas de Satisfacción del Cliente Institucional	85%	Director Administrativo	Semestral	Encuesta cliente Institucional

Fuente: Autora del Proyecto

7. IMPLEMENTACIÓN

Teniendo en cuenta que un proyecto de estas características involucra a todo el personal de la empresa, resultada importante e indispensable realizar jornadas de sensibilización y capacitación con el objetivo de documentarlos sobre el tema de calidad, aclarando el papel de cada uno en el proceso y sus responsabilidades.

7.1. CAPACITACIÓN INICIAL DEL PERSONAL

Con el propósito de que los trabajadores tengan conocimientos claros del Sistema de Gestión de Calidad, es favorable iniciar con una sensibilización general (Anexo 17) frente a la filosofía, Propósitos, valores, importancia, ventajas y mejoras que se obtienen en la ejecución de los procesos, cambios en la cultura y clima organizacional y el compromiso que tendrán todos para alcanzar con éxito en la etapa de implementación y puesta en marcha del Sistema de Gestión de la Calidad.

Las Jornadas de sensibilización se programaron en tres (3) secciones de una hora cada una, y se llevaron acabo mediante reuniones informativas, exposiciones y talleres prácticos. Las jornadas de sensibilización tienen como principal objetivo, contextualizar al personal de J García Harker Centro Pediátrico Ltda., en la importancia y las ventajas que se adquieren con la implementación de un sistema de gestión de calidad y las actividades que involucran su consecución.

Tabla 7. Plan de Capacitaciones iniciales

TEMA	HORAS NECESARIAS
Fundamentos de la NTC ISO 9001:2008	1 Hora
Sistema de Gestión de la Calidad	1 Hora
Gestión por procesos	1 Hora

Fuente: Autora del Proyecto

7.2. SENSIBILIZACIÓN DEL SGC

Dentro de las capacitaciones se expuso la Misión, Visión, Política y objetivos de la Calidad, Mapa de Procesos, Caracterizaciones de los procesos, Manual de Calidad, Indicadores de Gestión, los procedimientos, instructivos y formatos de cada proceso.

Para la socialización de la Misión, visión, política y objetivos de la calidad, mapa de procesos, organigrama, alcance del SGC y generalidades del mismo se diseñó un plegable informativo (Anexo 18) el cual se entregó a todo el personal de la institución.

Para esta etapa se elaboró un plan de capacitaciones de Calidad, las cuales pretendían vincular a todo el personal de la empresa en una serie de reuniones.

El Objetivo Principal de estas capacitaciones fue:

Divulgar la documentación para asegurar su adecuación dentro de las actividades de la Institución.

Tabla 8. Plan de Capacitaciones y sensibilizaciones

CAPACITACIÓN Y/O ENTRENAMIENTO	LUGAR	OBJETIVO	CARGO(S)	FECHA PROGRAMADA
Sensibilización S.G.C. y Generalidades	J García Harker Centro Pediátrico Ltda.	Difundir al personal la filosofía de calidad y generalidades del S.G.C. con el fin de asegurar su comprensión e implementación eficaz.	Recepcionista Servicios Varios Enfermera Auxiliar de Enfermería Auxiliar de Farmacia Director Administrativo	17/03/2012
Sensibilización S.G.C. y Generalidades	J García Harker Centro Pediátrico Ltda.	Sensibilizar al personal la Política y Objetivos de la Calidad	Recepcionista Servicios Varios Enfermera Auxiliar de Enfermería Auxiliar de Farmacia	25/04/2012
S.G.C. y Organización Interna	J García Harker Centro Pediátrico Ltda.	Familiarizar al personal de Garey Ltda con los procedimientos a cargo de cada proceso	Recepcionista Enfermera Auxiliar de Enfermería Auxiliar de Odontopediatría Auxiliar de Farmacia	06/06/2012
Acciones Correctivas	J García Harker Centro Pediátrico Ltda.	Suministrar Herramientas para fortalecer a los procesos en la generación de acciones correctivas que permitan incentivar el mejoramiento continuo al interior de la empresa.	Todos Los procesos	21/06/2012

Acciones preventivas, Producto No conforme y Acciones de Mejora	J García Harker Centro Pediátrico Ltda.	Instruir al personal en el manejo de Acciones preventivas, Producto No conforme y Acciones de Mejora.	Recepcionista Enfermera Auxiliar de Enfermería Auxiliar de Farmacia	27/06/2012
Perfil de Responsabilidad, autoridad y Perfil de Competencia, Documentación aplicable a cada proceso	J García Harker Centro Pediátrico Ltda.	Capacitar al personal en la consulta de la Documentación y manejo de formatos relacionados.	Recepcionista Enfermera Auxiliar de Enfermería Auxiliar de Farmacia	06/07/2012
P.Q.R.S.	J García Harker Centro Pediátrico Ltda.	Reforzar al personal de Garey Ltda., el manejo de P.Q.R.S.	Recepcionista Enfermera Auxiliar de Enfermería Auxiliar de Farmacia	17/08/2012
Sensibilización S.G.C. Especialistas	J García Harker Centro Pediátrico Ltda.	Sensibilizar al personal de Garey Ltda en la filosofía de la Calidad y generalidades del Sistema de Gestión de la Calidad, con el fin de asegurar su comprensión e implementación eficaz.	Especialistas	03/10/2012

Fuente: Autora del Proyecto

7.2.1. Ejecución plan de capacitaciones. Las capacitaciones fueron ejecutadas para todo el personal de la empresa, tanto para los administrativos como operativos, teniendo en cuenta la población objetivo de la capacitación.

Para dejar evidencia de las actividades de formación realizadas, se diligenció en cada reunión el formato REPORTE DE CAPACITACIONES Y ENTRENAMIENTOS (Anexo 19) donde se registra el nombre del participante, cargo y firma. Después de cada jornada de capacitación, se realizaba la evaluación de la eficacia de la misma, realizando talleres y evaluaciones específicas del tema (Anexo 20)

Figura 11. Jornada de Capacitaciones



Fuente: Autora del Proyecto

Durante la etapa de sensibilización y capacitación se presentaron inconvenientes debido a factores como los cambios administrativos que atravesaba la institución, enfrentándose a cambios en el personal, cambio de la razón social y todo esto

sumado al dinamismo de la institución obstaculizó el desarrollo normal del proceso.

7.3. IMPLEMENTACIÓN POR PROCESOS

La documentación diseñada para la operación del Sistema de Gestión de la Calidad se divulgó paulatinamente considerando a todo el personal que tenga responsabilidades definidas en los documentos del sistema, de esta manera se vio la necesidad de socializar los documentos por grupos y por proceso con el fin de garantizar un adecuado entendimiento y aplicación de los mismos.

Esta etapa del proyecto se realizó paralelamente a la etapa de capacitaciones, ya que a medida de que se elaboraban los documentos pertenecientes a cada proceso eran socializados a los dueños de los mismos, esto favoreció:

- El entendimiento del SGC, pues el personal se apropió de los procesos a los que pertenecía.
- Se inició el diligenciamiento de formatos pertenecientes a cada área dándoles entender la importancia de mantener la secuencialidad de los mismos.
- Identificación de acciones correctivas, preventivas y servicios no conformes.
- Formación de una filosofía de calidad y mejora continua dentro de la institución.

7.3.1. Identificación y gestión de servicio no conforme, eventos adversos, acciones correctivas y preventivas. La necesidad de definir e implementar Acciones Correctivas, se identifica a partir de no conformidades relacionadas al S.G.C. presentes en: los procesos, servicio no conforme, análisis de datos, medición (indicadores de gestión), auditorías internas, reclamos de los clientes, revisiones por la dirección, evaluación de la satisfacción del cliente, Formatos de Calidad, reevaluación de proveedores y otros aspectos que generan Acciones Correctivas.

Para las acciones preventivas se pueden identificar a partir de : planificación de la calidad, evaluación de la competencia, experiencia de otras empresas del sector, reclamos de los clientes, revisión de las necesidades y expectativas del cliente, análisis del mercado, análisis de datos, análisis de riesgos, determinación de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas del proceso, reportes de auditoria, estudios de mercado, reevaluación de proveedores, resultados de la satisfacción del cliente, información de formatos que muestre alguna tendencia que podría surgir un problema potencial, entre otros.

Para los productos/servicios no conformes y eventos adversos se identificaran a través del buzón de sugerencias y durante las actividades de control o en las entradas y salidas entre procesos.

Para realizar un control y seguimiento sobre los productos/servicios no conformes y generar las acciones correctivas (Anexo 21) y preventivas (Anexo 22) necesarias se diseñaron formatos que permiten consignar la información y realizar un planteamiento de acciones que permitan tomar una decisión para eliminar la no conformidad real o potencial presentada por la no conformidad.

8. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

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

La evaluación y mejora del Sistema de Gestión de la Calidad comprende la realización de dos auditorías internas. La evaluación del Sistema también se realizó mediante la revisión por la Dirección al SGC, liderada por el representante por la Dirección ante el Sistema y el Director General; en donde se estudiaron las entradas de los procesos, los resultados de los indicadores de gestión y los planes de acción propuestos para mejorar las no conformidades detectadas.

Para la ejecución de esta etapa se tomo como base el procedimiento de Auditorías Internas de calidad (Anexo 9) y la guía de revisión por la Dirección (Anexo 23), en el cual se describe paso a paso las actividades para la correcta realización de la evaluación del Sistema de Gestión de Calidad en J García Harker Centro Pediátrico Ltda.

8.1. AUDITORÍAS INTERNAS

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

8.1.1. Planificación de la auditoría. En primer lugar se estableció el programa para la realización de las auditorías (Anexo 24) en el que se planteo la realización de las mismas para los días 21, 22, 23 y 24 de Noviembre del 2012 y 9 de Enero del 2013.

Una vez realizada la planeación, los trabajadores y especialistas fueron informados sobre la ejecución de la misma una semana previa a la fecha. Se presento la planeación de la auditoría (Anexo 25) interna teniendo en cuenta el

objetivo, alcance, criterios, equipo auditor, procesos a auditar, métodos, procedimientos y el cronograma.

Para la auditoría de los días 21, 22, 23 y 24 de Noviembre se llevó a cabo por dos auditores internos , la Ingeniera Claudia Durán como auditor líder de la empresa de consultoría contratada por la empresa y la ingeniera Carolina Sierra como auditor observador.

La auditoría realizada el 9 de Enero del 2013 fue liderada por la Ingeniera Sandra patricia Vargas consultora externa contratada por la empresa.

Estas auditorías iniciaron con una reunión de apertura en la cual participaron los líderes de los procesos, exponiendo el Plan de Auditoría con la programación estipulada y la fecha y hora de la reunión de cierre.

El equipo auditor se encarga de recoger y alistar las evidencias relacionada con el proceso que les provee los líderes de cada proceso, ya sean visuales, verbales o documentadas, para dar soporte al cumplimiento de los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008.

El equipo auditor se apoya de una lista de verificación de requisitos, en esta lista quedan registradas las evidencias detectadas por los auditores para que en un informe de auditoría se puedan exponer los hallazgos encontrados al SGC.

Después de cada auditoría se expresaron las no conformidades encontradas en forma verbal y posteriormente en la reunión de cierre.

Cabe resaltar que en la apertura y cierre de las auditorías, se firmaron registros de actas de reunión (Anexo 26) evidenciando la realización de estas actividades.

En la reunión de cierre se felicitaron a los trabajadores por el sentido de pertenencia que demostraron a la organización ya que se evidenció la habilidad y disposición que tuvieron al momento de ser auditados y el compromiso de cada uno para que el proceso de auditoría culminara con buenos resultados.

La primera auditoría realizada tuvo como finalidad calificar el nivel de implementación y de compromiso por parte de la empresa ante el SGC logrado hasta el momento en todos los procesos, detectando no conformidades y

oportunidades de mejora. El objetivo de la segunda auditoría fue verificar el cumplimiento del plan de mejora propuesto después de la primera auditoría y las acciones tomadas para eliminar las no conformidades encontradas.

8.1.2. Análisis de Resultados de las Auditorías Internas. Después de realizada las auditorías, las auditoras de las empresa consultora presentaron informe de auditoría interna (Anexo 27), este informe fue entregado al Director Administrativo para ser revisado e iniciar con los planes de mejoramiento pertinentes. Este informe estaba conformado por:

- Fortalezas
- Oportunidades de mejora
- No conformidades

Finalmente se comunico el informe a los trabajadores de la Institución, exponiendo las fortalezas, oportunidades de mejora y las No conformidades detectadas en las auditorías para así poder realizar el respectivo plan de Mejoramiento.

8.1.3. Planes De Mejora. Para dar respuesta y solución a los hallazgos detectados durante las auditorías, se analizaron las no conformidades presentadas en los informes y se realizó un plan de mejora en el cual se indica el tratamiento realizado para eliminar las fallas del SGC.

En el plan se especifican las acciones correctivas que se tomaron frente a las no conformidades detectadas, el tiempo máximo para su ejecución y el responsable de llevar a cabo cada actividad definida. Esta información queda consignada en el registro de acciones correctivas y preventivas.

En la primera auditoría se detectaron 6 No conformidades y 50 aspectos por mejorar, entre estos la falta de conocimiento por parte del personal de los eventos adversos y Productos/servicios potenciales que se pueden presentar en cada proceso; además no se encontró evidencia de la selección y evaluación de algunos proveedores, y las pruebas de desempeño a los trabajadores de la

Institución. El plan de mejora elaborado para la primera auditoría se puede observar en el Anexo 28.

En la segunda Auditoría se evaluó el cumplimiento del plan de mejora planteado, en esta auditoría se detectaron cero (0) No Conformidades, evidenciando que el SGC del J García Harker Centro Pediátrico Ltda., es conforme con los criterios establecidos en la norma ISO 9001:2008.

8.2. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Se realizó una revisión por la dirección en donde el Director General de J García Harker Centro Pediátrico Ltda., junto con el Director Administrativo, los líderes de procesos y la autora del proyecto se reunieron con el fin de realizar una evaluación del SGC y el cumplimiento de los objetivos establecidos.

Los elementos de análisis y evaluación del S.G.C. incluyen:

- Los resultados de las auditorías internas realizadas
- La retroalimentación del cliente
- El desempeño de los procesos y conformidad de los servicios
- El estado de las acciones preventivas y correctivas
- Las acciones de seguimiento de las revisiones por la Dirección previas
- Análisis de los cambios que puedan afectar al S.G.C.
- Las recomendaciones para la mejora
- Revisión de la política y objetivos de la calidad

Esta revisión se realiza según lo estipulado en la Guía de revisión por la Dirección (Anexo 23).

La revisión por la Dirección realizada se puede consultar en el Anexo 29. Revisión por la Dirección.

9. MEJORA CONTINUA

La mejora continua del SGC debe ser un objetivo permanente de la institución, esta se puede conseguir minimizando los puntos críticos que puedan llevar a cometer errores, mejorando las capacidades del personal, midiendo la eficacia de los procesos, mejorando la comunicación o mejorando la tecnología de la Institución.

En J García Harker Centro Pediátrico Ltda., se diseñó una metodología para establecer una cultura organizacional basada en la mejora continua, la cual se apoya en un programa de sensibilización y motivación del personal; esta metodología pretendía lograr dentro del SGC una retroalimentación constante de cada proceso, establecer claridad en la responsabilidad de las actividades e involucrar a los trabajadores.

Después de definido y documentado el SGC, se iniciaron reuniones periódicas con cada uno de los trabajadores y especialistas de la institución, en las que se inculcaba la mejora como una actividad proactiva, es decir como una actividad que se mantendrá con el pasar del tiempo y no como un ajuste rápido frente a un problema.

Durante las reuniones, el personal expone su punto de vista frente a temas como el trabajo en equipo, servicio al cliente, calidad de los servicios, estandarización de los procesos, necesidad de capacitación, las problemáticas y fallas presentadas en la ejecución de las actividades propias de cada proceso; finalmente se establecen propuestas de mejora para cada uno de los procesos.

10. DIAGNÓSTICO FINAL DEL SGC

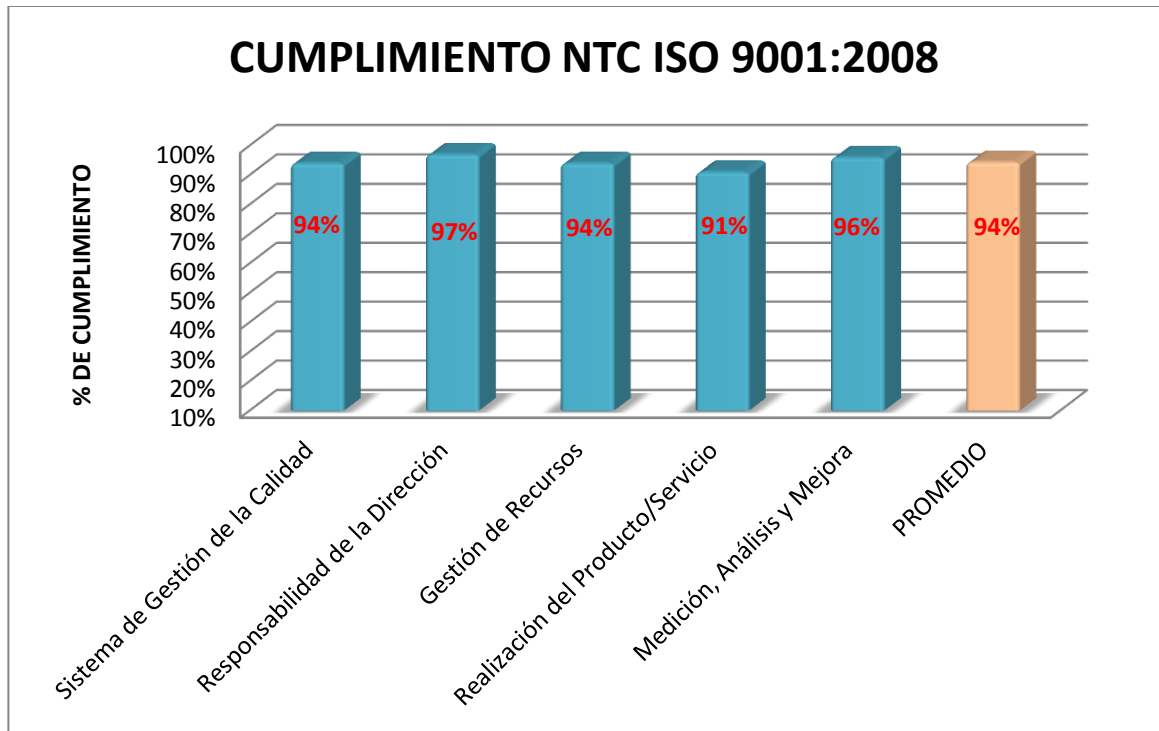
Al finalizar la evaluación del Sistema de Gestión de la Calidad, se realizó un diagnóstico final de cumplimiento de los requisitos de la NTC ISO 9001: 2008 el cual arrojó los siguientes resultados:

Tabla 9. Diagnóstico final de cumplimiento de la NTC ISO 9001:2008

NUMERAL	REQUISITO DE LA NTC ISO 9001:2008	% DE CUMPLIMIENTO
4.	Sistema de Gestión de la calidad	94%
5.	Responsabilidad de la Dirección	97%
6.	Gestión de los Recursos	94%
7.	Realización del Producto/Servicio	91%
8.	Medición, Análisis y Mejora	96%
PROMEDIO		94.4%

Fuente: Autora del Proyecto

Figura 12. Cumplimiento de los requisitos de la NTC ISO 9001:2008



Fuente: Autora del Proyecto

Se evidencia un avance significativo del Sistema de Gestión de la Calidad desde la realización del diagnóstico inicial hasta la realización de la revisión por la Dirección al Sistema, pues pasó de tener un 20% de cumplimiento, a un promedio del 94%. Es compromiso de la Institución mantener y mejorar continuamente el Sistema de Gestión de la Calidad para alcanzar la implementación y certificación del SGC

11. CONCLUSIONES

- La realización del diagnóstico inicial permitió evaluar el cumplimiento de los requisitos básicos de la NTC ISO 9001:2008 frente a la situación inicial de la institución, proporcionando una base para la construcción del Sistema de Gestión de Calidad en J García Harker Centro Pediátrico Ltda., ya que permitió observar las fortalezas, necesidades y puntos críticos que tenían que afrontarse con una mayor celeridad. El conocer el estado inicial de la institución permite proponerse estrategias y planificar cronogramas de actividades para la implementación del SGC.
- El compromiso por parte de la Dirección con el Sistema de Gestión de Calidad, es un fundamental para la consecución de los objetivos planteados y para el correcto desarrollo del proceso de implementación, ya que es de la Dirección de donde parte las directrices, las estrategias y los recursos para lograr la implementación eficaz del SGC.
- Para desarrollar una estructura documental apropiada a la Institucional es necesario determinar la interacción de los procesos de la organización, recopilando información de las actividades y el establecimiento de procesos claros en la institución.
- La estructuración del mapa de procesos es fundamental para la identificación de los procesos ya sean de Dirección, misionales o de apoyo de la institución, ya que permiten orientar las principales actividades de la empresa hacia la identificación de los requisitos y necesidades del cliente para transformarlos en servicios que generen satisfacción del mismo.

- El establecimiento de Indicadores de Gestión generó una herramienta de seguimiento efectiva de los procesos al momento de analizar el cumplimiento de los objetivos de calidad planteados, ya que permiten evaluar el nivel de eficiencia alcanzado en cada proceso respecto a las metas propuestas.
- Las jornadas de capacitación y sensibilización al personal de la institución permiten que este reconozca su papel fundamental ya que de ellos depende la eficacia del sistema de gestión de calidad, la satisfacción del cliente y el liderazgo de la institución en el sector al cual pertenece.
- Para la etapa de implementación del Sistema es importante contar con la disponibilidad de los funcionarios de la Institución ya que se hace necesario que estos se involucren en el proceso, adopten al sistema y lo hagan parte de sus actividades diarias; es por esta razón que es importante diseñar una estrategia de sensibilización y capacitación que facilite la implementación del SGC.
- La realización de evaluaciones al Sistema a través de medios como las auditorías y las revisiones por la Dirección permiten identificar el estado en que se encuentra la Institución, el grado de cumplimiento del SGC y los principales factores que afectan la consecución de objetivos. Es así como la evaluación es determinante para la toma de decisiones que aseguren el mejoramiento continuo de la Institución.

12. RECOMENDACIONES

- Se recomienda continuar con el proceso de implementación y mejora continua de los procesos para lograr la certificación del Sistema de Gestión de Calidad.
- Fortalecer el proceso de revisiones periódicas por parte de los líderes de procesos al Sistema de Gestión de Calidad para confirmar su eficaz funcionamiento y efectuar las mejoras necesarias en el transcurrir del tiempo.
- Debido a la continua rotación del personal se recomienda que exista una capacitación y socialización permanente de las actividades que se realizan en el Sistema de Gestión de Calidad con las inducciones.
- Desarrollar constantemente actividades de motivación para que el personal de la empresa participe activamente detectando las oportunidades de mejora, con el fin de tomar decisiones que permitan un mejoramiento continuo.
- Se recomienda realizar un estudio de capacidad instalada para identificar la cantidad de pacientes que pueden ser atendidos en un día, para evitar inconvenientes en la atención.

BIBLIOGRAFÍA

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

ICONTEC; COMPENDIO NORMAS FUNDAMENTALES SOBRE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y DOCUMENTOS DE ORIENTACIÓN PARA SU APLICACIÓN / NTC-ISO 9001:2008 /; Tercera Edición, 2010.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN - ICONTEC-. Sistemas de gestión de la calidad: fundamentos y vocabulario. NTC-ISO 9000. Bogotá, D.C.: ICONTEC, 2005.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN - ICONTEC-. Sistemas de gestión de la calidad: requisitos, Generalidades y aplicación. NTC-ISO 9001. Bogotá, D.C.: ICONTEC, 2008.

ICONTEC. Quiénes Somos (en línea). <<http://www.icontec.org.co/index.php?section=18>> (citado el 14 de junio de 2012).

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

ANEXOS

ANEXO 1. Diagnóstico inicial del SGC

NUM	REQUISITO	CRITERIOS DE EVALUACIÓN					OBSERVACIONES
		SID 1	DOC 2	DOA 3	PIM 4	PMC 5	
4.	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD						
4.1	REQUISITOS GENERALES	Puntaje Obtenido: 10					Puntaje Máximo: 50
	En el Centro Pediátrico J. García Harker (GAREY LTDA.) se establece, documenta y mantiene un sistema de gestión de calidad y mejora continuamente su eficacia de acuerdo con los requerimientos de la NTC ISO 9001:2008	X					
a)	En la empresa se determinan los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización,	X					
b)	La empresa determina la secuencia e interacción de estos procesos,	X					
c)	La empresa determina los criterios y los métodos necesarios para asegurar que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces,	X					
d)	La empresa asegura la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de los procesos,	X					
e)	La empresa realiza seguimiento, medición cuando aplique y el análisis de los procesos,	X					
f)	La empresa implementa las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de los procesos.	X					

	La empresa gestiona los procesos de acuerdo con los requisitos de la NTC ISO 9001:2008	X					
	La empresa controla los procesos contratados externamente.	X					
	La empresa identifica el tipo y grado de control de los procesos contratados externamente dentro del S.G.C.	X					
4.2	REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN						
4.2.1	Generalidades	Puntaje Obtenido: 5				Puntaje Máximo: 25	
a)	La empresa cuenta con una declaración documentada de una política de calidad y objetivos de calidad,	X					
b)	La empresa posee un manual de calidad,	X					
c)	La empresa tiene documentados los procedimientos y registros requeridos por la NTC ISO 9001:2008,	X					
d)	La empresa posee los documentos necesarios para asegurar la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.	X					
	La empresa diligencia los registros requeridos por la NTC ISO 9001:2008	X					Existen algunos registros para los procesos misionales, pero no son controlados.
4.2.2	Manual de calidad	Puntaje Obtenido: 1				Puntaje Máximo: 5	
	La empresa establece y mantiene un manual de calidad que incluye: el alcance del S.G.C., justificación de cualquier exclusión, procedimientos documentados establecidos para el S.G.C., ó referencia a los mismos y la descripción de la interacción entre los procesos del S.G.C.	X					
4.2.3	Control de los documentos	Puntaje Obtenido: 8				Puntaje Máximo: 40	

	La empresa controla los documentos requeridos por el S.G.C.	X					
a)	La empresa aprueba los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión,	X					
b)	La empresa revisa y actualiza los documentos cuando es necesario y los aprueba nuevamente,	X					
c)	La empresa se asegura de que sean identificados los cambios y el estado de revisión actual de los documentos,	X					
d)	La empresa se asegura de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentren disponibles en los puntos de uso,	X					
e)	La empresa se asegura de que los documentos permanezcan legibles y fácilmente identificables,	X					
f)	La empresa se asegura de que sean identificados los documentos de origen externo y se controla su distribución,	X					
g)	La empresa previene el uso no intencionado de documentos obsoletos, y les aplica una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón.	X					
4.2.4	Control de registros	Puntaje Obtenido: 3				Puntaje Máximo: 15	
	La empresa establece y mantiene registros para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos de la NTC ISO 9001:2008.	X					
	La empresa posee un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros.	X					

	Los registros existentes permanecen legibles, fácilmente identificables y recuperables.	X					
5.	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	SID 1	DOC 2	DOA 3	PIM 4	PMC 5	OBSERVACIONES
5.1	COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN	Puntaje Obtenido: 6					Puntaje Máximo: 30
	La alta dirección proporciona evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del S.G.C., así como son la mejora continua de su eficacia.	X					
a)	La alta dirección comunica a la empresa la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios,	X					
b)	La alta dirección establece la política de la calidad,	X					
c)	La alta dirección se asegura de que se establecen los objetivos de la calidad,	X					
d)	La alta dirección lleva acabo las revisiones del S.G.C.	X					
e)	La alta dirección se asegura de la disponibilidad de recursos.	x					La Dirección General se preocupa por identificar y gestionar los recursos que GAREY LTDA requiere para asegurar el cumplimiento de los requisitos de los clientes.
5.2	ENFOQUE AL CLIENTE	Puntaje Obtenido: 1					Puntaje Máximo: 5
	La empresa se asegura de que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente.	x					La Dirección General identifica y orienta los esfuerzos de la organización por satisfacer los requisitos de los clientes.
5.3	POLÍTICA DE LA CALIDAD	Puntaje Obtenido: 5					Puntaje Máximo: 25
a)	La política de calidad es adecuada al propósito de la organización,	X					

b)	La política de calidad incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del S.G.C.	X					
c)	La política de calidad proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad,	X					
d)	La política de calidad es comunicada y entendida dentro de la organización,	X					
e)	La política de calidad es revisada para su continua adecuación.	X					
5.4	PLANIFICACIÓN						
5.4.1	Objetivos de la calidad	Puntaje Obtenido: 2				Puntaje Máximo: 10	
	La alta dirección se asegura de que los objetivos de calidad, incluyendo aquellos necesarios para cumplir los requisitos para el servicio, se establecen en las funciones y los niveles pertinentes dentro de la empresa.	X					
	Los objetivos de calidad son medibles y coherentes con la política de calidad.	X					
5.4.2	Planificación del sistema de Gestión de Calidad	Puntaje Obtenido: 2				Puntaje Máximo: 15	
a)	La alta dirección se asegura de que la planificación del S.G.C., se realiza con el fin de cumplir con los requisitos citados en el apartado 4.1, así como los objetivos de calidad,	X					
b)	La alta dirección se asegura de que se mantiene la integridad del S.G.C., cuando se planifican e implementan cambios en éste.	X					
5.5	RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN						
5.5.1	Responsabilidad y autoridad	Puntaje Obtenido: 1				Puntaje Máximo: 5	
	La alta dirección se asegura de que las responsabilidades y autoridades del personal están definidas y son comunicadas dentro de la empresa.	X					
5.5.2	Representante de la dirección	Puntaje Obtenido: 4				Puntaje Máximo: 20	
	La alta dirección ha designado un miembro de la dirección (R.D.) para que actúe en representación del S.G.C.	X					

a)	El R.D., se asegura de que se establecen, implementan y mantengan los procesos necesarios para el S.G.C.	X					
b)	El R.D., informa a la alta dirección sobre el desempeño del S.G.C., y de cualquier necesidad de mejora.	X					
c)	El R.D., se asegura de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la empresa.	X					La Dirección General promueve en el personal la toma de conciencia sobre la importancia de cumplir los requisitos de los clientes.
5.5.3	Comunicación interna	Puntaje Obtenido: 1				Puntaje Máximo: 5	
	La alta dirección se asegura de que se establezcan los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y que ésta se efectúa considerando la eficacia del S.G.C.	X					
5.6	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN						
5.6.1	Generalidades	Puntaje Obtenido: 3				Puntaje Máximo: 15	
	La alta dirección revisa el S.G.C., de la empresa, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continua.	X					
	La alta dirección incluye en las revisiones la evaluación de oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el S.G.C., incluyendo la política de calidad y los objetivos de calidad.	X					
	Se mantienen registros de las revisiones por la dirección	X					
5.6.2	Información de entrada para la revisión	Puntaje Obtenido: 7				Puntaje Máximo: 35	
a)	La alta dirección revisa los resultados de las auditorías,	X					
b)	La alta dirección revisa las retroalimentaciones del cliente,	X					
c)	La alta dirección revisa el desempeño de los procesos y la conformidad del servicio,	X					
d)	La alta dirección revisa el estado de las acciones correctivas y preventivas	X					

e)	La alta dirección revisa las acciones de seguimiento de revisiones previstas,	X					
f)	La alta dirección revisa los cambios que podrían afectar al S.G.C.	X					
g)	La alta dirección revisa recomendaciones para la mejora	X					
5.6.3	Resultados de la revisión	Puntaje Obtenido: 3					Puntaje Máximo: 15
a)	La alta dirección toma decisiones y acciones para la mejora de la eficacia del S.G.C., y sus procesos,	X					
b)	La alta dirección toma decisiones y acciones para la mejora del servicio en relación con los requisitos del cliente,	X					
c)	La alta dirección toma decisiones y acciones para las necesidades de recursos.	X					
6.	GESTIÓN DE LOS RECURSOS	SID 1	DOC 2	DOA 3	PIM 4	PMC 5	OBSERVACIONES
6.1	PROVISIÓN DE RECURSOS	Puntaje Obtenido: 2					Puntaje Máximo: 10
a)	La empresa determina y proporciona los recursos necesarios para implementar y mantener el S.G.C., y mejorar continuamente su eficacia,	X					
b)	La empresa determina y proporciona los recursos necesarios para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.	X					
6.2	RECURSOS HUMANOS						
6.2.1	Generalidades	Puntaje Obtenido: 1					Puntaje Máximo: 5
	El personal que realiza trabajos que afecten la calidad del servicio son competentes con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas.	X					
6.2.2	Competencia, formación y toma de conciencia	Puntaje Obtenido: 5					Puntaje Máximo: 25
a)	La empresa determina la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afecten la conformidad con los requisitos del servicio,	X					

b)	La empresa proporciona formación o toma otras acciones para lograr la competencia necesaria,	X					
c)	La empresa evalúa la eficacia de las acciones tomadas,	X					
d)	La empresa se asegura de que su personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de calidad,	X					
e)	La empresa mantiene los registros apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia.	X					
6.3	INFRAESTRUCTURA	Puntaje Obtenido: 1					Puntaje Máximo: 5
	La empresa determina, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del servicio. La infraestructura incluye edificios, espacio de trabajo y servicios asociados, equipo para los procesos (tanto hardware como software) y servicios de apoyo (tales como transporte, comunicación o sistemas de información).	X					Se realizan mantenimientos preventivos y correctivos a algunos equipos, pero no existe un programa de mantenimiento definido.
6.4	AMBIENTE DE TRABAJO	Puntaje Obtenido: 1					Puntaje Máximo: 5
	La empresa determina y gestiona el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del servicio.	X					La Dirección General mantiene condiciones adecuadas de temperatura y limpieza que afectan la prestación del servicio.
7.	REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	SID 1	DOC 2	DOA 3	PIM 4	PMC 5	OBSERVACIONES
7.1	PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	Puntaje Obtenido: 6					Puntaje Máximo: 30
	La empresa planifica y desarrolla los procesos necesarios para la realización del servicio	X					
	La planificación para la prestación del servicio es coherente con los requisitos de los procesos del S.G.C.	X					

a)	En la planificación de la prestación del servicio, la empresa determina los objetivos de calidad y los requisitos para el servicio,	X					
b)	En la planificación de la prestación del servicio, la empresa determina la necesidad de establecer procesos, documentos y de proporcionar recursos específicos para el servicio,	X					La Dirección identifica y gestiona los recursos necesarios para asegurar la calidad en la prestación de los servicios.
c)	En la planificación de la prestación del servicio, la empresa determina las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, medición, inspección y ensayo/prueba específicas para el servicio así como los criterios para la aceptación del mismo.	X					
d)	En la planificación de la prestación del servicio, la empresa determina los registros que son necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de realización y prestación del servicio resultante cumplen los requisitos.	X					
7.2	PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE						
7.2.1	Determinación de los requisitos relacionados con el servicio	Puntaje Obtenido: 4				Puntaje Máximo: 20	
a)	La empresa determina los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma,	X					
b)	La empresa determina los requisitos no establecidos por el cliente pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto, cuando sea conocido,	X					
c)	La empresa determina los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el servicio,	X					
d)	La empresa determina cualquier requisito adicional que considere necesario.	X					
7.2.2	Revisión de los productos relacionados con el servicio	Puntaje Obtenido: 9				Puntaje Máximo: 35	

	Se revisan los requisitos relacionados con el servicio.	X					
a)	Se aseguran de la definición de los requisitos del servicio,			X			Existen convenios con clientes aseguradoras y prepagas en donde se pactan los requisitos establecidos por las partes para la prestación de los servicios.
b)	Se aseguran de que estén resueltas las diferencias existentes entre los requisitos del contrato ó pedido y los expresados previamente,	X					
c)	La empresa tiene la capacidad de cumplir con los requisitos definidos.	X					
	Se mantienen registros de los resultados de la revisión y de las acciones originadas por la misma (Ver 4.2.4).	X					
	Cuando el cliente no proporciona una declaración documentada de los requisitos, la organización confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación.	X					
	Cuando se cambien los requisitos del servicio, la organización se asegura de que la documentación pertinente es es modificada y de que el personal correspondiente es consciente de los requisitos modificados.	X					
7.2.3	Comunicación con el cliente	Puntaje Obtenido: 3				Puntaje Máximo: 15	
a)	La empresa determina e implementa disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a la información sobre el servicio,	X					
b)	La empresa determina e implementa disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a las consultas, contratos o atención de pedidos, incluyendo las modificaciones,	X					

c)	La empresa determina e implementa disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a la retroalimentación del cliente incluyendo sus quejas.	X					
7.3	DISEÑO Y DESARROLLO						
7.3.1	Planificación del diseño y desarrollo	Puntaje Obtenido: 0				Puntaje Máximo: 30	
	La empresa planifica y controle el diseño y desarrollo del servicio.						NA
a)	La empresa determina las etapas del diseño y desarrollo,						NA
b)	La empresa determina la revisión, verificación y validación, apropiadas para cada etapa del diseño y desarrollo,						NA
c)	La empresa determina las responsabilidades y autoridades para el diseño y desarrollo.						NA
	La empresa gestiona las interfaces entre los diferentes grupos involucrados en el diseño y desarrollo para asegurarse de una comunicación eficaz y una clara asignación de responsabilidades.						NA
	Los resultados de la planificación se actualizan, a medida que progresa el diseño y desarrollo.						NA
7.3.2	Elementos de entrada para el diseño y desarrollo	Puntaje Obtenido: 0				Puntaje Máximo: 15	
	Son determinados los elementos de entrada relacionados con los requisitos del servicio y mantienen registros. Estos elementos incluyen: requisitos funcionales y de desempeño, requisitos legales y reglamentarios aplicables, información proveniente de diseños previos similares y cualquier otro requisito esencial para el diseño y desarrollo.						NA
	Los elementos anteriores se revisan, para verificar su adecuación.						NA
	Los requisitos están completos, sin ambigüedades y no son contradictorios.						NA
7.3.3	Resultados del diseño y desarrollo	Puntaje Obtenido: 0				Puntaje Máximo: 25	

	Los resultados del diseño y desarrollo permiten la verificación respecto a los elementos de entrada para el diseño y desarrollo, y se aprueban antes de su liberación.						NA
a)	Los resultados del diseño cumplen los requisitos de los elementos de entrada para el diseño y desarrollo,						NA
b)	Los resultados del diseño proporcionan información apropiada para la compra, producción y prestación del servicio,						NA
c)	Los resultados del diseño contienen ó hacen referencia a los criterios de aceptación del servicio,						NA
d)	Los resultados del diseño especifican las características del servicio esenciales para el uso seguro y correcto.						NA
7.3.4	Revisión del diseño y desarrollo	Puntaje Obtenido: 0				Puntaje Máximo: 20	
	Se realizan revisiones sistemáticamente del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado.						NA
a)	Se evalúa la capacidad de los resultados de diseño y desarrollo para cumplir los requisitos,						NA
b)	Se identifica cualquier problema y se proponen las acciones necesarias.						NA
	Se mantienen registros de los resultados de la revisión y de las acciones originadas por la misma (Ver 4.2.4).						NA
7.3.5	Verificación del diseño y desarrollo	Puntaje Obtenido: 0				Puntaje Máximo: 10	
	Se realiza la verificación, de acuerdo con lo planificado para asegurarse de que los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de los elementos de entrada del diseño y desarrollo.						NA
	Se mantienen registros de los resultados de la verificación y de cualquier acción que sea necesaria.						NA
7.3.6	Validación del diseño y desarrollo	Puntaje Obtenido: 0				Puntaje Máximo: 15	

	Se realiza validación del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado, para asegurarse de que el servicio resultante es capaz de satisfacer los requisitos para su aplicación especificada ó uso previo.						NA
	La validación se complementa antes de la entrega ó implementación del servicio.						NA
	Se mantienen registros de los resultados de la validación y de cualquier acción que sea necesaria.						NA
7.3.7	Control de los cambios del diseño y desarrollo	Puntaje Obtenido: 0					Puntaje Máximo: 15
	Los cambios del diseño y desarrollo se identifican, revisan, verifican y validan según sea apropiado y se aprueban antes de su implementación.						NA
	La revisión de los cambios del diseño y desarrollo incluyen la evaluación del efecto de los cambios en las partes constitutivas y en el servicio ya prestado.						NA
	Se mantienen registros de los resultados de la revisión de los cambios y de cualquier acción que sea necesaria.						NA
7.4	Compras						
7.4.1	Proceso de compras	Puntaje Obtenido: 4					Puntaje Máximo: 20
	La empresa se asegura de que el producto adquirido cumple con los requisitos de compra especificados.	X					Se realizan algunas compras telefónicamente, sin soportes de ningún tipo que amparen la negociación con el proveedor.
	La empresa evalúa y selecciona los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con los requisitos de la organización.	X					
	Se establecen los criterios para la selección, evaluación y la reevaluación de los proveedores.	X					

	Se mantienen los registros de los resultados de las evaluaciones y de cualquier acción necesaria que se derive de las mismas.	X					
7.4.2	Información de las compras	Puntaje Obtenido: 5				Puntaje Máximo: 25	
	La información de las compras describe el producto a comprar.	X					
a)	La información de las compras describe los requisitos para la aprobación del producto, procedimientos, procesos y equipos.	X					
b)	La información de las compras incluye requisitos para la clasificación del personal.	X					
c)	La información de las compras incluye requisitos del sistema de gestión de calidad.	X					
	La empresa se asegura de la adecuación de los requisitos de compra especificados antes de comunicarse los al proveedor.	X					
7.4.3	Verificación de los productos comprados	Puntaje Obtenido: 2				Puntaje Máximo: 10	
	La empresa establece e implementa la inspección u otras actividades necesarias para asegurarse de que el producto comprado cumple con los requisitos de compra especificados.	X					Se revisan algunas características de los productos comprados pero no existen criterios estandarizados para realizar esta verificación.
	Si la empresa ó sus clientes desean llevar a cabo la verificación en las instalaciones del proveedor, la empresa establece en la información de compra las disposiciones para la verificación pretendida y el método para la liberación del producto.	X					No aplica este debe para GAREYLTDA., pues no se aplica esta práctica.
7.5	PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Puntaje Obtenido: 7				Puntaje Máximo: 40	
7.5.1	Control de la producción y de la prestación del servicio						
	La empresa planifica y lleva a cabo la producción y prestación del servicio bajo condiciones controladas.	X					
a)	La empresa dispone de información que describa las características del servicio,	X					
b)	La empresa dispone de instrucciones de trabajo,	X					

c)	La empresa usa el equipo apropiado,	X						
d)	La empresa dispone y usa equipos de seguimiento y medición,	X						
e)	Las condiciones controladas incluyen, si aplica, la implementación del seguimiento y de la medición,	X						
f)	La empresa implementa actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.	X						
7.5.2	Validación de los procesos de la producción y de la prestación de servicios	Puntaje Obtenido: 2					Puntaje Máximo: 10	
	Se validan aquellos procesos de producción y de prestación del servicio donde los productos resultantes no pueden verificarse mediante las actividades de seguimiento ó medición posteriores.	X					Se cuenta con personal competente (especialistas) y equipos de tecnología de punta, que aporta a la validación del servicio.	
	Se establecen disposiciones para los procesos de validación, incluyendo, cuando sea aplicable: los criterios definidos para la revisión y aprobación de los procesos, la aprobación de equipos y clasificación del personal, el uso de métodos y procedimientos específicos, los requisitos de los registros (ver 4.2.4) y la revalidación.	X						
7.5.3	Identificación y trazabilidad	Puntaje Obtenido: 3					Puntaje Máximo: 15	
	Se le identifican los servicios por medios adecuados, a través de toda la prestación del servicio.	X					Cada paciente cuenta con un código y este es mantenido en la historia clínica del paciente y en algunos registros.	
	La organización identifica el estado del servicio con respeto a los requisitos de seguimiento y medición.	X						
	Cuando la trazabilidad es un requisito, se controla y registra la identificación única del servicio.	X						
7.5.4	Propiedad del cliente	Puntaje Obtenido: 3					Puntaje Máximo: 15	

	La empresa cuida los bienes que son propiedad de los clientes, mientras estén bajo el control de la empresa ó estén siendo utilizados por la misma.	X						
	La empresa identifica, verifica, protege y salvaguarda los bienes que son propiedad del cliente suministrados para su utilización ó incorporación dentro del servicio.	X						
	La empresa registra y comunica al cliente, cualquier bien que se pierda, deteriore o que de algún otro modo se considere inadecuado para su uso.	X						
7.5.5	Preservación del servicio	Puntaje Obtenido: 1					Puntaje Máximo: 5	
	La empresa preserva la conformidad del servicio durante el proceso interno y la entrega al destino previsto. (Esta preservación incluye la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección).	X					Se cuenta con una farmacia de medicamentos y con neveras para almacenamiento de biológicos; los sitios destinados para preservar estos productos asegura su conformidad.	
7.6	Control de los equipos de seguimiento y de medición	Puntaje Obtenido: 10					Puntaje Máximo: 50	
	La empresa determina el seguimiento y la medición a realizar, y los equipos de medición y seguimiento necesarias para proporcionar la evidencia de la conformidad del servicio con los requisitos determinados.	X					Existen algunos equipos de medición calibrados, pero no existe un programa de calibración definido.	
	La organización establece procesos para asegurarse de que el seguimiento y medición pueden realizarse y se realizan de una manera coherente con los requisitos de seguimiento y medición.	X						

a)	Cuando es necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición se calibra y verifica a intervalos especificados o antes de su utilización, comparado con patrones de medición trazables a patrones de medición nacionales o internacionales. Cuando no existan tales patrones se registra la base utilizada para la calibración o verificación,	X						
b)	El equipo de medición se ajusta o reajusta según es necesario,	X						
c)	El equipo de medición se identifica para poder determinar el estado de calibración,	X						
d)	El equipo de medición se protege contra ajustes que pueden invalidar el resultado de la medición,	X						
e)	El equipo de medición se protege contra los daños y el deterioro durante la manipulación, el mantenimiento y el almacenamiento.	X						
	La empresa evalúa y registra la validez de los resultados de las mediciones anteriores cuando se detecta que el equipo no está conforme con los requisitos.	X						
	La empresa toma las acciones apropiadas sobre el equipo y sobre cualquier servicio afectado.	X						
	Se confirma la capacidad de los programas informáticos para satisfacer su aplicación prevista cuando éstos se utilicen en las actividades de seguimiento y medición de los requisitos especificados. Se llevo a cabo antes de iniciar su utilización y se confirma de nuevo cuando es necesario.	X						
8	MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	SID 1	DOC 2	DOA 3	PIM 4	PMC 5	OBSERVACIONES	
8.1	GENERALIDADES	Puntaje Obtenido: 1					Puntaje Máximo: 5	

	La empresa planifica e implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para demostrar la conformidad del servicio, asegurarse de la conformidad del S.G.C., y mejorar continuamente la eficacia del S.G.C. Esto comprende la determinación de los métodos aplicables, incluyendo las técnicas estadísticas y el alcance de su utilización.	X					
8.2	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN						
8.2.1	Satisfacción del cliente	Puntaje Obtenido: 2				Puntaje Máximo: 10	
	La empresa realiza el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización.	X					
	Se determinan los métodos para obtener y utilizar dicha información.	X					
8.2.2	Auditoría interna	Puntaje Obtenido: 8				Puntaje Máximo: 40	
	La empresa lleva a cabo a intervalos planificados auditorías internas para determinar si el S.G.C., es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la NTC ISO 9001:2008 y con los requisitos del S.G.C., establecidos.	X					
	La empresa lleva a cabo a intervalos planificados auditorías internas para determinar si el S.G.C., se ha implementado y se mantiene de manera eficaz.	X					
	Se planifica un programa de auditorías tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas a auditar, así como los resultados de auditorías previas.	X					
	Se definen los criterios de auditorías, el alcance de la misma, su frecuencia y metodología.	X					
	La selección de los auditores y la realización de las auditorías aseguran la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría.	X					

	Se define en un procedimiento documentado, las responsabilidades y requisitos para la planificación y la realización de auditorías, para informar los resultados y para mantener los registros. (ver 4.2.4)	X					
	La dirección responsable del área que está siendo auditada se asegura de que se toman acciones sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas.	X					
	Las actividades de seguimiento incluyen la verificación de las acciones tomadas y el informe de los resultados de la verificación. (Ver 8.5.2)	X					
8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos	Puntaje Obtenido: 3				Puntaje Máximo: 15	
	La empresa aplica métodos apropiadas para el seguimiento, y cuando aplica, la medición de los procesos del S.G.C.	X					
	Los métodos demuestran la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados.	X					
	Cuando no se alcanzan los resultados planificados, se llevan a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente, para asegurar la conformidad del servicio.	X					
8.2.4	Seguimiento y medición del servicio	Puntaje Obtenido: 4				Puntaje Máximo: 20	
	La empresa mide y hace seguimiento de las características del servicio para verificar que se cumplen los requisitos del mismo. Esto se realiza en las etapas apropiadas del proceso de realización del servicio de acuerdo con las disposiciones planificadas.	X					
	Se establecen registros que indiquen las personas que autorizan la liberación del servicio al cliente.	X					
	Los registros indican las personas que autorizan la liberación del servicio.	X					

	La liberación del servicio y la prestación del servicio se llevan a cabo hasta que se hayan completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas, (a menos que sean aprobados de otra manera por una autoridad pertinente y, cuando corresponda por el cliente).	X					
8.3	CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME	Puntaje Obtenido: 6					Puntaje Máximo: 30
	La empresa se asegura de que el servicio que no sea conforme con los requisitos, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencional.	X					
	Los controles, responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del servicio no conforme están definidos en un procedimiento documentado.	X					
	La empresa trata los servicios no conformes mediante una o más de las siguientes maneras: tomando acciones para eliminar la no conformidad detectada; autorizando su uso, liberación o aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente y cuando es aplicable, por el cliente; tomando acciones para impedir su uso o aplicación prevista originalmente.	X					
	Se mantienen registros de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluyendo las concesiones que se hayan obtenido.	X					
	Cuando se corrige un servicio no conforme, se somete a una nueva verificación para demostrar su conformidad con los requisitos.	X					
	Cuando se detecta un servicio no conforme después de la entrega o cuando ha comenzado su uso, la empresa toma las acciones apropiadas respecto a los efectos, reales o potenciales, de la no conformidad.	X					
8.4	ANÁLISIS DE DATOS	Puntaje Obtenido: 2					Puntaje Máximo: 10

	La empresa determina, recopila y analiza los datos apropiados para demostrar la idoneidad de la eficacia del S.G.C., y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del S.G.C. Esto incluye los datos generados del resultado del seguimiento y medición y de cualesquiera otras fuentes pertinentes.	X					
	El análisis de datos proporciona información sobre: la satisfacción del cliente, la conformidad con los requisitos del servicio, las características y tendencias de los procesos y de los servicios, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas y sobre los proveedores.	X					
8.5	MEJORA						
8.5.1	Mejora continua	Puntaje Obtenido: 1				Puntaje Máximo: 5	
	La empresa mejora continuamente la eficacia S.G.C mediante el uso de la política de calidad, los objetivos de calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.	X					
8.5.2	Acción correctiva	Puntaje Obtenido: 3				Puntaje Máximo: 15	
	La empresa toma acciones para eliminar la causa de no conformidades con objeto de prevenir que vuelva a ocurrir. Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.	X					
	Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.	X					

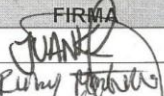
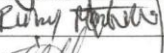

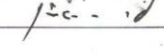
	Se ha establecido un procedimiento para definir los requisitos para: revisar las no conformidades (incluyendo las quejas de los clientes), determinar las causas de las no conformidades, evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir, determinar e implementar las acciones necesarias , registrar los resultados de las acciones tomadas y revisar la eficacia de las acciones correctivas tomadas	X					
8.5.3	Acción preventiva	Puntaje Obtenido: 3					Puntaje Máximo: 15
	La empresa determina acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia.	X					
	Las acciones preventivas son apropiadas a los efectos de los problemas potenciales	X					
	Se ha establecido un procedimiento documentado para definir los requisitos para: determinar las no conformidades potenciales y sus causas, evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades, determinar e implementar las acciones necesarias, registrar los resultados de las acciones tomadas y revisar la eficacia de las acciones preventivas tomadas.	X					
	TOTAL	SID	DOC	DOA	PIM	PMC	
		161	0	3	0	0	

ANEXO 2. Acta de nombramiento del representante ante la Dirección

	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO	GEQ-FO-01
		VERSIÓN	01

Fecha:	2 / 03 / 2012	Lugar:	Garey Ltda.
Tema:	Nombramiento del representante de la Dirección ante el S.G.C.		
Hora Inicio	8:00 a.m.	Hora Finalización	9:00 a.m.


ASISTENTES:

NOMBRE	ENTIDAD	CARGO	FIRMA
Juan Camilo Patiño Q.	Garey Ltda.	Dir. Administrativo	
Euby Mantilla G.	García Harker	Recepcionista	
Claudia Victoria Somo I.	García Harker	Superintendente	
Jorge Enrique García	García Harker	Dir. General	


TEMAS TRATADOS:

<p>Mediante esta acta se nombra y se presenta ante el personal de la empresa a Juan Camilo Patiño (Dir. Administrativo) como representante de la Dirección ante el S.G.C, asumiendo las siguientes responsabilidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asegurarse de que se establezcan, implementen y mantengan los procesos necesarios. 2. Informar sobre el desempeño del SGC y de cualquier necesidad de mejora. 3. Asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la Organización. <p>De igual forma el Director Administrativo tiene la responsabilidad de revisar el funcionamiento y adecuación del SGC, así como también velar por la asignación de recursos para su mantenimiento y mejora continua.</p>

ANEXO 3. Despliegue de la política y objetivos de la calidad

		ANEXO 1. DESPLIEGUE DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS DE LA CALIDAD					CÓDIGO	DIR-MA-01			
							VERSION	1			
					HOJA					1 de 1	
DIRECTRIZ DE CALIDAD	OBJETIVO DE CALIDAD	PROCESO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META	RESPONSABLE	FRECUENCIA	FUENTE DE INFORMACIÓN			
El Centro pediátrico J. García Harker se manifiesta mediante el firme compromiso con los clientes de satisfacer sus requerimientos y expectativas, fundamentados en la ética, igualdad y amabilidad.	Satisfacer los requerimientos y expectativas de los clientes con igualdad y amabilidad.	GEP, PRE, DIR, GEA	Satisfacción del cliente (Requerimientos y expectativas)	Ponderación de Encuestas de Satisfacción del Cliente	95%	Director Administrativo	Semestral	Informe de Satisfacción del Cliente			
		GEC	Satisfacción del cliente Institucional	Ponderación de Encuestas de Satisfacción del Cliente Institucional	85%	Director Administrativo	Anual	Encuesta cliente Institucional			
		GEC	Oportunidad en la atención de Quejas y Reclamos	(# de Quejas y Reclamos atendidos oportunamente / # total de Quejas y Reclamos presentadas)*100 Nota: La oportunidad en la respuesta es de 10 días hábiles	90%	Director Administrativo	Trimestral	Formato de Quejas y Reclamos			
con un alto desarrollo tecnológico... Y una infraestructura adecuada	Brindar al cliente un servicio con alto desarrollo tecnológico e infraestructura adecuada.	GEA, GEP, PRE	Cumplimiento programa de mantenimiento	(No. de mantenimientos ejecutados por equipo / No. de mantenimientos programados por equipo) X 100	90%	Director Administrativo	Semestral	Programa de Mantenimiento y Calibración, Hoja de Vida de Equipos			
		GEA, GEP, PRE	Cumplimiento programa de calibración	(No. de calibraciones ejecutadas por equipo / No. calibraciones programadas) X 100	90%	Director Administrativo	Anual				
		GEA	Efectividad del mantenimiento	(No mantenimientos preventivos / No total de mantenimientos) X 100	85%	Director Administrativo	Semestral				
		GEA	Satisfacción del cliente	Ponderación de Encuestas de Satisfacción del Cliente "Infraestructura.	90%	Director Administrativo	Semestral	Informe de Satisfacción del Cliente			
una cultura de calidad y mejoramiento continuo,	Fomentar y mantener una cultura de calidad y mejoramiento continuo.	GEA	Mejoramiento Continuo	(No de acciones correctivas y acciones preventivas cerradas / No de acciones correctivas + acciones preventivas por cerrarse) X 100	90%	Director Administrativo	Trimestral	Acción Correctiva y Acción Preventiva			
a través de un recurso humano competente	Mantener un recurso humano competente, fundamentado en la ética.	GEA	Cumplimiento programa de capacitación y/o entrenamiento	(No total de horas de capacitación y/o entrenamientos ejecutados /No. Total de horas de capacitaciones y/o entrenamientos programados) X 100	80%	Director Administrativo	Semestral	Programa de Cap. y/o Ent.Registro de Asistencia a Cap. y/o Ent.			
		GEA	Competencia del personal	(No. de Evaluados con calificación >= a 3.5/ No Total de evaluados) X 100	85%	Director Administrativo	Anual	Resultados evaluación de desempeño del personal			
que le permite mantener su liderazgo en el mercado	Mantener el liderazgo y diferenciación en el mercado	GEA	Satisfacción del cliente	Ponderación de Encuestas de Satisfacción del Cliente * Liderazgo	90%	Director Administrativo	Semestral	Informe de Satisfacción del Cliente			
Comprometidos en prestar servicios oportunos e integrales	Ofrecer servicios integrales y oportunos.	GEP	Oportunidad en la entrega de medicamentos	Ponderación de Encuestas de Satisfacción del Cliente	90%	Director Administrativo	Semestral	Informe de Satisfacción del Cliente			
		GEP	Cumplimiento en la entrega de medicamentos	Tiene como objetivo conocer el grado de cumplimiento en la cantidad entregada a los usuarios, es decir, que se entregue al usuario todos los medicamentos formulados por el médico tratante.	95%	Σ(Medicamentos solicitados por el paciente/medicamentos entregados) x100	mensual	Información de Ventas Farmacia			
		GEA, ACI, GEP, PRE	Oportunidad en la atención	Σ (No de pacientes con atención oportuna / No Total de pacientes atendidos) X100 *Oportuna: 60 Minutos	75%	Líder proceso de asignación de citas	mensual	Control de citas			
		ACI	Oportunidad en la asignación de citas en la consulta médica especializada de pediatría	Σ Total de días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica especializada de pediatría y la fecha para la cual es asignada la cita / No total de consultas medicas especializadas de pediatría asignadas en la institución.	Máximo 5 Días	Líder proceso de asignación de citas	Trimestral	Agenda de asignación de citas			

ANEXO 4. Guía para la elaboración de Documento

	GUÍA PARA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	CÓDIGO	GEQ-GU-01
		VERSIÓN	01
		HOJA	1 de 4

1. OBJETIVO

Definir los lineamientos o directrices para la elaboración y presentación de los documentos asociados al Sistema de Gestión de Calidad de J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA.

2. ALCANCE

Aplica a todos los documentos internos que se utilicen dentro del Sistema de Gestión de Calidad de J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA.

3. DEFINICIONES

Documento

Información y su medio de soporte, Ejemplo: Manual, Procedimiento, Protocolo, Guía y Registro. El medio de soporte puede ser: Papel, medio magnético.

Instructivo

Descripción escrita y detallada sobre como efectuar las actividades y procesos de manera coherente, llegando a un nivel de detalle amplio.

Requisito

Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

Registro

Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas. Ejemplo: Formatos diligenciados, Actas, Videos, Fotos, Informes, Contratos

Procedimiento

Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso. Permite documentar las actividades de un proceso.

Guía

Documento que proporciona recomendaciones y sugerencias para llevar a cabo una actividad.

Protocolo

Un protocolo o guía de practica clínica es un instrumento de diseño de la calidad de la atención que explicita las normas de actuación que ayudan a profesionales y usuarios a decidir la forma más efectiva, eficiente y satisfactoria posible, frente a problemas específicos de promoción, prevención y restauración de la salud, sirviendo además como guía para la evaluación de la calidad en los casos en que el protocolo sea aplicable.

Proceso

Conjunto de recursos y actividades interrelacionadas las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

Manual de la Calidad

Documento que describe y especifica el Sistema de Gestión de la Calidad de J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA.

Formato

Documento empleado para diligenciar la información necesaria para suministrar evidencia objetiva de las actividades efectuadas o de los resultados alcanzados

4. RESPONSABLES

Director Administrativo

5. GUÍAS GENERALES

Esta norma debe ser leída en su totalidad antes de ser aplicada para ser entendida.

La redacción de los documentos debe ser clara y precisa de tal manera que se facilite su comprensión y no de lugar a interpretaciones erróneas.

Todos los cargos de J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA., que elaboren documentos de cada proceso son responsables de aplicar este Guía.

5.1 Codificación

Los documentos del Sistema de Gestión de Calidad establecidos en J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA., se codifican de la siguiente forma:

XXX-YY-ZZ

XXX: Hace referencia al proceso que generó el documento. Los procesos establecidos en J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA., son los siguientes:

- **DIR:** Proceso Gestión de Dirección
- **GEC:** Proceso de Gestión Comercial
- **ACI:** Proceso de Gestión de Asignación de Citas
- **PRE:** Proceso de Gestión Pre consulta
- **GEP:** Proceso de Gestión prestación del Servicio
- **GEF:** Proceso de Gestión Financiera
- **GEA:** Proceso de Gestión Administrativa
- **GEQ:** Proceso de Gestión de Calidad

YY: Tipo de documento, definidos así:

- MA:** Manual
- PR:** Procedimiento
- IN:** Instructivo
- GU:** Guía
- PT:** Protocolo
- FO:** Formato

ZZ: Consecutivo dentro del proceso y según el tipo de documento.

A continuación se muestran algunos ejemplos:

DIR-PR-01: Hace referencia al procedimiento 1 del proceso de dirección.

GEP-IN-02: Hace referencia al instructivo 2 del proceso de prestación del Servicio

5.2 Identificación

Los documentos del SGC de J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA., se presentan bajo el siguiente esquema:

- Encabezado: Debe presentarse en todas las hojas del documento

	NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	
		VERSIÓN	
		HOJA	

	GUÍA PARA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	CÓDIGO	GEQ-GU-01
		VERSIÓN	01
		HOJA	3 de 4

- Se ubica en la última hoja del documento.

Revisado por Cargo: Fecha :	Aprobado por Cargo: Fecha :
--	--

- Todos los documentos del SGC de J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA., deben presentarse en un tipo de letra legible y el tamaño según la necesidad del documento.
- El tipo de letra usado para la generación y modificación de documentos de J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA., será únicamente Arial y su tamaño será definido a la necesidad del tipo de documento.
- Los registros son un tipo especial de documentos y se identifican mínimo con el nombre o título. Sin embargo se pueden presentar incluyendo adicionalmente el código y la versión. Se recomienda utilizar el siguiente encabezado.

	NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	
		VERSIÓN	

6. DESARROLLO

6.1 Estructura de los Procedimientos, Instructivos, Guías, Manuales y Protocolos.

Estos documentos del Sistema de Gestión de Calidad deben hacerse por proceso(s) y cumplir con la siguiente estructura:

- **Objetivo**

Describir el resultado esperado o propósito final del conjunto de actividades mencionadas en el documento. Responde que se pretende (QUE?) y lo que se quiere alcanzar con la aplicación del documento (PARA QUE?)

- **Alcance**

Indicar el cubrimiento o limitación de la aplicación de las actividades.

- **Definiciones**

Describe el significado de los términos de carácter técnico y/o no comunes que se empleen en la redacción del documento y que no sean de amplio conocimiento o que su interpretación pueda generar confusión (opcional).

- **Responsables**

Escribir el nombre y cargo del responsable de desarrollar la actividad o proceso.


- **Guías Generales**

Describir las acciones de aplicación amplia, de carácter general y las actividades críticas. Así mismo describir las actividades previas y/o posteriores que por su importancia es necesario resaltar. (Opcional).

- **Desarrollo:**

PROCEDIMIENTO

Describir las actividades en forma secuencial de acuerdo al proceso, preferiblemente utilizando verbos en infinitivo. (Eje: Describir, Proponer, etc.)

	GUÍA PARA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	CÓDIGO	GEQ-GU-01
		VERSIÓN	01
		HOJA	4 de 4

El esquema a seguir es el siguiente:

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO

MANUALES, PROTOCOLO, INSTRUCTIVO Y GUÍA

- Para los manuales se puede incluir una tabla de contenido, con el fin de facilitar el manejo del contenido de los mismos.
- El cuerpo de los manuales, protocolos, instructivos y guías se presenta por medio de gráficos, tablas y textos, según la necesidad. De igual forma se puede referenciar documentos relacionados con su aplicación (Procedimientos, guías, Instructivos, entre otros).
- Relacionar los cargos responsables de aplicar los Manuales, Instructivos, Guías y Protocolos. De igual forma relacionar los formatos a diligenciar.


6.2 Estructura de los manuales

Los manuales generados en el SGC establecido por J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA., como por ejemplo el manual de calidad y el manual de Vacunación tendrán un contenido diferente al de los procedimientos y este será según las necesidades de la organización.

7. CONTROL DE CAMBIOS

Se debe relacionar en su última hoja el Control de Cambios que ha sufrido el documento (Manual, Procedimiento, Guía, Protocolo, Instructivo y Plan), referencia el número de versión, la fecha de aprobación y la descripción del cambio realizado.

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	09 de marzo del 2012	Creación del documento


Revisado por Cargo: Director Administrativo Fecha : 09 de marzo del 2012	Aprobado por  Cargo: Director Administrativo Fecha : 09 de marzo del 2012
---	---

ANEXO 5. Caracterización de los Procesos

	CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN	CÓDIGO	DIR-MA-01
		VERSIÓN	01
		HOJA	1 de 30

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	
OBJETIVOS	Planear la ejecución de actividades y recursos para la prestación de un servicio de salud competitivo de acuerdo a la normatividad vigente, necesidades de clientes y de la organización. Evaluar la eficacia del sistema de gestión de calidad para lograr los objetivos especificados en la organización.
LIDER RESPONSABLE	Director General
PARTICIPANTES	Comité de calidad Director Administrativo Director financiero

PROVEEDORES	ENTRADAS	ETAPA	ACTIVIDAD	SALIDAS	CLIENTES
<ul style="list-style-type: none"> - Todos los procesos - Instituciones del sector - Entes de control: Ministerio de protección social, SUPERSALUD, DIAN. 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidades e información de los procesos. - Información de otras instituciones del sector. - Información de la gestión del año anterior (actividades realizadas, indicadores de gestión e Información financiera) - Informe de necesidades del cliente - Normatividad vigente 	P	Programar actividades en cada área de servicios.	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidades de compras y suministros - Necesidades de recursos: Humanos y Financieros. - Lineamientos para el Programa de capacitación y/o entrenamiento. - Directrices para el Programa de auditorías internas de calidad. - Lineamientos para el Programa de mantenimiento y calibración. 	Todos los procesos
<ul style="list-style-type: none"> - Clientes Proceso de Calidad - Instituciones del sector - Entes de control: Ministerio de protección social, SUPERSALUD, DIAN. 	<ul style="list-style-type: none"> - Información de los clientes - Información de otras instituciones del sector. - Análisis de resultados de satisfacción del cliente - Información sobre avances tecnológicos - Normatividad vigente. 	P	Identificar las necesidades y requisitos de los clientes.	<ul style="list-style-type: none"> - Lineamientos o ideas para mejorar los procesos y servicios. 	

	CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN	CÓDIGO	DIR-MA-01
		VERSIÓN	01
		HOJA	2 de 30

<ul style="list-style-type: none"> - Clientes internos y Externos - Entes de control - ICONTEC 	<ul style="list-style-type: none"> - Requisitos del cliente - Normatividad - Requisitos de la Norma ISO 9001 - Objetivos de la organización 	P	Planificar actividades del SGC	<ul style="list-style-type: none"> - Definir el mapa de procesos - Política y objetivos de calidad - Alcance del SGC - Misión, visión, valores y principios - Planificación de cambios al SGC 	Gestión de Calidad Todos los procesos
Clientes Externo Gestión Administrativa Gestión de Calidad	Resultados encuesta satisfacción del cliente. Información de las PQRS.	H	Análisis de la evaluación satisfacción al cliente externo. Análisis de los resultados de la satisfacción de los clientes y de las quejas y reclamos.	Mejoras a los procesos y servicio	Clientes Externo Todos los procesos.
Todos los procesos	<ul style="list-style-type: none"> - Resultados de Auditorías - Resultados de la Medición de la Satisfacción del Cliente - PQRS. - Resultados de Indicadores de Gestión - No Conformidades - Estado de las Acciones Correctivas y Preventivas - Acciones de Seguimiento de Revisiones por la Dirección anteriores. - Cambios que podrían afectar el S.G.C. - Política y Objetivos de la Calidad - Recomendaciones para la Mejora de los Procesos 	H	Realizar la revisión por la dirección del Sistema de Gestión de Calidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Mejoramiento para el S.G.C. y sus procesos, producto/servicio. - Necesidades de Recursos. - Acta que contiene la información de la revisión por la Dirección. 	Todos los procesos
Todos los procesos	<ul style="list-style-type: none"> - Informe de actividades de los procesos - Resultado de indicadores 	V	Realizar reuniones para seguimiento a las actividades de los procesos.	- Actas de reunión	Todos los procesos

	CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN	CÓDIGO	DIR-MA-01
		VERSIÓN	01
		HOJA	3 de 30

VERIFICAR Y ACTUAR DEL PROCESO			
<ul style="list-style-type: none"> Información sobre el desempeño del proceso (registros). 	V	<ul style="list-style-type: none"> Medir el desempeño del proceso a través de actividades de seguimiento y medición. 	<ul style="list-style-type: none"> Acciones correctivas Acciones preventivas Resultados de indicadores (presentación de indicadores) Acta comité de calidad
<ul style="list-style-type: none"> No conformidad del proceso Informe de auditoría interna y externa 	A	<ul style="list-style-type: none"> Mejorar continuamente el proceso mediante la aplicación de acciones correctivas, preventivas y de mejora. 	<ul style="list-style-type: none"> Mejora al proceso a través de acciones correctivas, preventivas y de mejora.


SEGUIMIENTO	MEDICIÓN	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> Auditoría interna de calidad Auditorías externas Revisión por la dirección Comité de Calidad Reunión de seguimiento a las actividades de los procesos, análisis de resultados de la satisfacción del cliente, entre otros. 	VER Anexo del Manual de calidad - Despliegue Político y Objetivos de la calidad.	<ul style="list-style-type: none"> Hardware Software Recurso financiero Medios de comunicación Servicios de Especialistas

REQUISITOS (CLIENTE, LEY, ORGANIZACIÓN, NTC ISO 9001-2008)		DOCUMENTOS Y REGISTROS APLICABLES
<p>CLIENTE:</p> <ol style="list-style-type: none"> Suministrar información clara y oportuna Facilitar la comunicación entre los procesos Suministrar los recursos requeridos para la gestión de los procesos. Ofrecer servicios integrales Brindar al cliente un servicio con alto desarrollo tecnológico e infraestructura adecuada Brindar atención con recurso humano competente Cumplir con la normatividad 	<p>ORGANIZACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> Código de Ética Código de Buen Gobierno Reglamento Interno del trabajo <p>NTC ISO 9001:2008</p> <p>VER Manual de Calidad "Relación de procesos con requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2008"</p> <p>LEY:</p> <p>VER Listado maestro de documentos externos</p>	<p>VER Listado maestro de documentos internos.</p> <p>Actas de Reunión (Comité de Calidad y de Revisión por la Dirección).</p>

	CARACTERIZACION GESTIÓN COMERCIAL	CÓDIGO	DIR-MA-01
		VERSIÓN	1
		HOJA	4 de 30

DESCRIPCION DEL PROCESO	
OBJETIVOS	Planear y ejecutar las actividades de mercadeo y venta de los servicios de salud en pediatría ofrecidos por J GARCIA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA., con el fin de asegurar el cumplimiento de los requisitos del cliente.
LIDER RESPONSABLE	Director Administrativo
PARTICIPANTES	Director General, Auxiliar de Enfermería.

PROVEEDORES	ENTRADAS	ETAPA	ACTIVIDAD	SALIDAS	CLIENTES
Clientes Mercado Entes de control Gestión de Dirección	- Información de los clientes - Análisis de resultados de satisfacción del cliente - Información sobre avances tecnológicos - Normatividad	P	Identificar las necesidades y requisitos de los clientes.	- Directrices o lineamientos - Análisis de factibilidad de servicios - Propuestas acorde a las necesidades de sus clientes - Necesidad de recursos, en caso necesario	Cliente Externo (Medicina Prepagada y Aseguradoras, Particulares) Gestión Administrativa
Gestión de Dirección Gestión Asignación de Citas Gestión Financiera Proveedor Publicidad	Portafolio de los servicios prestados. Lineamientos de la Dirección Estadísticas de los servicios prestados. Costo de los servicios prestados. Base de datos de clientes actualizada Publicidad	P	Analizar y estudiar la demanda y oferta de los servicios Definir la estrategia comercial o de mercadeo. Elaborar el plan comercial Definir actividades de post-venta	Estrategia de Mercadeo Plan Comercial: <ul style="list-style-type: none"> Plan de abordaje Web, Llamadas, visitas, correos, boletines Plan de Promoción y publicidad. Actualizaciones de portafolio, en caso necesario. <ul style="list-style-type: none"> Acciones de post-venta 	Todos los Procesos

	CARACTERIZACION GESTIÓN COMERCIAL			CÓDIGO	DIR-MA-01
				VERSIÓN	1
				HOJA	5 de 30
		H	Ejecutar el plan comercial: <ul style="list-style-type: none"> Plan de abordaje Web, Llamadas, visitas, correos, boletines Plan de Promoción y publicidad. 	Clientes Potenciales Fidelización de clientes	Gestión de Dirección Todos los procesos
Gestión prestación del servicio. Gestión pre consulta Cliente Todos los Procesos	Base de datos de pacientes y de médicos especialistas. Información sobre paciente hospitalizado Información sobre controles y vacunas del paciente. Información del cliente (personal, Buzón de Sugerencias, e-mail, telefónica, entre otros).	H	Ejecución acciones del Servicio postventa: Evaluación de la satisfacción del cliente y análisis de resultados Gestión de PQRS (peticiones, quejas, reclamos, sugerencias)	Fidelización del cliente Programación de controles y vacunas (software) Encuesta de satisfacción diligenciadas Informe Resultados de Satisfacción del Cliente PQRS solucionada eficazmente. Acta de Reunión	Cliente Todos los procesos
Clientes Gestión de la Dirección Entes externos	Directrices para elaborar las propuestas Análisis de factibilidad Portafolio de servicios Normatividad	H	Elaborar y presentar propuestas a los clientes (aseguradoras y medicina prepagada.)	Propuesta	Gestión dirección Todos los procesos Cliente
Clientes	Propuesta aprobada por el cliente	H	Elaborar y/o aprobar un convenio Legalizar el convenio	Convenio aprobado Póliza. Anexar la oferta que incluye las tarifas o definir estas en un aparte del convenio Aprobación y legalización del convenio y en caso de ser requerido, el acta de inicio.	Clientes Todos los procesos

	CARACTERIZACION GESTIÓN COMERCIAL	CÓDIGO	DIR-MA-01
		VERSIÓN	1
		HOJA	6 de 30


Cientes	Convenio legalizado y aprobado	H	Revisar y aprobar modificaciones a los convenios	Otro si aprobado Pólizas	Todos los procesos Clientes
Cientes	Información sobre propuestas entregadas	V	Hacer seguimiento a las propuestas presentadas	Información sobre la aceptación o rechazo de propuestas	Clientes Gestión de dirección
Cientes	Información y resultados de la aplicación del Plan Comercial	V	Seguimiento al plan comercial	Evidencias del seguimiento del plan comercial Mayor captación de clientes Fidelización de los clientes antiguos	Gestión de Dirección

VERIFICAR Y ACTUAR DEL PROCESO		
<ul style="list-style-type: none"> Información sobre el desempeño del proceso (registros). 	V	Medir el desempeño del proceso a través de actividades de seguimiento y medición. <ul style="list-style-type: none"> Acciones correctivas Acciones preventivas Resultados de indicadores (presentación de indicadores) Acta comité de calidad
<ul style="list-style-type: none"> No conformidad del proceso Informe de auditoría interna y externa 	A	Mejorar continuamente el proceso mediante la aplicación de acciones correctivas, preventivas y de mejora. <ul style="list-style-type: none"> Mejora al proceso a través de acciones correctivas, preventivas y de mejora.

SEGUIMIENTO	MEDICIÓN	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> Auditoría interna de calidad Auditorías externas Revisión por la dirección Comité de Calidad Plan Comercial. Análisis de efectividad de acciones de Post-venta Análisis de resultados de la satisfacción del cliente 	VER Anexo del Manual de calidad - Despliegue Política y Objetivos de la calidad.	<ul style="list-style-type: none"> Hardware Software Recurso financiero Publicidad Medios de comunicación (página web, correo, teléfono, fax) Instalaciones Post venta


	CARACTERIZACION GESTIÓN COMERCIAL	CÓDIGO	DIR-MA-01
		VERSIÓN	1
		HOJA	7 de 30

REQUISITOS (CLIENTE, LEY, ORGANIZACIÓN, NTC ISO 9001-2008)		DOCUMENTOS APLICABLES
<p><u>CLIENTE (usuarios y particulares):</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suministrar información clara y Oportuna 2. Brindar oportunidad en la atención 3. Facilitar la comunicación 4. Brindar buena atención 5. Ser atendidos por personal 6. competente y ético 7. Dedicar el tiempo necesario y requerido 8. Ofrecer Infraestructura adecuada 9. Suministrar confiabilidad, Confidencialidad y privacidad 10. Brindar atención oportuna de PQRS 11. Cumplir con la normatividad 12. Disponer de tecnología <p><u>CLIENTE INSTITUCIONAL:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entregar la documentación necesaria para la legalización de los convenios. 2. Suministrar oportunamente y de manera clara información para la prestación del servicio o el convenio. 3. Prestar los servicios objeto del convenio 4. Atender solo a los usuarios que sean autorizados por el cliente institucional a hacer uso del servicio 5. Facilitar la tramitología para la formalización del convenio y prestación del servicio y desarrollar los procesos de prestación de servicio de manera estandarizada. 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Facturar oportunamente los servicios, según las tarifas pactadas <p><u>ORGANIZACIÓN:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Código de Ética - Código de Buen Gobierno - Reglamento Interno del trabajo <p><u>NTC ISO 9001:2008</u></p> <p>VER Manual de Calidad "Relación de procesos con requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2008"</p> <p><u>LEY:</u></p> <p>VER Listado maestro de documentos externos</p>	<p>VER Listado maestro de documentos internos.</p> <p>VER listado maestro de registros</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Convenios ▪ propuestas enviadas ▪ Correspondencia enviada y recibida

	CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DE ASIGNACIÓN DE CITAS	CÓDIGO	DIR-MA-01
		VERSIÓN	1
		HOJA	8 de 30


DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	
OBJETIVO	Programar la agenda de citas y atender oportunamente a los pacientes, con el fin de cumplir los requerimientos pactados con el cliente.
LIDER RESPONSABLE	Host
PARTICIPANTES	Recepcionista

PROVEEDORES	ENTRADAS	ETAPA	ACTIVIDAD	SALIDAS	CLIENTES
Gestión de prestación del servicio	Información de disponibilidad de cada especialista Agenda de cada especialista	P	Planear horarios con especialistas	Horarios disponibles para asignación de citas de cada especialista	Todos los procesos.
Clientes Gestión de prestación del servicio	Información del cliente (nombre del paciente, teléfono, entidad, tipo de consulta, motivo de consulta, especialista) Disponibilidad de horarios de agenda	H	Asignar citas a los pacientes	Cita asignada Programación de la agenda por especialista	Todos los procesos Clientes
Cliente Gestión de prestación del servicio	Información cliente (camé, hora cita, nombre del paciente) Dinero en efectivo Bonos Disponibilidad de consultorios	H	Identificar al paciente para posteriormente ser atendido Revisar y aprobar pagos, vigencia y status de la afiliación con la entidad. Recibir pagos de los clientes (motivo de la consulta, vacunas, exámenes, terapias) Revisar y asignar el consultorio al paciente	Paciente identificado y autorizado Información del status de la afiliación con la entidad. Factura por la prestación del servicio. No. de consultorio asignado	Cliente Gestión Financiera Gestión de pre-consulta.

	CARACTERIZACION GESTIÓN DE ASIGNACIÓN DE CITAS	CÓDIGO	DIR-MA-01
		VERSIÓN	1
		HOJA	9 de 30

Cliente Gestión de prestación del servicio	Disponibilidad del paciente. Agenda especialistas	H	Identificar horarios disponibles. Asignar cita de control al paciente	Cita control asignada Horarios disponibles para la asignación de controles	Cliente Todos los procesos
Laboratorios externos y clínicas	Información de laboratorios (dirección, teléfonos, precios y tipos de exámenes)	H	Presentar propuestas de lugares donde tomarse exámenes de laboratorio o exámenes especializados. (en caso requerido)	Información al cliente sobre donde realizar sus exámenes	Cliente
Cliente	Agenda con citas asignadas Informe hora citado-hora atendido	V	Evaluar la oportunidad en la asignación de citas Hacer seguimiento al cumplimiento de los controles por parte del paciente	Información de atención oportuna de citas y Asistencia del paciente	Gestión de Calidad

VERIFICAR Y ACTUAR DEL PROCESO		
Información sobre el desempeño del proceso (registros). No conformidad del proceso Informe de auditoría interna y externa PQRS Satisfacción del usuario Servicios No Conforme presentados	V	Medir el desempeño del proceso a través de actividades de seguimiento y medición. Acciones correctivas Acciones preventivas Resultados de indicadores (presentación de indicadores) Acta comité de calidad
	A	Mejorar continuamente el proceso mediante la aplicación de acciones correctivas, preventivas y de mejora. Mejora al proceso a través de acciones correctivas, preventivas y de mejora.

	CARACTERIZACION GESTIÓN DE ASIGNACIÓN DE CITAS	CÓDIGO	DIR-MA-01
		VERSIÓN	1
		HOJA	10 de 30


SEGUIMIENTO	MEDICION	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de información de entrada en la Revisión por la Dirección • Análisis de resultados de indicadores y de satisfacción del cliente en el Comité de Calidad. • Resultados de auditorías internas y externas • Estado de las acciones correctivas y preventivas • Análisis del cumplimiento en la programación de citas 	<p>VER Anexo del Manual de calidad - Despliegue Política y Objetivos de la calidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Computador: Software y Hardware, - Medios de comunicación (Teléfono, Internet, Correo electrónico, fax.) - Papelería - instalaciones

REQUISITOS (CLIENTE, LEY, ORGANIZACIÓN, NTC ISO 9001-2008)	DOCUMENTOS Y REGISTROS APLICABLES
<p>CLIENTE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Oportunidad en el cumplimiento de la cita 2.Facilitar la comunicación 3.Brindar buena atención 4.Ser atendidos por personal competente y ético 5.Disponibilidad en citas <p>Cliente interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oportunidad de la información. - Veracidad de la información. - Paciente autorizado por la entidad cuando es prepagada 	<p>ORGANIZACIÓN:</p> <p>Código de ética Código de buen gobierno Reglamento Interno de trabajo</p> <p>NTC ISO 9001:2008</p> <p>VER Manual de Calidad "Relación de procesos con requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2008"</p> <p>LEY:</p> <p>Ver Listado maestro de documentos externos</p>

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

OBJETIVO	Realizar la valoración inicial de los usuarios registrando toda información relacionada a sus antecedentes, padecimiento actual y tratamientos recibidos, con el fin de garantizar una atención oportuna.
LIDER RESPONSABLE	Enfermera Pre-Consulta
PARTICIPANTES	Enfermera Pre-Consulta, Enfermera de apoyo diagnóstico y terapéutico

PROVEEDORES	ENTRADAS	ETAPA	ACTIVIDAD	SALIDAS	CLIENTES
Gestión Administrativa	Equipos e instalaciones	P	<ul style="list-style-type: none"> Alistamiento de equipos e instalación 	Equipos e instalaciones en óptimas condiciones	Cliente
Cliente	Información del paciente (tabla de percentiles o curva de crecimiento, carné de vacunas, motivo de la visita entre otros)	H	<ul style="list-style-type: none"> Crear historia médica y/o motivo de la consulta Confirmación y actualización de datos 	<p>Historia clínica creada y/o actualizada.</p> <p>Carpeta del paciente entregada y/o actualizada.</p>	<p>Gestión de prestación del servicio</p> <p>Cliente</p>
	Paciente Carné de vacunación del paciente	H	<ul style="list-style-type: none"> Realización de exámenes básicos y registro de datos Monitorear cumplimiento de vacunas. Correlación de datos actuales del paciente vs desarrollo normal del paciente 	<p>Recomendaciones de alimentación y desarrollo del paciente.</p> <p>Información de exámenes básicos</p> <p>Consulta o control diligenciado</p> <p>Información sobre vacunas pendientes o próximas dosis</p>	
		H	<ul style="list-style-type: none"> Realizar agudeza visual a mayores de 4 años y cada 6 meses 	Información de la agudeza visual del paciente	
		H	<ul style="list-style-type: none"> Asesorar paciente adolescente en cuidado sexual (autorización padres) 	Paciente asesorado	

	CARACTERIZACIÓN GESTIÓN DE PRE-CONSULTA	CÓDIGO	DIR-MA-01
		VERSIÓN	01
		HOJA	12 de 30

VERIFICAR Y ACTUAR DEL PROCESO		
Información sobre el desempeño del proceso (registros). No conformidad del proceso Informe de auditoría interna y externa PQRS Satisfacción del usuario Servicios No Conforme presentados	V	Medir el desempeño del proceso a través de actividades de seguimiento y medición. Acciones correctivas Acciones preventivas Resultados de indicadores (presentación de indicadores) Acta comité de calidad
	A	Mejorar continuamente el proceso mediante la aplicación de acciones correctivas, preventivas y de mejora. Mejora al proceso a través de acciones correctivas, preventivas y de mejora.


SEGUIMIENTO	MEDICIÓN	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> Análisis de información de entrada en la Revisión por la Dirección Análisis de resultados de indicadores y de satisfacción del cliente en el Comité de Calidad. Resultados de auditorías internas y externas Estado de las acciones correctivas y preventivas Análisis del cumplimiento en la programación de citas 	VER Anexo del Manual de calidad - Despliegue Política y Objetivos de la calidad.	<ul style="list-style-type: none"> -Computador: Software y Hardware, - Medios de comunicación (Teléfono, Internet, Correo electrónico, fax.) - Papelería - instalaciones - Instrumentos de medición medica

REQUISITOS (CLIENTE, LEY, ORGANIZACIÓN, NTC ISO 9001-2008)	DOCUMENTOS Y REGISTROS APLICABLES
<p>CLIENTE:</p> <ol style="list-style-type: none"> Oportunidad en el cumplimiento de la cita. Facilitar la comunicación Brindar buena atención Ser atendidos por personal competente y ético <p>Cliente interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oportunidad de la información. - Veracidad de la información. - Paciente autorizado por la entidad cuando es prepagada 	<p>ORGANIZACIÓN:</p> <p>Código de ética Código de buen gobierno Reglamento Interno de trabajo</p> <p>NTC ISO 9001:2008</p> <p>VER Manual de Calidad "Relación de procesos con requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2008"</p> <p>LEY:</p> <p>Ver Listado maestro de documentos externos</p>

	CARACTERIZACION GESTIÓN PRESTACION DEL SERVICIO	CÓDIGO	DIR-MA-01
		VERSIÓN	01
		HOJA	13 de 30

DESCRIPCION DEL PROCESO	
OBJETIVO	Prestar un servicio integral de pediatría de manera oportuna y efectiva que cumpla con las expectativas del usuario y requisitos legales reglamentarios, con el fin de mantener y satisfacer la calidad de vida de nuestros pacientes.
LIDER RESPONSABLE	Director Científico
PARTICIPANTES	Especialistas (Odontopediatra, pediatra, fonoaudiólogo, optómetra, enfermera, endocrinólogo, Ortodoncista, neurólogo, regente de farmacia, fisioterapeuta).

PROVEEDORES	ENTRADAS	ETAPA	ACTIVIDAD	SALIDAS	CLIENTES
Gestión Administrativa	Equipos e instalaciones	P	<ul style="list-style-type: none"> Alistamiento de equipos e instalación Disponibilidad de consultorios 	Equipos e instalaciones en óptimas condiciones Consultorios disponibles.	Cliente
PEDIATRÍA, ENDOCRINOLOGÍA					
Pre- Consulta Cliente	Formato de consulta o Formato de Control Historia Clínica (software) Registros de exámenes médicos. Paciente Carpeta del paciente para clientes antiguos	H	<ul style="list-style-type: none"> Ingreso del Responsable y el Paciente al consultorio asignado. Revisa historia médica del paciente, indaga sobre antecedentes familiares de la patología y sobre los síntomas del paciente. Realiza examen de los órganos de los sentidos, pulmón, corazón, zona abdominal, extremidades, genitales, cabeza y registra datos en la historia clínica. Elabora formula médica y/o procedimientos que se deben realizar y recomendaciones para la recuperación del paciente. Entrega de formula médica y autorización de exámenes médicos. 	Tratamiento o procedimiento recomendado Registro en el sistema para actualización de la historia clínica Autorización de exámenes médicos Formula medica	Cliente Gestión Financiera Proveedores

	CARACTERIZACION GESTIÓN PRESTACION DEL SERVICIO			CÓDIGO	DIR-MA-01
				VERSIÓN	01
				HOJA	14 de 30
			<ul style="list-style-type: none"> Realizar actividades de apoyo terapéutico según sea ordenado por el medico especialista (lavado de oídos, nebulizaciones, terapias.) 		
ODONTOPEDIATRÍA					
<p>Cliente</p>	<p>Historia Clínica (software)</p> <p>Registros de exámenes médicos.</p> <p>Paciente</p> <p>Carpeta del paciente para clientes antiguos</p>	H	<ul style="list-style-type: none"> Recibir el paciente con los responsables del mismo. Realiza la historia clínica y médica interrogando a los padres y al paciente sobre antecedentes del estado de salud en general y oral. Recopilar los datos de la historia del paciente, anotando todas las patologías encontradas en la cavidad bucal, datos básicos del paciente nombre, edad, sexo, dirección, teléfono y antecedentes personales. Adaptar al paciente en la silla odontológica. Realizar el examen intraoral y extraoral completando los datos solicitados en la historia clínica. Identificar el adecuado diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento para el paciente. Planificar el próximo control y/o programación de plan de tratamiento dependiendo del diagnóstico clínico del paciente. Egreso del paciente. 	<p>Tratamiento o procedimiento recomendado.</p> <p>Registro en el sistema para actualización de la historia clínica.</p>	<p>Cliente</p> <p>Gestión Financiera</p> <p>Proveedores</p>
FONOAUDILOGÍA					
<p>Cliente</p>	<p>Historia Clínica</p>	H	<ul style="list-style-type: none"> Recibir el paciente con los responsables del mismo. 		<p>Cliente</p>

	Paciente Responsable del paciente		<ul style="list-style-type: none"> Realizar entrevista directa con la madre o el responsable del paciente, en la cual se indaga el motivo de la consulta y los datos relevantes sobre la historia clínica del menor. Realizar examen Audiológico y/o terapia de lenguaje Planificar el próximo control y/o programación de plan de tratamiento dependiendo del diagnóstico clínico del paciente. Egreso del paciente 	<p>Tratamiento recomendado.</p> <p>Resultados de exámenes Audiológicos.</p>	<p>Gestión Financiera</p> <p>Proveedores</p>
NEUROLOGÍA					
Cliente	<p>Historia Clínica (software)</p> <p>Registros de exámenes médicos.</p> <p>Paciente</p>	H	<ul style="list-style-type: none"> Recibir el paciente con los responsables del mismo. Realizar interrogatorio (anamnesis) a los responsables del paciente sobre el estado de salud en general, antecedentes familiares, personales, prenatales e historia medica y se indaga sobre los síntomas del paciente. Realizar exploración al paciente, registrando los datos obtenidos en la historia clínica del paciente. Generar impresión diagnóstica y generar plan de tratamiento. Entregar orden para la realización de exámenes médicos complementarios. Planificar el próximo control dependiendo del nivel de riesgo del paciente. Egreso del paciente. 	<p>Tratamiento o procedimiento recomendado</p> <p>Registro en el sistema para actualización de la historia clínica</p> <p>Autorización de exámenes médicos</p>	<p>Cliente</p> <p>Gestión Financiera</p> <p>Proveedores</p>

DISPENSACION DE MEDICAMENTOS					
Gestión Administrativa	Inventario físico Información nuevos convenios	P	<ul style="list-style-type: none"> Identificar las necesidades de medicamentos 	Necesidades de adquirir medicamentos	Gestión Administrativa
Gestión Administrativa Proveedor	Orden de compra Medicamentos Información sobre condiciones de almacenamiento. Cantidades del inventario (software y físico) Información de almacenamiento y condiciones del producto Termómetros calibrados	H	<ul style="list-style-type: none"> Recepcionar y verificar los medicamentos. 	Medicamentos conformes Factura de compra Registro de verificación de productos.	Gestión Administrativa
		H	<ul style="list-style-type: none"> Almacenar y preservar los medicamentos Revisar fechas de vencimiento Realizar inventario de medicamentos Controlar la temperatura Graficar y analizar datos 	Medicamentos correctamente almacenados Registro y control de fechas de vencimiento. Registro del inventario físico. Necesidad de adquirir medicamentos Registro de temperatura Datos analizados.	
Especialista	Formula medica Inventario actual (software)	H	<ul style="list-style-type: none"> Entrega de medicamentos 	Factura venta Inventario descargado (software)	Cliente Gestión Financiera
VACUNACION					
Enfermera	Inventario (físico y software) Información histórica de consumos	P	<ul style="list-style-type: none"> Determinar materiales e insumos para vacunación y programar las vacunas a aplicar. 	Orden de compra	Gestión Administrativa
Gestión Administrativa	Hoja de vida del equipo	H	<ul style="list-style-type: none"> Organizar y limpiar el lugar de aplicación de vacunas. 	Materiales con asepsia	Gestión Administrativa

	Insumos y biológicos Programación de limpieza de neveras		<ul style="list-style-type: none"> Realizar limpieza de neveras. Almacenar y preservar vacunas 	Lugar limpio y apto Insumos y biológicos aptos y almacenados correctamente Novedades de mantenimiento	Cliente
Cliente Gestión de Preconsulta	Carné de vacunación Información del usuario sobre el esquema de vacunación Historia Clínica del paciente Insumos biológicos aptos	H	<ul style="list-style-type: none"> Verificar datos del paciente a vacunar Aplicar vacuna 	Paciente Apto o no Apto para ser vacunado Carné de Vacunación Actualizado Historia clínica Actualizada Paciente Vacunado Programación próximas vacunas (según sea requerido)	Cliente
Gestión Administrativa Secretaría de Salud	Formato Control de Biológicos Termómetros calibrados	V	<ul style="list-style-type: none"> Verificar fecha de vencimiento y controlar red de frío 	Registro control de biológicos	Gestión Administrativa Secretaría de Salud

VERIFICAR Y ACTUAR DEL PROCESO

Información sobre el desempeño del proceso (registros). No conformidad del proceso Informe de auditoría interna y externa PQRS Satisfacción del usuario Servicios No Conforme presentados	V	Medir el desempeño del proceso a través de actividades de seguimiento y medición.	Acciones correctivas Acciones preventivas Resultados de indicadores (presentación de indicadores) Acta comité de calidad
	A	Mejorar continuamente el proceso mediante la aplicación de acciones correctivas, preventivas y de mejora.	Mejora al proceso a través de acciones correctivas, preventivas y de mejora.

SEGUIMIENTO	MEDICION	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> Análisis de información de entrada en la Revisión por la Dirección Análisis de resultados de indicadores y de satisfacción del cliente en el Comité de Calidad. Resultados de auditorías internas y externas Estado de las acciones correctivas y preventivas Análisis del cumplimiento en la programación de citas Análisis del control de temperatura. Ofrecer interés por la evolución de la salud del paciente. 	<p>VER Anexo del Manual de calidad - Despliegue Política y Objetivos de la calidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Computador: Software y Hardware, - Medios de comunicación (Teléfono, Internet, Correo electrónico, fax.) - Papelería - instalaciones - Instrumentos de medición medica


REQUISITOS (CLIENTE, LEY, ORGANIZACIÓN, NTC ISO 9001-2008)	DOCUMENTOS Y REGISTROS APLICABLES
<p>CLIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> 5. Oportunidad en el cumplimiento de la cita. 6. Facilitar la comunicación 7. Brindar buena atención 8. Ser atendidos por personal competente y ético 9. Dedicar el tiempo necesario 10. Infraestructura adecuada 11. Cumplir la normatividad <p>CLIENTE interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oportunidad de la información. - Veracidad de la información. <p>ORGANIZACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> Código de ética Código de buen gobierno Reglamento Interno de trabajo <p>NTC ISO 9001:2008</p> <p>VER Manual de Calidad "Relación de procesos con requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2008"</p> <p>LEY:</p> <p>Ver Listado maestro de documentos externos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ver Listado maestro de documentos internos. - Ver listado maestro de Registros

	CARACTERIZACION GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO	DIR-MA-01
		VERSIÓN	1
		HOJA	19 de 30

DESCRIPCION DEL PROCESO					
-------------------------	--	--	--	--	--


OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> Contar con la disponibilidad de personal de planta competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencia, para garantizar el cumplimiento de los objetivos de J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA. Asegurar que los productos / servicios adquiridos, cumplan con los requisitos de calidad establecidos por J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA. Proporcionar y mantener de forma adecuada la infraestructura, equipos médicos y de cómputo, para asegurar la calidad en la prestación del servicio.
LIDER RESPONSABLE	Director Administrativo
PARTICIPANTES	Director General Directora Financiera Enfermera de apoyo diagnóstico y terapéutico Enfermera Preconsulta.

PROVEEDORES	ENTRADAS	ETAPA	ACTIVIDAD	SALIDAS	CLIENTES
Todos los procesos	Estructura organizacional Requerimientos de personal Necesidades de capacitación y/o entrenamiento	P	Identificar cargos que afectan la calidad del servicio. Definir responsabilidades, autoridad y perfiles de competencia. Elaborar programa de capacitación y/o entrenamiento.	Responsabilidades, autoridad y perfil de competencia del cargo. Programa de capacitación y/o entrenamiento	Todos los procesos.
Todos los procesos Proveedores	Información sobre el proveedor, productos/servicios	P	Definir criterios para seleccionar, evaluar y reevaluar proveedores Identificar proveedores, productos/servicios	Información sobre especificaciones a verificar de los productos/servicios. Criterios para selección, evaluación y reevaluación de proveedores.	Todos los procesos
Todos los procesos Proveedores	Información sobre todos los equipos hardware e infraestructura.	P	Listar e identificar los equipos	Listado de equipos, hardware e infraestructura que inciden en la calidad	Todos los procesos

	CARACTERIZACION GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO	DIR-MA-01
		VERSIÓN	1
		HOJA	20 de 30

			y la infraestructura que intervienen en todos los procesos e inciden en la calidad.		
<p>Todos los procesos</p> <p>Proveedores</p>	<p>Listado de equipos que inciden en la calidad</p> <p>Información sobre características de los equipos y hojas de vida.</p> <p>Información proveedores de servicios de mantenimiento y calibración</p>	P	<p>Planear y programar el desarrollo del servicio de mantenimiento y calibración.</p>	<p>Programación mantenimiento preventivo y calibración de equipos</p>	<p>Gestión de dirección</p> <p>Todos los procesos</p> <p>Proveedores</p>
<p>Gestión de Dirección</p>	<p>Programa de capacitación y entrenamiento aprobado</p>	H	<p>Ejecutar programa de capacitación y entrenamiento.</p>	<p>Personal competente</p> <p>Registro de capacitación y/o entrenamiento, diplomas, certificaciones, entre otros.</p>	<p>Todos los procesos.</p>
<p>Todos los procesos</p> <p>Candidatos</p>	<p>Requerimiento de personal.</p> <p>Responsabilidades, autoridad y perfil de competencia del cargo.</p> <p>Hoja de vida</p>	H	<p>Seleccionar personal</p> <p>Promover el personal de acuerdo a las necesidades</p> <p>Realizar inducción al personal.</p>	<p>Personal competente contratado o reubicado.</p> <p>Contrato</p> <p>Información del empleado (hoja de vida y soportes)</p> <p>Reporte de capacitación y entrenamiento</p>	<p>Todos los procesos</p>
<p>Proveedores</p>	<p>Información de proveedores de productos/ servicios.</p>	H	<p>Seleccionar el proveedor</p>	<p>Formato de inscripción de proveedores diligenciado.</p> <p>Resultado de la selección de proveedores.</p> <p>Listado de proveedores actualizado.</p>	<p>Todos los procesos</p>

<p>Todos los procesos</p> <p>Proveedor</p>	<p>Necesidad de productos o servicios</p> <p>Información de listas de precios.</p> <p>Listado de proveedores</p> <p>Cotización o propuesta y resultados evaluación proveedor</p>	<p>H</p>	<p>Gestionar la Compra o contratación del servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> Solicitar cotización u oferta Escoger la mejor opción de compra o contratación Realizar y aprobar la orden de compra/servicio o contrato 	<p>cotización o propuesta del proveedor aprobada</p> <p>Orden de compra aprobada.</p> <p>Orden o contrato de servicios aprobado.</p>	<p>Proveedor</p> <p>Todos los procesos</p>
<p>Director General</p> <p>Proveedores</p> <p>Todos los procesos</p>	<p>Programa de mantenimiento y calibración preventivo de equipos, hardware e infraestructura aprobado</p> <p>Hojas de vida de Equipos</p> <p>Prestador del servicio de mantenimiento.</p> <p>Necesidad de mantenimiento correctivo de equipos, hardware e infraestructura.</p>	<p>H</p>	<p>Ejecutar el programa de mantenimiento y calibración de equipos, infraestructura y hardware</p> <p>Efectuar mantenimiento correctivo a equipos e infraestructura de acuerdo a las novedades reportadas por los procesos.</p>	<p>Equipos calibrados</p> <p>Equipos con mantenimiento ejecutado.</p> <p>Infraestructura en condiciones adecuadas.</p> <p>Registros de mantenimiento y calibración diligenciado</p> <p>Hojas de vida actualizadas.</p> <p>Informe de la ejecución de mantenimiento de algunos proveedores.</p>	<p>Todos los procesos</p>
<p>Gestión Talento Humano</p> <p>Entes externos</p>	<p>Registro de capacitación y/o entrenamiento</p> <p>Información del desempeño del personal en su labor.</p>	<p>V</p>	<p>Evaluar el cumplimiento del objetivo propuesto con la capacitación y/o formación.</p>	<p>Evidencia de la eficacia de la capacitación y/o formación recibida por el personal.</p>	<p>Todos los procesos</p>

	CARACTERIZACION GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO	DIR-MA-01
		VERSIÓN	1
		HOJA	22 de 30

VERIFICAR Y ACTUAR DEL PROCESO			
<ul style="list-style-type: none"> • Información sobre el desempeño del proceso (registros). • No conformidad del proceso • Informe de auditoría interna y externa 	V	<ul style="list-style-type: none"> - Medir el desempeño del proceso a través de actividades de seguimiento y medición. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acciones correctivas • Acciones preventivas • Resultados de indicadores (presentación de indicadores) • Acta comité de calidad
	A	<ul style="list-style-type: none"> - mejorar continuamente el proceso mediante la aplicación de acciones correctivas, preventivas y de mejora. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora al proceso a través de acciones correctivas, preventivas y de mejora.

1

SEGUIMIENTO	MEDICION	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de información de entrada en la revisión por la dirección (comportamiento de los resultados de los indicadores, estado de las acciones correctivas y acciones preventivas, acciones de mejora, resultados de auditorías, encuestas de satisfacción del cliente, entre otros). • Análisis de resultados de indicadores • Resultados de auditorías internas y externas. • Control al programa de capacitación y/o entrenamiento. • Evaluación de la eficacia de la capacitación y/o entrenamiento 	<p>Ver Anexo 1 del Manual de calidad - Despliegue Política y Objetivos de la calidad.</p>	<p>Hardware y software, impresora Papelería,, Medios de comunicación (teléfono, fax, Internet, Radioteléfono) Infraestructura: instalaciones, Tiempo Espacio y elementos de trabajo</p>

REQUISITOS (CLIENTE, LEY, ORGANIZACIÓN, NTC ISO 9001-2008)	DOCUMENTOS APLICABLES
<p>CLIENTE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suministrar información clara y oportuna 2. Facilitar la comunicación 3. Brindar buena atención 4. Ser atendidos por personal competente y ético <p>ORGANIZACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Código de ética - Código de buen gobierno - Reglamento Interno de trabajo 	<p>Ver Listado maestro de documentos internos.</p> <p>Hoja de Vida empleados de planta + Anexos/soportes, Contratos, Memos, Solicitud de permisos, Incapacidades</p> <p>Archivo Hojas de vida (opcionales)</p>

DESCRIPCION DEL PROCESO

OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> Elaborar y controlar los documentos y registros del sistema de gestión de la calidad. Efectuar seguimiento al SGC, a través de auditorías internas para evaluar la eficacia y eficiencia del mismo. Mejorar continuamente la eficacia del SGC a través de las acciones correctivas y acciones preventivas. Efectuar seguimiento al tratamiento del Producto/Servicio No Conforme.
LIDER RESPONSABLE	Director Administrativo
PARTICIPANTES	Gerente General Líderes y personal de los procesos. Equipo auditor Comité de calidad

PROVEEDORES	ENTRADAS	ETAPA	ACTIVIDAD	SALIDAS	CLIENTES
CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS					
Todos los procesos Entes externos	Necesidad de documentar y estandarizar el S.G.C. Necesidad de crear documentos del S.G.C. Información sobre documentos externos aplicables (normas, leyes, entre otras).	P	Identificar los documentos aplicables (internos y externos) a los procesos definidos en el S.G.C.	Listado Maestro de Documentos Externos. Listado Maestro de Documentos Internos.	Todos los procesos
	Solicitud de revisión o creación de documentos. Documentos Aprobados. Información sobre actualización de Documentos Externos.	H	Elaborar, aprobar y distribuir los documentos del S.G.C. Revisar, re aprobar y volver a emitir los documentos del S.G.C. Controlar los documentos obsoletos.	Listados Maestros de Documentos (internos y externos) actualizados. Documentos Actualizados Documentos Obsoletos Identificados.	
	Registros del S.G.C.	H	Controlar los registros (identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición)	Listado maestro de registros actualizados Registros controlados	

PROVEEDORES	ENTRADAS	ETAPA	ACTIVIDAD	SALIDAS	CLIENTES
ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS					
Todos los procesos Cliente	<p>Análisis de la información del S.G.C y sus procesos.</p> <p>Problema o situación real o potencialmente indeseable</p>	P	Identificar y determinar las No Conformidades potenciales o reales y analizar causas de las No Conformidades, definiendo acciones correctivas y preventivas.	La No Conformidad con las posibles causas y el plan de acción registrado en el formato de acciones correctivas y preventivas	Todos los procesos Cliente
Todos los procesos Cliente	<p>Acción correctiva o preventiva definida en el formato de acciones correctivas y preventivas,</p> <p>Resultados de la satisfacción del cliente.</p> <p>Quejas, Reclamos y sugerencias de los clientes.</p>	H	Ejecutar la acción correctiva o preventiva definida	Acción correctiva o preventiva ejecutada	Todos los procesos Cliente
		V	Hacer seguimiento a las acciones tomadas, evaluando su eficacia y retroalimentando el ciclo de mejoramiento.	<p>Evidencia del cumplimiento y de la eficacia de las acciones en el formato de acciones correctivas y preventivas.</p> <p>Estado de las acciones correctivas y preventivas actualizado</p> <p>Mejora al proceso, producto / servicio.</p>	

PROVEEDORES	ENTRADAS	ETAPA	ACTIVIDAD	SALIDAS	CLIENTES
AUDITORIAS INTERNAS					
Dirección	Necesidad de conformar un equipo auditor	P	Definir perfil y seleccionar auditores	Perfil del auditor Equipo auditor	Gestión Administrativa
Todos los procesos	Resultados de auditorias previas Estado e importancia de los procesos	P	Elaborar y aprobar el programa de auditorias. Preparar la auditoria	Programa de auditoria aprobado. Plan de Auditoria Listas de Verificación de Auditoría.	Todos los procesos
Procesos a auditar	Documentos externos Documentos del S.G.C. Plan de auditoría Lista de verificación de auditoría	H	Realizar la auditoria interna	Informe de auditoría Listas de Verificación diligenciadas	Procesos auditados Dirección
Dirección	Programa de auditoria aprobado	V	Efectuar seguimiento al cumplimiento del programa de auditoria	Evidencia del seguimiento al programa de auditoria.	Todos los Procesos Dirección

VERIFICAR Y ACTUAR DEL PROCESO		
Información sobre el desempeño del proceso (registros). No conformidad del proceso Informe de auditoría interna y externa PQRS Satisfacción del usuario Servicios No Conforme presentados	V	Medir el desempeño del proceso a través de actividades de seguimiento y medición. Acciones correctivas Acciones preventivas Resultados de indicadores (presentación de indicadores) Acta comité de calidad
	A	Mejorar continuamente el proceso mediante la aplicación de acciones correctivas, preventivas y de mejora. Mejora al proceso a través de acciones correctivas, preventivas y de mejora.

SEGUIMIENTO	MEDICION	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de información de entrada en la Revisión por la Dirección • Análisis de resultados de indicadores y de satisfacción del cliente en el Comité de Calidad. • Análisis de PQRS en Comité de Calidad • Resultados de auditorías internas y externas • Estado de las acciones correctivas y preventivas • Cumplimiento del Programa de Auditoría. 	<p>VER Anexo del Manual de calidad - Despliegue Política y Objetivos de la calidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Computador: Software y Hardware, - Medios de comunicación (Teléfono, Internet, Correo electrónico, fax.) - Papelería - Archiveros - Muebles de Oficina - Punto de red

REQUISITOS (CLIENTE, LEY, ORGANIZACIÓN, NTC ISO 9001-2008)		DOCUMENTOS Y REGISTROS APLICABLES
<p>CLIENTE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suministrar información clara y oportuna 2. Facilitar la comunicación 3. Brindar buena atención 4. Ser atendidos por personal competente y ético 5. Brindar atención oportuna de PQRS <p>CLIENTE INTERNO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oportunidad de la información / respuesta. - Veracidad de la información / respuesta. - Disponibilidad y fácil acceso a la información 	<p>ORGANIZACIÓN:</p> <p>Código de ética Código de buen gobierno Reglamento Interno de trabajo</p> <p>NTC ISO 9001:2008</p> <p>VER Manual de Calidad "Relación de procesos con requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2008"</p> <p>LEY:</p> <p>Ver Listado maestro de documentos externos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ver Listado maestro de documentos internos. - Ver listado maestro de Registros - PAMEC(Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad) - Panorama de Riesgos - Actas de reunión - Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial - Programa de Salud Ocupacional

**J GARCÍA HARKER CENTRO
PEDIÁTRICO LTDA**

MANUAL DE LA CALIDAD

NTC-ISO 9001:2008

BUCARAMANGA, 2012





	MANUAL DE LA CALIDAD	CÓDIGO	DIR-MA-01
		VERSIÓN	02
		HOJA	1 de 14

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	2
1. OBJETIVO	3
2. ALCANCE	3
3. DESARROLLO	3
3.1. ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	3
3.2. EXCLUSIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	3
3.3. GENERALIDADES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	3
3.3.1. RESEÑA HISTORICA.....	3
3.3.2. MISIÓN.....	3
3.3.3. VISIÓN.....	4
3.3.4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.....	4
3.4. CLIENTES Y SERVICIOS	5
3.4.1. REQUISITOS CLIENTE EXTERNO – INSTITUCIONAL.....	5
3.4.2. REQUISITOS CLIENTE PARTICULAR Y USUARIO.....	5
3.4.3. REQUISITOS LEGALES.....	6
3.5. RESPONSABLE Y RECURSOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	6
3.5.1. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD.....	6
3.5.2. REVISIONES AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	8
3.5.3. RECURSOS.....	8
3.5.4. COMUNICACIONES.....	9
3.6. ESTRUCTURA DOCUMENTAL	9
3.7. PLANIFICACION ESTRATEGICA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	10
3.7.1. POLÍTICA DE LA CALIDAD.....	10
3.7.2. OBJETIVOS DE LA CALIDAD.....	10
3.8. MAPA DE PROCESOS	10
3.9. RELACIÓN DE PROCESOS CON REQUISITOS DE LA NORMA NTC-ISO 9001:2008	12
4. ANEXOS	14
ANEXO 1. DESPLIEGUE DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS DE LA CALIDAD	14
ANEXO 2. CARACTERIZACIONES	14
5. CONTROL DE CAMBIOS	14

	MANUAL DE LA CALIDAD	CÓDIGO	DIR-MA-01
		VERSIÓN	02
		HOJA	2 de 14

INTRODUCCIÓN

El presente manual tiene el propósito fundamental de establecer y describir el Sistema de Gestión de la Calidad de J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA., con el fin de demostrar nuestra capacidad para proporcionar consistentemente servicios que cumplan con los requisitos de nuestros clientes y con los objetivos establecidos.

El Manual de la Calidad define el alcance, la estructura y la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y en él se referencian: Los procedimientos documentados que planifican y administran las actividades de la organización, la administración estratégica (Misión, Visión, Política de Calidad, Objetivos de la Calidad, Valores, Mapa de Procesos, Estructura Organizacional) y todas las actividades que aseguran el cumplimiento de los requisitos de nuestros clientes, de ley y de la organización.

Para dar cumplimiento a lo enunciado anteriormente, cada proceso ha identificado y estandarizado las actividades que permiten brindar mayor confianza a las partes interesadas, lo cual permite asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad bajo los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008.

	MANUAL DE LA CALIDAD	CÓDIGO	DIR-MA-01
		VERSIÓN	02
		HOJA	3 de 14

1. OBJETIVO

El objeto de este manual es describir la gestión empresarial asociada con la calidad, el usuario encontrará definidos los procesos referenciados y los procedimientos que soportan la gestión en nuestra organización.

Los requisitos aquí establecidos son de obligatorio cumplimiento por todas las personas de la organización en todos los niveles y especialmente por los líderes y responsables de procesos y quienes tienen relación directa con los clientes externos.

2. ALCANCE

Aplica al Sistema de Gestión de la Calidad de J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA.

3. DESARROLLO

3.1. ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Prestación de servicios de salud en: pediatría general, odontopediatría, fonoaudiología, optometría, neurología, endocrinología, terapia respiratoria, vacunación, ortodoncia y dispensación de medicamentos.

3.2. EXCLUSIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Se excluye el numeral 7.3 Diseño y Desarrollo de la norma NTC ISO 9001:2008, porque J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA presta servicios de acuerdo a los parámetros previamente establecidos por la ley.

3.3. GENERALIDADES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

3.3.1. RESEÑA HISTORICA

Todo comenzó hace 20 años, en 1992 el Dr. Jorge Enrique García Harker inicio su actividad profesional en el área de pediatría en el consultorio del Dr. Fidel Rey Rey connotado y reconocido pediatra de la época; quien se había retirado de su ejercicio profesional un año antes; a quien también remplazo en los turnos de servicio de urgencias de la Clínica Materno Infantil San Luis de la cual el Dr. Rey Rey era cofundador.

En el año 1997 el Dr. García Harker traslado su centro pediátrico al segundo piso de la Unidad Medica San Luis por la necesidad de ampliar sus salas de atención; siendo esta actualmente la sede del Centro Pediátrico.

En el año 2007 se complementó el Centro Pediátrico con la ampliación de sus servicios incluyendo especialidades como Odontopediatría y sub-secuentemente se fueron abriendo el resto de servicios y áreas de Pediatría como lo son: Neonatología, Fonoaudiología, Optometría pediátrica, Anestesia pediátrica, Neurología Pediátrica, Endocrinología Pediátrica, Psicología Pediátrica, Nutrición infantil.

Nuestro Centro Pediátrico en la actualidad cuenta con equipos de alta tecnología para el apropiado diagnóstico de las diferentes patologías de nuestros pacientes. Brindando un servicio cálido e integral.

3.3.2. MISIÓN

El centro pediátrico J. García Harker brinda un servicio integral orientado a la preservación y cuidado de la salud infantil, ofreciendo servicios de alta calidad con avanzada tecnología y personal calificado que cuenta con

	MANUAL DE LA CALIDAD	CÓDIGO	DIR-MA-01
		VERSIÓN	02
		HOJA	4 de 14

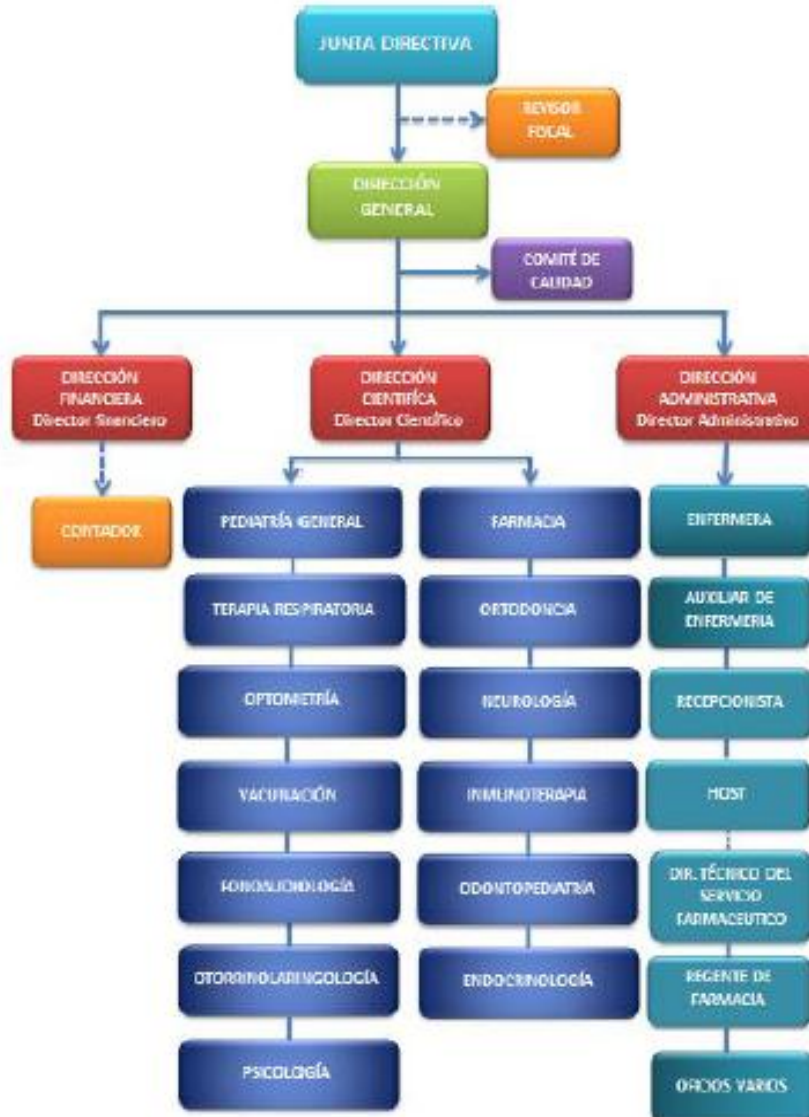
amplia experiencia y vocación de servicio, comprometidos en mantener y satisfacer la calidad de vida de nuestros pacientes.

3.3.3. VISIÓN

En el 2017 seremos reconocidos como el Centro Pediátrico de mayor importancia en el Oriente Colombiano, sobresaliendo por la prestación de servicios integrales e innovadores con tecnología de última generación y altos estándares de calidad, que ratifican nuestro liderazgo y diferenciación en el mercado.

3.3.4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Esta sección suministra una descripción de la estructura de la organización. Por tanto, a continuación se presenta el organigrama de la empresa que indica los cargos existentes en J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA, la autoridad e interrelaciones de los mismos.



	MANUAL DE LA CALIDAD	CÓDIGO	DIR-MA-01
		VERSIÓN	02
		HOJA	5 de 14

3.4. CLIENTES Y SERVICIOS

Nuestro portafolio de servicios esta dirigido a satisfacer las necesidades de los clientes (Particulares, Medicina Prepagada, Aseguradoras), a quienes se les presta el servicio de Pediatría general, odontopediatría, fonoaudiología, optometría, psicología, Endocrinología, neurología, otorrinolaringología, terapia respiratoria, vacunación, inmunoterapia (solo particulares), ortodoncia y dispensación de medicamentos.

3.4.1. REQUISITOS CLIENTE EXTERNO – INSTITUCIONAL

Dentro de este grupo tenemos: Particulares, Medicina Prepagada, Aseguradoras y demás instituciones u organizaciones que soliciten nuestros servicios y tienen como requisitos:

- ✓ Entregar la documentación necesaria para la legalización de los convenios.
- ✓ Suministrar oportunamente y de manera clara la información necesaria para la prestación del servicio o el convenio.
- ✓ Prestar los servicios objeto del convenio.
- ✓ Atender solo a los usuarios que presenten la orden de autorización del servicio con todos los documentos anexos que aseguren el derecho a recibir el servicio.
- ✓ Facilitar la tramitación para la formalización del convenio y prestación del servicio.
- ✓ Desarrollar los procesos de prestación de servicio, según manuales, procedimientos, guías, instructivos y protocolos implementados en la institución.
- ✓ Facturar oportunamente los servicios, según las tarifas pactadas y hacer entrega de RIPS y demás soportes y anexos.
- ✓ Entregar portafolio de servicios con sus respectivas tarifas.
- ✓ Facilitar las pólizas de cumplimiento del contrato.

3.4.2. REQUISITOS CLIENTE PARTICULAR Y USUARIO

Los clientes usuarios son aquellos que son remitidos por las diferentes entidades como son: Medicina Prepagada, Aseguradoras y demás instituciones e igualmente las personas que pagan el servicio prestado de manera independiente (es decir, no son remitidos por ninguna institución).

Por tanto, para ellos debemos:

- ✓ Suministrar oportunamente y de manera clara la información necesaria para la prestación del servicio o información sobre la documentación requerida para la prestación del servicio.
- ✓ Brindar oportunidad en la atención del servicio o entrega de resultados.
- ✓ Ofrecer facilidad para la comunicación con el personal de J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA.
- ✓ Brindar una buena atención para cada servicio: con amabilidad, respeto e igualdad.
- ✓ Conceder ser atendidos por personal competente, comprometido y ético para la prestación de los servicios.
- ✓ Dedicar el tiempo necesario y requerido para cada servicio.
- ✓ Ofrecer una Infraestructura necesaria, adecuada y en buen estado (limpia, cómoda, iluminada y ventilada).
- ✓ Suministrar confiabilidad, confidencialidad y privacidad en cada servicio prestado.
- ✓ Ofrecer interés permanente por la evolución de salud del usuario.
- ✓ Brindar una atención oportuna y efectiva de PQRS.
- ✓ Dar cumplimiento de la normatividad legal vigente exigida por el sistema de salud.
- ✓ Disponer de tecnología de punta y/o soporte técnico - científico para la prestación del servicio.
- ✓ Elaborar la historia clínica de manera integra, veraz y legible como instrumento para coordinar, facilitar y evaluar su atención.

	MANUAL DE LA CALIDAD	CÓDIGO	DIR-MA-01
		VERSIÓN	02
		HOJA	6 de 14

- ✓ Informar oportunamente sobre los procesos administrativos y costos de los servicios a prestar.

3.4.3. REQUISITOS LEGALES

Los requisitos legales serán los definidos por la Constitución, las leyes, decretos, resoluciones, circulares, minutas de contratos suscritos y cualquier otra disposición legal vigente y aplicable a la actividad de la organización.

Los requisitos legales aplicados a cada uno de los procesos de J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA., se encuentran descritos en el GEQ-FO-04 Listado Maestro de Documentos Externos.

3.5. RESPONSABLE Y RECURSOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

3.5.1. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

La Dirección General de J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA mediante el Acta de reunión GEQ-FO-01 ha elegido al Director Administrativo como representante de la Dirección ante el SGC, asumiendo las siguientes responsabilidades. (NTC ISO 9001:2008- Requisito 5.5.2)

- Asegurarse de que se establezcan, implementen y mantengan los procesos necesarios.
- Informar sobre el desempeño del S.G.C. y de cualquier necesidad de mejora.
- Asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la Organización.

De igual forma, el Director Administrativo tiene la responsabilidad de revisar el funcionamiento y adecuación del Sistema de Gestión de la Calidad, así como también velar por la asignación de los recursos para su mantenimiento y mejora continua.

Igualmente se asignan los siguientes responsables para direccionar y mantener el SGC:

El Comité de calidad, Organismo interno encargado de aprobar, coordinar, efectuar seguimiento y mantener las actividades relacionadas con el Sistema de Gestión de la Calidad (S.G.C.), bajo un enfoque de mejoramiento continuo que asegure el cumplimiento de los requerimientos del Cliente, los legales / reglamentarios y los definidos internamente por J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA.

A continuación se nombran los integrantes que conforman el Comité:

Director General
Director Administrativo
Directora Financiera

	MANUAL DE LA CALIDAD	CÓDIGO	DIR-MA-01
		VERSIÓN	02
		HOJA	7 de 14

Líderes de Proceso: ✓ Enfermera de apoyo diagnóstico y terapéutico ✓ Host

Funciones y Responsabilidades del Comité de Calidad:

- Asegurar el diseño, implementación, mantenimiento y mejora del S.G.C.
- Promover al interior de la organización la concientización de los requisitos del cliente y de mejoramiento continuo.
- Identificar y aprobar los procesos de la organización asegurando que se desarrollen bajo el enfoque del ciclo de mejoramiento continuo planear, hacer, verificar y actuar.
- Hacer seguimiento al desarrollo del S.G.C. con el fin de generar oportunidades de mejoramiento al mismo.
- Participar de la planificación estratégica del S.G.C. definiendo la política de la calidad, objetivos de la calidad y su forma de medición.
- Revisar periódicamente que la misión, visión, valores organizacionales, política y objetivos de Calidad orienten la institución hacia una cultura de calidad y mejoramiento continuo.
- Revisar la estructura organizacional de la empresa (organigrama).
- Efectuar mínimo una vez al año la Revisión por la Dirección al S.G.C. presidida por el Director General para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas.
- Identificar y gestionar los recursos necesarios para implementar, mantener y mejorar continuamente la eficacia del S.G.C. y aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.
- Revisar y evaluar las consideraciones para la planificación e implementación de cambios al S.G.C. ocasionados por las nuevas tecnologías, revisión de las normas de Sistemas de Gestión de la Calidad, servicios, procesos, entre otros.
- Analizar los problemas que afecten el desarrollo del S.G.C. y sus procesos, evaluar soluciones y tomar las decisiones que aseguren la implementación de las acciones aprobadas.
- Efectuar seguimiento a los resultados de los indicadores de la medición del S.G.C. y sus procesos, a las acciones correctivas, acciones preventivas y de mejora que se hayan generado.
- Revisar y evaluar los resultados de las auditorías internas y externas realizadas al S.G.C.
- Realizar las demás responsabilidades y actividades que permitan generar oportunidades de mejora al S.G.C y que contribuyan al logro del objetivo señalado.

	MANUAL DE LA CALIDAD	CÓDIGO	DIR-MA-01
		VERSIÓN	02
		HOJA	8 de 14

Director Administrativo, es la persona encargada de implementar y velar por el buen funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad, así como de comunicar a la dirección cualquier necesidad de mejora.

Líderes de los procesos, en las caracterizaciones de los procesos se detalla los responsables o líderes de los procesos, quienes son los responsables de cumplir los procedimientos, formatos y demás documentos del Sistema de Gestión de la Calidad.

Audidores internos de Calidad: Son responsables de ejecutar las auditorías programadas por el comité de calidad y de evaluar de manera objetiva el Sistema de Gestión de la Calidad con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.

A continuación se relacionan los procesos establecidos para el Sistema Gestión de Calidad de J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA y los responsables y/o líderes de cada uno.

SIGLA PROCESO	PROCESO	LIDER DE PROCESO (Responsable)
DIR	Proceso Gestión De Dirección	Director General
GEC	Proceso Gestión Comercial	Director Administrativo
ACI	Proceso Gestión Asignación de citas	Host
PRE	Proceso Gestión de Pre-consulta	Enfermera de apoyo diagnóstico y terapéutico
GEP	Proceso Prestación del Servicio	Director Científico
GEA	Proceso Gestión Administrativa	Director Administrativo
GEF	Proceso Gestión Financiera	Directora Financiera
GEQ	Proceso Gestión de la Calidad	Director Administrativo

Adicionalmente se cuenta con el GEA-FO-02 Responsabilidad, Autoridad y Perfil de Competencia, documento en el cual se describen las responsabilidades, funciones y autoridad de cada cargo.

Así mismo, en los documentos del SGC se identifican los responsables de cada actividad que se lleva a cabo para desarrollar los procesos y en el organigrama de la organización, se identifican las líneas de autoridad.

3.5.2. REVISIONES AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

El Sistema de Gestión de la Calidad, se revisa mínimo una vez al año, con el objeto de evaluar la adecuación, eficacia y conveniencia de la implementación y determinar las acciones de mejora necesarias para asegurar la satisfacción del cliente y la mejora continua de la organización.

3.5.3. RECURSOS

J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA asigna los recursos necesarios para establecer e implementar todas las actividades que involucran el SGC, al igual que la asignación de personal necesario.

	MANUAL DE LA CALIDAD	CÓDIGO	DIR-MA-01
		VERSIÓN	02
		HOJA	9 de 14

3.5.4. COMUNICACIONES

Para garantizar que el Sistema de Gestión de la Calidad es entendido y practicado por cada una de las personas en los procesos y actividades desarrolladas, J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA ha definido los siguientes medios de comunicación:

- ✓ Reuniones de Comité de Calidad
- ✓ Reuniones de Proceso
- ✓ Capacitaciones periódicas
- ✓ Memorandos
- ✓ Comunicados
- ✓ Teléfono
- ✓ Radioteléfonos


3.6. ESTRUCTURA DOCUMENTAL

La documentación establecida en el Sistema de Gestión de Calidad se ha diseñado para dar cumplimiento a los requerimientos de la organización de acuerdo a las necesidades de los clientes y los requerimientos de la Norma NTC-ISO 9001:2008. La documentación del sistema incluye:



- Manual de la Calidad.
- Procedimientos documentados.
- Otros Manuales, Protocolos, Guías e Instructivos.
- Documentos externos.
- Fichas Técnicas y Registros.

El Manual de Calidad así mismo contiene 2 anexos: Anexo 1. Despliegue de la política y objetivos de la calidad y Anexo 2. Caracterizaciones, donde se describe la interacción de los procesos.

	MANUAL DE LA CALIDAD	CÓDIGO	DIR-MA-01
		VERSIÓN	02
		HOJA	10 de 14

Los procedimientos documentados de la organización que garantizan el buen funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad se encuentran referenciados en el GEQ-FO-03 Listado Maestro de Documentos de la organización.

3.7. PLANIFICACION ESTRATEGICA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

3.7.1. POLÍTICA DE LA CALIDAD

El Centro pediátrico J. García Harker se manifiesta mediante el firme compromiso con los clientes de satisfacer sus requerimientos y expectativas, fundamentados en la ética, igualdad y amabilidad. Comprometidos en prestar servicios oportunos e integrales con un alto desarrollo tecnológico, una cultura de calidad y mejoramiento continuo, a través de un recurso humano competente y una infraestructura adecuada, que le permite mantener su liderazgo y diferenciación en el mercado.

3.7.2. OBJETIVOS DE LA CALIDAD

- Satisfacer los requerimientos y expectativas de los clientes con igualdad y amabilidad.
- Ofrecer servicios integrales y oportunos.
- Brindar al cliente un servicio con alto desarrollo tecnológico e infraestructura adecuada.
- Fomentar y mantener una cultura de calidad y mejoramiento continuo.
- Mantener un recurso humano competente, fundamentado en la ética.
- Mantener el liderazgo y diferenciación en el mercado.

El Anexo No. 1. Despliegue de la política y objetivos de la calidad, muestra los indicadores que miden los objetivos de la calidad.

3.8. MAPA DE PROCESOS

El mapa de proceso de J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA es una representación gráfica que facilita interpretación de las interacciones entre los 8 procesos que conforman el Sistema de Gestión de Calidad de la organización y los cuales se encuentran definidos en 3 tipos de procesos:

- ✓ **Procesos de Dirección:** Son los procesos que dan lineamientos a J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA, es decir permiten planificar y direccionar la organización; en estos procesos se encuentra: Gestión de Dirección.
- ✓ **Procesos Misionales:** Son los procesos que tienen que ver la actividad propia del negocio es decir con la prestación del servicio, los cuales permiten identificar los requisitos y necesidades del cliente para transformarlos en servicios que generan satisfacción al mismo; en estos procesos se encuentran: Gestión comercial, Gestión asignación de citas, Gestión de Pre-consulta, Gestión prestación del servicio.
- ✓ **Procesos de Apoyo:** Son los procesos que brindan soporte a los procesos de Dirección y Misionales, los cuales suministran información, infraestructura, recursos humanos y financieros, entre otros; en estos procesos se encuentran: Gestión Financiera, Gestión Administrativa, Gestión de la Calidad.


Mapa de Procesos J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA.



3.9. RELACIÓN DE PROCESOS CON REQUISITOS DE LA NORMA NTC-ISO 9001:2008

Cap ISO 9001	Req. ISO	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
		DIRECCIÓN	COMERCIAL	ASIGNACIÓN DE CITAS	PRE CONSULTA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO	ADMINISTRATIVA	FINANCIERA	CALIDAD
4	4.1	X	X	X	X	X	X	X	X
	4.2.1	X	X	X	X	X	X	X	X
	4.2.2	X	X	X	X	X	X	X	X
	4.2.3	X	X	X	X	X	X	X	X
	4.2.4	X	X	X	X	X	X	X	X
5	5.1	X							
	5.2	X	X	X	X	X			
	5.3	X	X	X	X	X	X	X	X
	5.4.1	X	X	X	X	X	X	X	X
	5.4.2	X							
	5.5.1	X					X		
	5.5.2	X							
	5.5.3	X	X	X	X	X	X	X	X
	5.6	X							
	5.6.1	X							
	5.6.2	X							
5.6.3	X								
6	6.1	X						X	
	6.2						X		
	6.2.1						X		
	6.2.2						X		
	6.3				X	X	X		
	6.4			X	X	X			
7	7.1		X	X	X	X			
	7.2.1	X	X	X	X	X			
	7.2.2		X	X		X			

Cáp. ISO 9001	Req. ISO	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
		DIRECCIÓN	COMERCIAL	ASIGNACIÓN DE CITAS	PRE-CONSULTA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO	ADMINISTRATIVA	FINANCIERA	CALIDAD
7	7.2.3	x	x	x	x	x			X
	7.4						X		
	7.4.1						X		
	7.4.2						X		
	7.4.3					X	X		
	7.5.1			X	X	X			
	7.5.2			X	X	X			
	7.5.3		X	X	X	X	X		
	7.5.4		X	X	X	X			
	7.5.5					X	X		
	7.6				X	X	X		
8	8.2.1	X	X	X	X	X	X	X	X
	8.2.2	X	X	X	X	X	X	X	X
	8.2.3	X	X	X	X	X	X	X	X
	8.2.4			X	X	X			
	8.3		X	X	X	X	X		
	8.4	X	X	X	X	X	X	X	X
	8.5.1	X	X	X	X	X	X	X	X
	8.5.2	X	X	X	X	X	X	X	X
	8.5.3	X	X	X	X	X	X	X	X

	MANUAL DE LA CALIDAD	CÓDIGO	DIR-MA-01
		VERSIÓN	02
		HOJA	14 de 14

4. ANEXOS


ANEXO 1. DESPLIEGUE DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS DE LA CALIDAD

ANEXO 2. CARACTERIZACIONES


- Proceso Gestión de Dirección
- Proceso Gestión Comercial
- Proceso Gestión Asignación de Citas
- Proceso Gestión de Pre-Consulta
- Proceso Gestión prestación del Servicio
- Proceso Gestión financiera
- Proceso Gestión Administrativa
- Proceso Gestión de Calidad

5. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	8 de Mayo del 2012	Creación del documento
02	10 de Septiembre del 2012	Actualización del Organigrama debido a la inclusión de los cargos HOST y Director Técnico del Servicio Farmacéutico y la actualización del cargo "Auxiliar de Farmacia" por "Regente de Farmacia".

Revisado por Cargo: Director Administrativo Fecha : 10 de Septiembre del 2012	Aprobado por  Cargo: Director Administrativo Fecha : 10 de Septiembre del 2012
--	--

ANEXO 7. Procedimiento Control de Documentos

	PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS	CÓDIGO	GEQ-PR-03
		VERSIÓN	01
		HOJA	1 de 3

1. OBJETIVO

Controlar, establecer y asegurar los documentos generados en el Sistema de Gestión de la Calidad de J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica a la elaboración, aprobación, distribución y revisión de los documentos del S.G.C. de la organización.

3. DEFINICIONES

Procedimiento

Es la forma específica como se lleva a cabo una actividad o un proceso, es decir, es un documento escrito de un proceso en particular que muestra las actividades establecidas para el desarrollo de la labor.

Documento

Información y su medio de soporte. Ejemplo: Procedimiento, manual, instructivo, plan, registro. El medio de soporte puede ser: papel, red interna, Internet o medio magnético

Registro

Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

Listado maestro de documentos

Listado, documento en el cual se enumeran los diferentes documentos (documentos, registros, especificaciones entre otros.) generados en el Sistema de Gestión de la Calidad.

Guía

Documento que establece recomendaciones o sugerencias con relación a una situación particular, el cual no requiere de su cumplimiento paso a paso

Documento obsoleto


Documento que ha sido sustituido por una versión actualizada del mismo.

4. RESPONSABLES

Gerente General
Director Administrativo
Líder de Proceso y demás personal de la Organización

5. GUÍAS GENERALES

- ✓ Se consideran Documentos controlados del SGC los ubicados en la red de J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA., es decir que todo documento impreso o fotocopiado se considera como documento no controlado.
- ✓ Cuando se aprueba un Documento por primera vez (Manual, procedimiento, protocolo, instructivo, guía) se aprueban también los formatos que este genere.
- ✓ Cuando se apruebe un formato de forma independiente, se debe someter a lo definido en las actividades de este procedimiento y se evidencia su aprobación en el GEQ-FO-05 Formato Solicitud de creación, revisión y Anulación de Documentos.
- ✓ Cuando se actualiza un Documento (Manual, Procedimiento, Protocolo, instructivo, Guía) se deben resaltar los cambios recientes, sombreando la parte o cambios realizados al Documento.

	PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS	CÓDIGO	GEQ-PR-03
		VERSIÓN	01
		HOJA	2 de 3

- ✓ El personal de J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA., puede acceder a la documentación del SGC, a través de la red del disco compartido de la organización con una clave de acceso que no permite modificación.
- ✓ Se mantiene copia de seguridad de los documentos del S.G.C. ubicados en la RED en medio magnético que se encuentra en el servidor de J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA., el cual se genera automáticamente cada día.
- ✓ Los documentos externos se relacionan en el GEQ-FO-04 Listado Maestro de Documentos Externos. Los líderes de proceso una vez se enteren de que un Documento ha sido actualizado o creado deben informar este hecho al director administrativo para la respectiva actualización del GEQ-FO-04 y control del mismo, sin embargo los documentos externos aplicables a cada proceso se deben revisar mínimo una vez por año con los emisores, con el fin de verificar que estos se encuentran vigentes, se deja evidencia de esta revisión en el GEQ-FO-04.
- ✓ Los documentos externos que se encuentren en medio físico e incluidos en el listado maestro, se identifican con "DOCUMENTO CONTROLADO". Y los documentos externos que se encuentran en medio magnético, se controlan a través del formato PDF.
- ✓ Los documentos del S.G.C., emitidos a entes externos como clientes, organismos certificadores, proveedores, entre otros se identifican como "DOCUMENTO NO CONTROLADO" en el pie de página o con una marca de agua, lo que significa que estos no están sujetos a los lineamientos establecidos en este procedimiento en cuanto a control de la revisión.


6. DESARROLLO

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Elaborar los documentos del S.G.C., teniendo en cuenta los lineamientos de J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA., definidos en la Guía para Elaboración de Documentos del S.G.C. El Director Administrativo apoya la elaboración de los documentos.	Personal de la Organización, Director Administrativo	GEQ-GU-01 Guía para elaboración de documentos del SGC
2	Presentar el documento elaborado para su revisión a: <ul style="list-style-type: none"> • Director General, Los documentos correspondientes al proceso Gestión Prestación del Servicio. • Director Administrativo: Documentos correspondientes a los procesos, Gestión Asignación de Citas, Gestión de Pre-consulta y a los procesos de Apoyo. 	Director General Director Administrativo	
3	Aprobar los documentos, evidenciando esta actividad con la firma Director Administrativo, en el documento. Nota: Solo aplica para guías, manuales, instructivos y procedimientos.	Director Administrativo	
4	Incluir el documento aprobado en el Formato Listado Maestro de Documentos Internos.	Director Administrativo	GEQ-FO-03 Listado Maestro de Documentos Internos
5	Subir el documento creado o actualizado en la red, informándoles a los respectivos líderes sobre el mismo para que lo consulten y se comprometan a difundirlo y a velar por su implementación por parte del personal involucrado.	Líder de Proceso Director Administrativo	

6	Eliminar de la red Los documentos obsoletos.	Director Administrativo	
7	Informar los cambios requeridos en un documento al Líder del Proceso, quien analiza la viabilidad del cambio y en caso de considerarlo apropiado, diligencian el Formato Solicitud de Creación, Revisión, Anulación de Documentos. Presentar la solicitud de cambio al director administrativo para su aprobación.	Director Administrativo Líder de Proceso	GEQ-FO-05 Solicitud de creación, revisión y Anulación de Documentos.
8	Evidenciar la aprobación del cambio con la firma del Director Administrativo en el formato Solicitud de creación, revisión y Anulación de Documentos. Una vez aprobado el cambio del documento se repite el procedimiento desde la actividad No.1 Cuando la solicitud es de anulación de los documentos finaliza el procedimiento. Si la solicitud del documento no es aprobada se hace una observación en el Formato Solicitud de Creación, Revisión, Anulación y Aprobación de Documentos y finaliza el procedimiento.	Director Administrativo	GEQ-FO-05 Solicitud de Creación, Modificación y Anulación de Documentos.
DOCUMENTOS EXTERNOS			
9	Informar la creación o actualización de un documento Externo al Director Administrativo para: <ul style="list-style-type: none"> • Su actualización en la red si este se encuentra en medio magnético. • Realizar cambio del documento si este se encuentra impreso, teniendo en cuenta que se elimina el anterior. • Actualizar listado maestro de Documentos externos. 	Director Administrativo Líder del Proceso	GEQ-FO-04 Listado Maestro de documentos externos
10	Asegurar que los documentos aplicables a su respectiva área se encuentran disponibles, legibles y fácilmente identificables.	Líder del Proceso Director Administrativo	

7. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	20 de Marzo del 2012	Creación del documento

Revisado por Cargo: Director Administrativo Fecha : 20 de Marzo del 2012	Aprobado por  Cargo: Director Administrativo Fecha : 20 de Marzo del 2012
---	---

ANEXO 8. Procedimiento Control de Registros

	PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS	CÓDIGO	GEQ-PR-05
		VERSIÓN	01
		HOJA	1 de 3

1. OBJETIVO

Establecer las actividades a seguir para asegurar el Control de los registros del S.G.C. de J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros generados para el S.G.C.

3. DEFINICIONES

- ❖ **S.G.C.:** Sistema de Gestión de la Calidad.
 - ❖ **Documento:** Información y su medio de soporte. Ejemplo: Manual, Procedimiento, Instructivo, Guía, Protocolo y Formato. El medio de soporte puede ser: Papel, medio magnético.(En red)
 - ❖ **Procedimiento:** Es la forma específica como se lleva a cabo una actividad o un proceso, es decir, es un documento de un proceso en particular que muestra las actividades establecidas para el desarrollo de la labor.
 - ❖ **Procedimiento Documentado:** Término que significa que el procedimiento se ha establecido, documentado, implementado y mantenido.
 - ❖ **Formato:** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas. Los Registros se conservan para demostrar el cumplimiento a los requerimientos especificados y la eficacia del S.G.C.
 - ❖ **Tiempo de Retención:** Define el tiempo de almacenamiento del Registro en archivo activo e inactivo.
 - ❖ **Archivo Activo:** Información de los Registros del S.G.C que están al acceso para consulta.
 - ❖ **Archivo Inactivo:** Información de los Registros del S.G.C. que requieren ser almacenados después de cumplido su periodo en archivo activo, para ser consultada en caso requerido.
 - ❖ **Disposición:** Hace referencia al destino final del registro una vez ha cumplido el periodo de archivo inactivo. Ejemplo: Reciclar, destruir, incinerar, eliminar, entre otros.
 - ❖ **Recuperación:**
 - Clasificación: el registro se encuentra clasificado en: Carpetas, folders, AZ, archivos de computador (Excel, Word, pdf, etc.) o entre otros.
 - Tipo de archivo: Se define, como se encuentran organizados los registros: Cronológico, por consecutivo, alfabéticamente, por proceso, entre otros.
 - Acceso: Se definen los cargos de la empresa que tienen acceso a los registros sin ningún tipo de autorización previa.
 - ❖ **Ubicación:** Sitio o lugar en donde se encuentra archivados los registros. En caso que el archivo se encuentre en 1/2 magnético, se especifica la ruta de acceso.
- ### 4. CONDICIONES GENERALES
- ❖ La implementación de este procedimiento, es responsabilidad del o (los) cargo(s) responsable (s) del archivo de los diferentes formatos de cada proceso.

	PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS	CÓDIGO	GEQ-PR-05
		VERSIÓN	01
		HOJA	2 de 3

- ❖ Los listados maestros de registros, se encuentran disponibles en el disco compartido de la empresa, para acceso del personal. La ruta se encuentra definida en el GEQ-FO-06 Listado maestro de registro.
- ❖ Los registros se llenan en forma clara, evitando borrones; si hubiese algún dato erróneo se tacha y se procede a rubricar al lado de la misma.
- ❖ La revisión del listado maestro de registros se realiza mínimo una vez al año.

5. DESARROLLO


No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Elaborar y aprobar los Formatos definidos para cada proceso, siguiendo los lineamientos establecidos en el Procedimiento de Control de Documentos y la Guía de Elaboración de Documentos.	Personal de procesos.	GEQ-PR-03 Procedimiento de Control de Documentos. GEQ-GU-01 Guía de Elaboración de Documentos
2	Se distribuyen los formatos a los diferentes procesos según lo establecido en el Procedimiento de Control de Documentos.	Líder de Proceso Director Administrativo	GEQ-PR-03 Procedimiento de Control de Documentos
3	<p>El líder del proceso se encarga de definir los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La <u>clasificación</u> puede ser en carpetas, AZ, folders, archivo de Excel, Word, entre otros. • El <u>tipo de archivo</u> el cual puede ser: cronológico, alfabético, consecutivo, por proceso, entre otros. • <u>Los cargos que pueden tener acceso</u> al archivo de los Registros, teniendo en cuenta que si una persona no autorizada requiere algún Registros, debe consultarlo a través de los cargos autorizados. • La <u>ubicación</u> o lugar de archivo de los Registros por cada proceso. <p>Simultáneamente la líder de proceso informará lo definido al Director Administrativo, quien se encargará de registrarlo en el Listado Maestro de Registros.</p>	Líder de Proceso Responsable del Archivo. Director Administrativo	GEQ-FO-06 Listado Maestro de Registros.
4	Almacenar y proteger los Registros de factores que alteren sus condiciones físicas tales como polvo, humedad, sol, entre otros. El responsable del archivo, los mantiene en forma ordenada y asegura el estado de los mismos dentro del sistema, evitando el daño o el deterioro.	Líder de Proceso Responsable del Archivo.	GEQ-FO-06 Listado Maestro de Registros.
5	Establecer y aplicar los tiempos de retención de	Líder de	GEQ-FO-06

	PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS	CÓDIGO	GEQ-PR-05
		VERSIÓN	01
		HOJA	3 de 3

	los Registros en archivo Activo e Inactivo, según lo indicado en el Formato Listado Maestro de Registros. Además se debe tener en cuenta los requerimientos legales para determinar el tiempo de retención de algunos casos.	Proceso Responsable del Archivo.	Listado Maestro de Registros.
6	Determinar y aplicar la disposición final a cada Registro, una vez haya culminado el tiempo declarado para retención del archivo, registrando esta información en el Formato Listado Maestro de Registros.	Líder de Proceso Responsable del Archivo.	GEQ-FO-06 Listado Maestro de Registros.

6. HISTORIAL DE REVISIONES

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	25 de Mayo del 2012	Creación del documento

Revisado por Cargo: Director Administrativo Fecha : 25 de Mayo del 2012	Aprobado por  Cargo: Director Administrativo Fecha : 25 de Mayo del 2012
--	--

ANEXO 9. Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad

	PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD	CÓDIGO	GEQ-PR-06
		VERSIÓN	02
		HOJA	1 de 9

1. OBJETIVO

Establecer las actividades a seguir para la planeación, ejecución, verificación y control de las Auditorías Internas del Sistema de Gestión de la Calidad, para determinar si es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de las normas NTC-ISO 9001 y los establecidos por J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA.

2. ALCANCE

Aplica a las auditorías internas que se realicen al Sistema de Gestión de la Calidad de J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA.

3. DEFINICIONES

Auditoria: Proceso Sistemático independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoria y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoria.

Criterios de la Auditoria: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos.

Evidencia de la Auditoria: Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de la auditoria y que son verificables.

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

Conclusiones de la Auditoria: Resultado de la auditoria que proporciona el equipo auditor, tras considerar los objetivos de la Auditoria y todos los hallazgos de la Auditoria.

Cliente de la Auditoria: Organización o persona que solicita una Auditoria.

Auditado: Organización, proceso o persona que es auditada.

Auditor: Persona con los atributos personales demostrados y competencia para llevar a cabo una auditoría.

***Auditor Observador:** Es el rol que cumple el auditor en el proceso de entrenamiento, se limita dentro de la auditoria a observar el desarrollo de esta. Persona que acompaña al equipo auditor pero que no audita

***Auditor Acompañante:** Es el rol que cumple el auditor en el proceso de entrenamiento, participa en el desarrollo de la auditoria bajo monitoreo.

Guía: Persona designada por el auditado para asistir al equipo auditor.

Riesgo: Efecto de la incertidumbre sobre los objetivos.

Equipo Auditor: Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría, con el apoyo, si es necesario, de expertos técnicos.

Experto Técnico: Persona que aporta conocimientos o experiencia específicos al equipo auditor.

Plan de Auditoria: Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoria.

Programa de la Auditoria: Conjunto de una o más auditorias planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

	PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD	CÓDIGO	GEQ-PR-06
		VERSIÓN	02
		HOJA	2 de 9

Alcance de la Auditoría: Extensión y límites de una auditoría.

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

Conformidad: Cumplimiento de un requisito.


No Conformidad: Incumplimiento de un requisito.

Oportunidades de Mejora: Comprenden las observaciones y recomendaciones de mejora para el SGC y sus procesos.

4. GUÍAS GENERALES

- Si existen procesos o actividades con problemas críticos se deben programar auditorías adicionales para estos.
- Los Auditores no deben auditar su propio trabajo.
- El Director Administrativo es responsable de Gestionar el Programa de Auditorías, quién tiene la responsabilidad de:
 - ✓ Identificar y evaluar los riesgos para el programa de auditoría.
 - ✓ Realizar seguimiento y mejora del programa de auditorías.
 - ✓ Definir con el apoyo del Director General los objetivos del Programa Global de Auditorías y de las auditorías individuales
 - ✓ Definir el alcance de las auditorías individuales.
 - ✓ Asegurar el cumplimiento de todas las actividades descritas en el procedimiento de auditorías internas.
- En el Anexo No.1 Responsabilidades y Competencias del Auditor, se describen las responsabilidades, conocimientos y habilidades y los criterios de evaluación de los auditores internos o externos que realicen auditorías internas en nombre de J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA.
- Para el desarrollo de las auditorías se aplicará el método de auditoría en sitio con interacción humana, en donde se realizarán: entrevistas, revisión de documentos, diligenciamiento de listas de verificación y muestreo.
- **Criterios de Evaluación del Auditor**
Los criterios de evaluación del Auditor son:
 - ***Cualitativos:** Demostrar el comportamiento personal, los conocimientos o el desempeño de las habilidades, en la formación o en el lugar de trabajo.
 - ***Cuantitativos:** Años de experiencia laboral y de educación, el número de auditorías realizadas, las horas de formación en auditoría.
- **Método de evaluación:**

Revisión de registros	Análisis de registros de educación, formación y experiencia (Laboral y en auditorías).
Observación	Auditorías en presencia de un auditor con más experiencia.
Retroalimentación	Evaluación de Desempeño como auditor (**)

	PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD	CÓDIGO	GEQ-PR-06
		VERSIÓN	02
		HOJA	3 de 9

Revisión después de la auditoría	Revisión de los registros de la auditoría (listas de verificación, informe de auditoría).
---	---

(**) Después de cada auditoría en el caso que aplique, el Líder del Equipo Auditor evalúa el desempeño de los auditores (acompañantes e Internos), para lo cual se diligencia el GEQ-FO-02 Evaluación del Desempeño del Auditor.

- Mantenimiento y Mejora de la competencia del auditor:

Las actividades de desarrollo profesional continuo del equipo auditor, pueden conllevar a:

Cualquier modificación a la norma ISO sobre auditoría NTC ISO 19011 Y NTC ISO 9001 Sistemas de Gestión de la Calidad, requieren que se programe y se ejecuten actualizaciones a los auditores.


Con base en los resultados obtenidos en la aplicación de los métodos de evaluación, se puede generar entrenamiento a los auditores para fortalecerlos en los aspectos débiles detectados.

5. DESARROLLO

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Definir anualmente los objetivos del programa global de auditoría, registrándolos en el Programa de Auditoría.	Director General, Director Administrativo	GEQ-FO-12 Programa de Auditorías Internas
2	Identificar y evaluar los riesgos que puede afectar el logro de los objetivos del programa global de auditoría, siguiendo los lineamientos definidos en el Formato Identificación y evaluación de riesgos del programa de auditoría.	Director Administrativo	GEQ-FO-14 Identificación y Evaluación de Riesgos del Programa de Auditoría
3	Elaborar anualmente el Programa de Auditorías de Calidad, teniendo en cuenta el estado y la importancia de los procesos a auditar, así como los resultados de auditorías previas, para lo cual se recomienda el uso de la Matriz de Impacto del Proceso, en la cual se tienen en cuenta el nivel de no conformidades y de auditorías previas, el impacto del proceso frente a la organización (resultados de indicadores) y el impacto del proceso frente al servicio.	Director Administrativo	GEQ-FO-12 Programa de Auditorías Internas GEQ-FO-11 Matriz de Impacto del Proceso
4	Aprobar el Programa de Auditorías de Calidad en Comité de Calidad.	Comité de Calidad	GEQ-FO-12 Programa de Auditorías Internas GEQ-FO-01 Acta de Reunión.

5	<p>Preparar la auditoría, teniendo en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> Elaborar el Plan de Auditoría Interna para: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecer Objetivos, Alcance y Criterios de la Auditoría Individual. ✓ Definir fechas, actividades por Auditor, Auditores, Auditados y tiempo de duración de la Auditoría. <p>El Director General aprueba el Plan de Auditoría con su firma, es importante validar con el Director los objetivos de la auditoría individual.</p> <p>Posteriormente es presentado al líder del proceso a auditar con anterioridad a la fecha programada para la auditoría y a su vez, es responsabilidad del líder comunicar el mismo al personal del proceso.</p> <p>Nota: El Director Administrativo analiza si los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos del programa individual de auditoría ya están incluidos en el Identificación y Evaluación de Riesgos del Programa de Auditoría, en caso de que no se deben identificar y evaluar siguiendo la metodología definida en el GEQ-FO-14 Identificación y evaluación de riesgos del programa de auditoría.</p>	<p>Director General Director Administrativo</p>	<p>GEQ-FO-13 Plan de Auditoría Interna de Calidad</p> <p>GEQ-FO-11 Matriz de Impacto del Proceso</p> <p>GEQ-FO-14 Identificación y Evaluación de Riesgos del Programa de Auditoría</p>
6	<ul style="list-style-type: none"> Revisar los criterios de Auditoría (Manual de la calidad, procedimientos, instructivos, registros, entre otros). Elaborar la Lista de Verificación de Auditoría para el desarrollo de la Auditoría. 	<p>Equipo Auditor</p>	<p>GEQ-FO-15 Lista de Verificación Auditoría Interna de Calidad</p>
7	<ul style="list-style-type: none"> Efectuar la reunión de apertura de la auditoría con el personal involucrado, con el propósito de ratificar el objeto y alcance de la Auditoría, reconfirmar la información del Plan de Auditoría y la hora de la reunión de cierre, explicar los conceptos relacionados con los hallazgos (Fortalezas, Oportunidad de Mejora, No Conformidades). Dejar evidencia de esta reunión en un acta o el GEA-FO-01 Reporte de Capacitación y/o entrenamiento.3 Recolectar y examinar las evidencias verificando el cumplimiento de lo documentado con lo ejecutado, realizando entrevistas a los auditados. Analizar los documentos, registros y observar el funcionamiento de los diferentes procesos y actividades auditadas. Realizar una reunión entre los auditores para compartir la información recolectada al finalizar la auditoría, para lo cual se revisa la Lista de Verificación de Auditoría y se efectúa un balance de la auditoría, resaltando las fortalezas, oportunidades 	<p>Equipo Auditor, Auditados</p>	<p>GEQ-FO-13 Plan de Auditorías Internas de calidad</p> <p>GEA-FO-01 Reporte de Capacitación y/o Entrenamiento</p>

	de mejora y no conformidades. Se procede a realizar la reunión de cierre y se informan los resultados obtenidos de la auditoria. Dejar evidencia de esta reunión en un acta o el GEA-FO-01 Reporte de Capacitación y/o entrenamiento.		
8	Elaborar el Informe de Auditoría Interna y entregarlo al Director General o Director Administrativo, quienes se encargan de socializarlo a los Líderes de los proceso auditados. El informe de auditoria referencia aspectos como: <ul style="list-style-type: none"> • Hallazgos de la auditoria (Fortalezas, Oportunidades de Mejora y No Conformidades). • Alcance de la Auditoría • Criterios de la Auditoría • Conclusión de la Auditoria: debe ser coherente con los objetivos de la auditoria individual. 	Director General o Director Administrativo Líder del Equipo Auditor Equipo Auditor	GEQ-FO-10 Informe de Auditoría de Calidad
9	En caso de presentarse hallazgos, solucionarlos teniendo en cuenta: <ul style="list-style-type: none"> • Para las oportunidades de mejora se deja evidencia de su solución en el GEQ-FO-09 Acciones de Mejora. • Para las no conformidades aplicar el GEQ-PR-01 Procedimiento de Acciones Correctivas, con el propósito de eliminar las desviaciones encontradas en la Auditoria, teniendo en cuenta que el Líder del proceso auditado es responsable que se tomen la corrección y acción correctiva sin demora injustificada para eliminar las No Conformidades detectadas y sus causas. Registrar en el GEQ-FO-08 Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas la determinación de las causas, la corrección y acción correctiva a seguir. 	Líder de Proceso y personal involucrado	GEQ-FO-09 Acciones de Mejora. GEQ-FO-08 Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas GEQ-PR-01 Procedimiento de Acciones Correctivas.
10	Verificar que la acción correctiva fue ejecutada dejando evidencia del seguimiento realizado el Director Administrativo o el Auditor en el GEQ-FO-08 Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas. Posteriormente, el Director Administrativo o el Auditor efectúa monitoreo a la eficacia de la Acción Correctiva implementada y efectuar el cierre de la misma. Se evidencia esta actividad en el GEQ-FO-08 Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas	Director Administrativo o el Auditor	GEQ-FO-08 Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas

	PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD	CÓDIGO	GEQ-PR-06
		VERSIÓN	02
		HOJA	7 de 9


	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de informes de auditoría (incluye redacción de conclusiones). - Redacción de hallazgos. <p>HABILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Liderazgo ✓ Capacidad de Negociación ✓ Trabajo en equipo ✓ Planeación y organización. ✓ Facilidad de comunicación verbal y escrita. 	
Formación	<ul style="list-style-type: none"> - Formación como Auditor Interno - Capacitación en Sistemas de Gestión de la Calidad. 	Certificados o Diplomas.
Experiencia	<p>Laboral: Mínimo 6 meses vinculado a la ORGANIZACIÓN o un año de experiencia laboral en empresas del sector.</p> <p>Como Auditor: Participación como auditor observador con una duración mínima de seis (6) horas de auditoría. Participación como auditor acompañante con una duración mínima de diez (10) horas.</p> <p>NOTA: En ausencia de las dos anteriores, se requiere experiencia como Auditor Interno en mínimo dos auditorías en entidades externas a la ORGANIZACIÓN.</p>	Certificados

NOTA ACLARATORIA:

En caso de contratar servicios de auditoría internas con personal externo al Centro Pediátrico, para que sean realizadas en nombre de la organización, se mantienen las competencias definidas anteriormente, excepto la Experiencia, cuyo requisito es:


Líder equipo auditor	Haber realizado mínimo dos (2) auditorías a Sistemas de Gestión de la Calidad en empresas del sector o procesos en el área de salud, desempeñando el rol de líder.
Auditor interno	Haber participado mínimo en dos (2) auditorías a Sistemas de Gestión de la Calidad en empresas del sector o procesos en el área de salud.

2. RESPONSABILIDADES DEL AUDITOR				
ROL DEL AUDITOR	PLANEACIÓN	PREPARACIÓN	EJECUCIÓN	SEGUIMIENTO Y MEJORA
INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> -Elaborar conjuntamente con el equipo auditor, el Plan de Auditorías Internas de Calidad. - Asistir y participar en las reuniones programadas por el Auditor Líder. 	<ul style="list-style-type: none"> - Planear y desarrollar las tareas asignadas por el Auditor Líder -Consultar los documentos pertinentes para el desarrollo de la auditoría. -Preparar los documentos necesarios para la realización de las auditorías. Entre dichos documentos se encuentran las listas de verificación. - Verificar que la documentación esté a disposición y sea comprendida por el auditor observador o acompañante asignado. 	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar la reunión de apertura, en la cual se presenta el Plan de Auditorías Internas de Calidad, y se resuelven las dudas existentes, dejando evidencia de los participantes, en el Formato Control de Asistencia. - Ejecutar la auditoría. Recolectar y analizar las evidencias de auditoría que sean pertinentes y suficientes para obtener conclusiones. - Elaborar y entregar al Auditor Líder el Informe de Auditoría con sus respectivos soportes en los tiempos establecidos. - Realizar los ajustes y correcciones a los que haya lugar al informe de auditoría. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar seguimiento a las acciones correctivas que son resultado de la auditoría. -Participar en las actividades de Evaluación del Desempeño de Auditores Acompañantes y Observadores. -Implementar las acciones de mejora que resulten de su evaluación de desempeño. -Participar en las capacitaciones y/o entrenamientos como auditor. -Apoyar el Proceso de formación de auditores observadores y acompañantes en cada una de las etapas del procedimiento, según corresponda.
ACOMPÑANTE	<ul style="list-style-type: none"> - Asistir y participar en las reuniones programadas por el Auditor Líder. - Conocer el Plan de Auditorías Aprobado 	<ul style="list-style-type: none"> - Consultar los documentos pertinentes para el desarrollo de la auditoría. - Preparar los documentos necesarios con base en la revisión de la información pertinente, relacionada con sus asignaciones de auditoría según orientaciones del Auditor interno. 	<ul style="list-style-type: none"> -Participar en la Reunión de apertura, Auditoría en sitio y Reunión de cierre. -Participar en la elaboración del informe de auditoría. 	<ul style="list-style-type: none"> -Participar en las capacitaciones y/o entrenamientos como auditor.
OBSERVADOR	<ul style="list-style-type: none"> - Asistir y participar en las reuniones programadas por el Auditor Líder. - Conocer el Plan de Auditorías Aprobado 	<ul style="list-style-type: none"> -Consultar los documentos pertinentes para el desarrollo de la auditoría asignada. -Interactuar con el Auditor Interno. 	<ul style="list-style-type: none"> -Participar en la Reunión de apertura. -Participar como observador en la auditoría en sitio. -Interactuar con el Auditor Interno. 	<ul style="list-style-type: none"> -Participar en las capacitaciones y/o entrenamientos como auditor.

	PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD	CÓDIGO	GEQ-PR-06
		VERSIÓN	02
		HOJA	9 de 9

6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	19 de julio del 2012	Creación del documento
02	18 de Octubre de 2012	Actualización del procedimiento de acuerdo a los lineamientos de la NTC ISO 19011-2012: Identificación de Riesgos, Competencia y Evaluación del Auditor, entre otros.

Revisado por Cargo: Director Administrativo Fecha : 18 de Octubre del 2012	Aprobado por  Cargo: Director Administrativo Fecha : 18 de Octubre del 2012
---	---

ANEXO 10. Procedimiento evento adverso y/o Producto no conforme

	PROCEDIMIENTO CONTROL DE EVENTO ADVERSO Y/O PRODUCTO/SERVICIO NO CONFORME	CÓDIGO	GEQ-PR-04
		VERSIÓN	01
		HOJA	1 de 6

1. OBJETIVO:

Establecer las actividades a seguir para asegurar que los producto/servicios no conformes y eventos adversos detectados durante las actividades de control o en las entradas y salidas entre procesos operativos se controlen, para prevenir no conformidades en la prestación de los servicios.

2. ALCANCE:

Este procedimiento aplica a todos los procesos operativos (Gestión Comercial, Gestión Asignación de citas, Gestión Pre-Consulta y Gestión Prestación del Servicio) de J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA., donde el resultado del proceso tenga como consecuencia un evento adverso y un producto/servicio que no cumpla con los requisitos establecidos en cada una de las etapas de los procesos antes mencionados.

3. DEFINICIONES:

Evento adverso (EA): Daño no intencional causado al usuario como resultado clínico no esperado y puede o no estar asociado a un error.

Producto/Servicio No Conforme (P/SNC): Son todos aquellos "Producto/servicios", que no cumplen con uno o más requisitos establecidos, lo que impide dar visto bueno a su conformidad.

Producto: Resultado de un proceso, el cual puede ser un material procesado, un producto/servicio, hardware y software.

Corrección: Acción realizada para eliminar una no conformidad detectada.

Reproceso: Acción tomada sobre un producto no conforme para que cumpla con los requisitos.

Reparación: Acción tomada sobre un producto no conforme para convertirlo en aceptable para su utilización prevista.

Desecho: Acción tomada sobre un producto no conforme para impedir su uso inicialmente previsto.

Permiso de Desviación: Autorización para apartarse de los requisitos originalmente especificados del producto, antes de su realización.

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


Verificación: Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que ha cumplido los requisitos especificados.

Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una No Conformidad detectada u otra situación indeseable.

Acción Preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de una No Conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

4. RESPONSABLE

Personal de J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA.
Líderes de proceso

	PROCEDIMIENTO CONTROL DE EVENTO ADVERSO Y/O PRODUCTO/SERVICIO NO CONFORME	CÓDIGO	GEQ-PR-04
		VERSIÓN	01
		HOJA	2 de 6

5. DESARROLLO:

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1.	Detectar el evento adverso y/o producto/servicio no conforme e informarlo al líder de proceso, quién lo registra de manera clara y precisa en el formato Reporte evento adverso y/o producto/servicio no conforme y anexándolo en la carpeta de reporte de eventos adversos y/o productos/servicios no conformes para su posterior revisión por parte del Director Administrativo.	Personal de la empresa Líder del proceso.	GEQ-FO-07 Reporte evento adverso y/o Producto/servicio no conforme.
2	Definir la acción a seguir para corregir o eliminar el evento adverso y/o producto/servicio no conforme, especificando en el Reporte lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Acción a seguir • Responsable de ejecutar la acción. • Fecha límite de cumplimiento de la Acción. Nota: El Anexo No. 1 describe los eventos adversos y/o producto/servicio no conforme planeados y el tratamiento o acción a seguir para su corrección.	Líder del proceso Director Administrativo.	GEQ-FO-07 Reporte evento adverso y/o Producto/servicio no conforme.
3	Ejecutar las acciones que se determinaron para corregir el evento adverso y/o producto/servicio no conforme.	Personal asignado.	GEQ-FO-07 Reporte evento adverso y/o Producto/servicio no conforme.
4	Verificar que la acción tomada para corregir el evento adverso y/o producto/servicio no conforme elimino la no conformidad, dejando evidencia de esta actividad en el GEQ-FO-07, teniendo en cuenta: <ul style="list-style-type: none"> • Responsable de ejecutar la acción. • Fecha límite de cumplimiento de la acción. 	Líder del proceso y/o Director Administrativo.	GEQ-FO-07 Reporte evento adverso y/o Producto/servicio no conforme.
5	Analizar los eventos adversos y/o producto/servicios no conformes y en caso de que éstos sean repetitivos o tengan alto impacto en la calidad del producto/servicio, en los procesos o en la satisfacción del cliente y en la salud del paciente, generar en comité de calidad o a través de reunión del líder del proceso, Director Administrativo y/o Director General las acciones correctivas necesarias para eliminar la causa de las no conformidades, siguiendo lo establecido en el procedimiento Acciones Correctivas.	Comité de Calidad Líder de Proceso, Director Administrativo y/o Director General	GEQ-PR-01 Procedimiento Acciones Correctivas GEQ-PR-02 Procedimiento Acciones Preventivas

	PROCEDIMIENTO CONTROL DE EVENTO ADVERSO Y/O PRODUCTO/SERVICIO NO CONFORME	CÓDIGO	GEQ-PR-04
		VERSIÓN	01
		HOJA	3 de 6

ANEXO NO. 1: EVENTOS ADVERSOS Y/O PRODUCTOS/SERVICIOS NO CONFORMES Y TRATAMIENTO A SEGUIR

Nota: Los productos/servicios no conformes que no están sombreados también se consideran un evento adverso.

PROCESOS	EVENTO ADVERSO Y/O PRODUCTO/SERVICIO NO CONFORME (Internos)	ACCIÓN A SEGUIR (CORRECCIÓN)
Todos los Procesos	Caída del paciente: <ul style="list-style-type: none"> a nivel camillas 	<p>En caso de caída del paciente dentro de la institución se debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> Llamar previamente al personal médico para revisión del paciente. Prestar los primeros auxilios necesarios para estabilizar al paciente. <p>En caso, requerido realizar traslado del paciente a la institución de salud más cercano.</p>
	Muerte del paciente	<p>Si el paciente llegara a perder conocimiento dentro de la institución:</p> <ul style="list-style-type: none"> Llamar previamente al personal médico para revisión del paciente. Traslado inmediato del paciente a otra institución.
Procesos Misionales En General	Mal diagnóstico del paciente por falla de equipo.	Volver a realizar el diagnóstico a la mayor brevedad posible.
	Mal diligenciamiento de la historia clínica.	Volver a diligenciar la historia clínica con los datos adecuados, según lo establecido en el GEP-PR-41 procedimiento de historias clínicas.
	Perdida de la confidencialidad (Divulgación del motivo de consulta del paciente).	Se le recuerda al personal de Garey la importancia del derecho a la confidencialidad del usuario. Ofrecer disculpas y prestar asistencia inmediata al paciente.
	Perdida del derecho a la intimidad	Se le recuerda al personal de Garey la importancia del derecho a la privacidad e intimidad del usuario. Ofrecer disculpas al paciente, y si la presencia del personal es necesaria para apoyo solicitar consentimiento del mismo.
	Dar información no adecuada y/o omitir información necesaria.	Dar la información completa y adecuada al paciente.
	Incorrecta identificación del paciente (no corroborar el nombre completo y/o documento del paciente).	Identificar adecuadamente al paciente (Solicitando el nombre completo y documento).
	Incumplimiento de alguna actividad	En caso aplicable aplicar ejecutar la

	establecida en los documentos que afecte la prestación del servicio.	actividad según lo documentado.
Prestación del Servicio – Pediatria	Error en la prescripción del tratamiento nutricional.	Realizar la prescripción nutricional adecuada al paciente.
	Solicitar examen no requeridos por parte del especialista.	Asumir el costo de los exámenes en caso de que se estime conveniente.
	Equivocación de medicamento y/o dosis recetada.	Recetar los medicamentos y/o dosis adecuada.
	Mala interpretación de los resultados de exámenes de apoyo diagnostico.	Hacer interpretación adecuada de los exámenes y en caso requerido solicitar el apoyo de un profesional en el área.
Prestación del Servicio - Odontopediatria	Mala interpretación de los resultados de exámenes de apoyo diagnostico	Hacer interpretación adecuada de los exámenes y en caso requerido solicitar el apoyo de un profesional del área.
	Dosis de anestesia suministrada mayor a la estipulada.	En caso requerido realizar seguimiento al paciente y costear exámenes en caso requerido.
	Reacción adversa a la aplicación de la anestesia.	En caso requerido realizar seguimiento al paciente y costear exámenes en caso requerido.
Prestación del Servicio - Inmunoterapia	Realización de una nebulización con una dosificación diferente a la formulada por el especialista.	Realizar la segunda nebulización teniendo en cuenta la dosificación formulada por el especialista.
Procedimientos menores	Cauterización de moluscos, (Quemadura del paciente)	Brindar la atención necesaria y medicamentos en caso de ser requerido para mejorar el estado del paciente.
	Contaminación del paciente por utilización de instrumental mal esterilizado.	Brindar tratamiento al paciente y suministrar los antibióticos en caso de ser necesario.
	No diligenciamiento del consentimiento informado	Diligenciar a la mayor brevedad el consentimiento informado.
Prestación del servicio: Fonoaudiología y Optometría.	Resultados entregados inoportunamente.	Pedir disculpas al paciente y entregar a la mayor brevedad posible los resultados del examen.
	Realización de exámenes no solicitados o incompletos.	Pedir disculpas al paciente y realizar el examen solicitado o pendiente a la mayor brevedad posible.
	Exámenes mal realizados.	Comunicarse con el paciente solicitarle que se acerque al centro pediátrico para realizar nuevamente el examen. Esto debe realizarse en el menor tiempo posible para no afectar la oportunidad de la entrega del resultado.
	Demora en el envío de una muestra al proveedor.	Remitirla y si el resultado no sale para la fecha propuesta informarle al paciente.
Prestación del	Dar información incorrecta sobre	Se corrige la información dada al


Servicio: Vacunación	esquemas de vacunación.	usuario mediante una llamada telefónica o personalmente a la mayor brevedad posible.
	Efectos secundarios como consecuencia de la aplicación del biológico (infección en el sitio de la punción, flebitis, hematoma, desmayo, vomito, convulsión, inflamación en el sitio de la punción).	Citar al usuario para ver la severidad de los eventos en caso requerido. Si los eventos adversos son severos se ofrece asistencia médica pediátrica.
	No disponibilidad del biológico	Se informara al usuario la fecha de llegada del biológico para que el paciente se presente en el centro pediátrico para su respectiva aplicación.
	Aplicar el biológico que no corresponde	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer disculpas al usuario por la equivocación. • Aplicación del biológico correspondiente sin costo. • Ofrecer una consulta médica para garantizar que su calidad de vida no se afecta.
	Aplicar biológico que no corresponde con el esquema de vacunación.	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer disculpas al usuario por la equivocación. • Aplicación del biológico correspondiente sin costo. • Ofrecer una consulta médica para garantizar que su calidad de vida no se afecta.
	Aplicar el biológico por la vía no adecuada para el biológico.	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer disculpas al usuario por la equivocación. • Ofrecer una consulta médica para garantizar que su calidad de vida no se afecta. • Aplicación del biológico correspondiente sin costo y cumpliendo los protocolos de vacunación.
Prestación del servicio: Farmacia	Entrega equivocada del medicamento (nombre del medicamento, dosis, concentración)	Se le llama inmediatamente al paciente y se realiza el cambio por el medicamento correcto.
	Entrega de medicamento con fecha de vencimiento expirada.	Verificar la fecha de vencimiento del medicamento traído por el usuario contra la registrada en el formato Control de fechas de vencimiento de medicamentos y si coinciden realizar el respectivo cambio.
	No disponibilidad de medicamentos	Adquirir el medicamento con el fin de entregarlo al usuario a la mayor brevedad posible (personal o domicilio).

	PROCEDIMIENTO CONTROL DE EVENTO ADVERSO Y/O PRODUCTO/SERVICIO NO CONFORME	CÓDIGO	GEQ-PR-04
		VERSIÓN	01
		HOJA	6 de 6


	Complicaciones terapéuticas medicamentosas	Explicar los posibles efectos secundarios y reacciones adversas del medicamento, (cada vez que se entregan).
	Formulación médica intercambiada entre pacientes.	Una vez detectado el error se entregan las formulas correspondientes y se pide disculpas al usuario.
	Entrega del medicamento al paciente no correspondiente.	Se le llama inmediatamente y se realiza el cambio por el medicamento correcto.
Gestión Asignación de citas	Asignación de la cita fuera del parámetro establecido.	Asignar la cita al paciente a la mayor brevedad posible.
	El paciente no es atendido en la fecha programada.	Llamar al paciente explicar la situación y ofrecer disculpas y reasignar nuevamente la cita.
Gestión de Pre-Consulta	Ingreso del paciente de primera vez al consultorio sin pasar previamente por pre-consulta.	Realizar la Pre-consulta de forma inmediata e ingresarlo nuevamente a la consulta con el especialista.
	Ingreso del paciente de primera vez al consultorio sin pasarle previamente el video institucional.	Presentar a la mayor brevedad posible el video institucional al paciente.
	Diligenciar incorrectamente los datos del paciente en la historia clínica y/o formato de consulta y control.	Hacer la respectiva corrección dejando una nota aclaratoria.

6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	21 de Mayo del 2012	Creación del documento

Revisado por Cargo: Director Administrativo Fecha : 21 de Mayo del 2012	Aprobado por  Cargo: Director Administrativo Fecha : 21 de Mayo del 2012
--	--

ANEXO 11. Procedimiento de Acciones Preventivas

	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS	CÓDIGO	GEQ-PR-02
		VERSIÓN	01
		HOJA	1 de 3

1. OBJETIVO

Establecer las actividades que se deben seguir para la definición e implementación de acciones que eliminen las causas de no conformidades potenciales y evitar su ocurrencia, generando mejora continua al S.G.C. del centro pediátrico.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica a las no conformidades potenciales que se generen en el S.G.C. y sus procesos.

3. DEFINICIONES

S.G.C.: Sistema de Gestión de la Calidad.

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

Mejora continua: Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos

No conformidad: Incumplimiento de un requisito

Conformidad: Cumplimiento de un requisito

Monitorear: Seguimiento periódico para verificar la eficacia de la actividad implementada

Eficacia: Extensión en que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados (es decir cumplir con lo planeado).

4. RESPONSABLES

Director Administrativo, Líderes del proceso, Dirección General


5. GUÍAS GENERALES

Las fuentes de información que permiten identificar la necesidad de definir e implementar acciones preventivas pueden ser : planificación de la calidad, evaluación de la competencia, experiencia de otras empresas del sector, reclamos de los clientes, revisión de las necesidades y expectativas del cliente, análisis del mercado, análisis de datos, análisis de riesgos, determinación de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas del proceso, reportes de auditoría, estudios de mercado, reevaluación de proveedores, resultados de la satisfacción del cliente, información de formatos que muestre alguna tendencia que podría surgir un problema potencial, entre otros.

La acción preventiva es eficaz cuando se alcanza el resultado deseado, es decir, disminuyó el riesgo o la probabilidad de que se presente la potencial no conformidad.


Las Acciones de Mejora generadas por los procesos y su seguimiento son consignadas por los Líderes de Proceso en el GEQ-FO-09 Acciones de Mejora.

Para registrar la No Conformidad Potencial, el personal que lo requiera debe abrir el archivo de GEQ-FO-08 Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas, ubicado en la red del centro pediátrico.

	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS	CÓDIGO	GEQ-PR-02
		VERSIÓN	01
		HOJA	2 de 3

6. DESARROLLO


No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Identificar la No Conformidad potencial presentada, a través del análisis de información relacionada con el cliente, los servicios, el S.G.C. y sus procesos, reportándola al Líder del Proceso para determinar su viabilidad.	Personal de J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA. Líderes del proceso	
2	El Líder de Proceso informa la No Conformidad potencial al director administrativo y/o Director General para determinar la viabilidad de la Acción Preventiva, teniendo en cuenta aspectos económicos, técnicos o repercusiones para la empresa.	Líder del proceso Director Administrativo Director General	
3	Si la Acción Preventiva es conveniente, el Líder de Proceso, diligencia la No Conformidad, en el Formato Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas en forma clara y concreta. Y le informa al director Administrativo o la persona encargada la No conformidad que acaba de registrar.	Líder del proceso Director Administrativo	GEQ-FO-08 Reporte de acciones correctivas y preventivas
4	El Director Administrativo o el Líder del Proceso y el personal que se estime conveniente, analizan la No Conformidad potencial hasta determinar las causas potenciales del problema. Se recomienda utilizar la técnica estadística: los Tres Por Qué?. El líder del proceso registra esta actividad en el formato Formato Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas.	Líder del proceso Director Administrativo Personal que se estime conveniente.	GEQ-FO-08 Reporte de acciones correctivas y preventivas
5	Definir y registrar las Acciones preventivas en el Formato Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas (actividades a realizar, cargo responsable de la ejecución de la actividad y la fecha límite del cumplimiento del plan de acción).	Líder del proceso Director Administrativo	GEQ-FO-08 Reporte de acciones correctivas y preventivas
6	Ejecutar las Acciones Preventivas descritas en el Formato Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas.	Personal Asignado	GEQ-FO-08 Reporte de acciones correctivas y preventivas
7	Efectuar seguimiento del plan de acción y evidenciar esta actividad en el Formato Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas. Teniendo en cuenta que en la casilla "Actividad" se registra la evidencia de la ejecución del seguimiento, al igual que la fecha en que se realizó y el cargo / firma de quien lo ejecutó.	Líder del proceso Director Administrativo	GEQ-FO-08 Reporte de acciones correctivas y preventivas
8	Verificar si la Acción Preventiva fue eficaz (cuando se alcanza el resultado deseado, es decir, disminuyó el riesgo o la probabilidad de que se presente la potencial no conformidad potencial) a través del monitoreo periódico, evidenciando este monitoreo en el Formato Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas.	Director Administrativo	GEQ-FO-08 Reporte de acciones correctivas y preventivas

	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS	CÓDIGO	GEQ-PR-02
		VERSIÓN	01
		HOJA	3 de 3


9	Realizar el cierre de la acción preventiva si fue eficaz, evidenciándolo con la firma del Director General y/o Director Administrativo en el Formato Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas. La anterior información es presentada y analizada en la Revisión por la Dirección.	Director general Director Administrativo Director General	GEQ-FO-08 Reporte de acciones correctivas y preventivas
---	--	---	--

7. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	30 de mayo del 2012	Creación del documento

Revisado por Cargo: Director Administrativo Fecha : 30 de mayo del 2012	Aprobado por  Cargo: Director Administrativo Fecha : 30 de mayo del 2012
--	--

ANEXO 12. Procedimiento de Acciones Correctivas

	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	CÓDIGO	GEQ-PR-01
		VERSIÓN	02
		HOJA	1 de 3

1. OBJETIVO

Establecer las actividades que se deben seguir para la definición e implementación de acciones que eliminen las causas de no conformidades y evitar su recurrencia, generando mejora continua al S.G.C. del Centro Pediátrico.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica a las no conformidades que se generen en el S.G.C. y sus procesos.

3. DEFINICIONES

S.G.C.: Sistema de Gestión de la Calidad.

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

Mejora continua: Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

No conformidad: Incumplimiento de un requisito.

Conformidad: Cumplimiento de un requisito.

Monitorear: Seguimiento periódico para verificar la eficacia de la actividad implementada.

Eficacia: Extensión en que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados (es decir cumplir con lo planeado).

4. RESPONSABLES

Líderes de procesos y personal en general

5. GUÍAS GENERALES


La necesidad de definir e implementar Acciones Correctivas, se identifica a partir de no conformidades relacionadas al S.G.C. presentes en: los procesos, servicio no conforme, análisis de datos, medición (indicadores de gestión), auditorías internas, reclamos de los clientes, revisiones por la dirección, evaluación de la satisfacción del cliente, Formatos de Calidad, reevaluación de proveedores y otros aspectos que generan Acciones Correctivas.

La Acción Correctiva es eficaz cuando alcanza el resultado y elimina la no conformidad para de esta forma evitar su recurrencia.

Las Acciones Correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.

Las Acciones de Mejora generadas por los procesos y su seguimiento son consignadas por los Líderes de Proceso en el GEQ-FO-09 Acciones de Mejora.

Para registrar la No Conformidad, el personal que lo requiera debe abrir el archivo de GEQ-FO-08 Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas, ubicado en la red del centro pediátrico.

	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	CÓDIGO	GEQ-PR-01
		VERSIÓN	02
		HOJA	2 de 3

6. DESARROLLO


No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO/ REGISTRO
1	Identificar la No Conformidad presentada, relacionada con el cliente, el servicio y el S.G.C. y sus procesos, reportándola al Líder del Proceso para determinar su viabilidad.	Personal de J GARCÍA HARKER CENTRO PEDIÁTRICO LTDA. Líderes del proceso	
2	El Líder de Proceso informa verbalmente la No Conformidad al Director Administrativo y/o Director General, para determinar la viabilidad de la Acción Correctiva, teniendo en cuenta aspectos económicos, técnicos o repercusiones para la empresa.	Director Administrativo y/o Director General Líder del Proceso	
3	Si la Acción Correctiva es conveniente, el Líder de Proceso junto con la persona que identifica la No Conformidad, diligencian la No Conformidad en forma clara y concreta.	Líder del proceso	GEQ-FO-08 Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas
4	Definir y ejecutar la corrección (en caso aplicable) para eliminar la No conformidad registrando esta información en el formato Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas.	Líder del proceso, Director Administrativo Enfermera	GEQ-FO-08 Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas
5	El Director Administrativo, Líder del Proceso y el personal que se estime conveniente, analizan la No Conformidad hasta determinar las causas reales o raíz del problema. Se recomienda utilizar la técnica estadística: los Tres Por Qué?.	Director Administrativo Líder del Proceso y personal que se estime conveniente.	GEQ-FO-08 Reporte de Acciones Correctivas y preventivas
6	Definir y registrar las Acciones Correctivas en el Formato. (Actividades a realizar, cargo responsable de la ejecución de la actividad y fecha límite del cumplimiento del plan de acción).	Líder del proceso Director Administrativo	GEQ-FO-08 Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas
7	Ejecutar las Acciones Correctivas descritas en el Formato Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas.	Personal Asignado	GEQ-FO-08 Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas
8	Efectuar seguimiento del plan de acción y evidenciar esta actividad en el Formato Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas. Teniendo en cuenta que en la casilla "Actividad" se registra la evidencia de la ejecución del seguimiento, al igual que la fecha en que se realizó y el cargo / firma de quien lo ejecutó.	Líder del proceso, Director Administrativo	GEQ-FO-08 Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas
9	Verificar si la Acción Correctiva fue eficaz (se alcanzó el resultado deseado y se eliminó la causa de la No Conformidad) a través de monitoreo periódico, evidenciando este monitoreo en el Formato Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas. Si la acción Correctiva no fue eficaz se identifica nuevamente la causa raíz del problema (repetir el	Líder del proceso, Director Administrativo	GEQ-FO-08 Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas.

	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS	CÓDIGO	GEQ-PR-01
		VERSIÓN	02
		HOJA	3 de 3


	procedimiento desde la actividad 5).		
10	Realizar el cierre de la acción correctiva si fue eficaz, evidenciándolo con la fecha y firma del director general y/o Director Administrativo en el Formato Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas. La anterior información es presentada y analizada en la Revisión por la Dirección.	Director Administrativo y/o Director General	GEQ-FO-08 Reporte de Acciones Correctivas y Preventivas

7. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	30 de Marzo del 2012	Creación del documento
02	21 de junio del 2012	Inclusión del cargo de enfermera en la actividad 4 del procedimiento.

Revisado por Cargo: Director Administrativo Fecha : 21 de Junio del 2012	Aprobado por  Cargo: Director Administrativo Fecha : 21 de Junio del 2012
---	---

ANEXO 13. Listado Maestro de Documentos Internos

	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS		CÓDIGO	GEQ-FO-03
			VERSIÓN	01
			HOJA	1 DE 1
NOMBRE		CODIGO	VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN
GESTIÓN ADMINISTRATIVA				
Reporte de Capacitación y entrenamiento		GEA-FO-01	01	28/03/2012
Responsabilidad, autoridad y perfil de competencia		GEA-FO-02	01	28/03/2012
Formato Hoja de Vida Equipos		GEA-FO-03	01	09/03/2012
Formato Hoja de vida		GEA-FO-04	01	28/03/2012
Eficacia de la Capacitación y/o entrenamiento		GEA-FO-05	01	28/03/2012
Evaluación de Desempeño		GEA-FO-06	01	28/03/2012
Minimax de Biológicos		GEA-FO-07	01	25/05/2012
Limpieza de Neveras		GEA-FO-08	01	09/03/2012
Lista de chequeo Aseo		GEA-FO-09	01	15/07/2012
Supervisión de Aseo de Baños		GEA-FO-10	02	27/09/2012
Programa Mantenimiento Preventivo y Calibración de Equipos		GEA-FO-11	01	09/03/2012
Orden de Servicio		GEA-FO-12	01	09/03/2012
Programa de Capacitación y entretenimiento		GEA-FO-13	01	28/03/2012
Inventario Mensual Biológicos		GEA-FO-14	01	25/05/2012
Listado Maestro de Proveedores		GEA-FO-15	01	25/06/2012
Evaluación de Proveedores		GEA-FO-16	01	25/06/2012

Minimax de Insumos Hospitalarios	GEA-FO-17	01	25/05/2012
Selección de Proveedores	GEA-FO-18	01	25/06/2012
Inscripción proveedores de Productos	GEA-FO-19	01	25/06/2012
Inscripción proveedores de Servicios	GEA-FO-20	01	25/06/2012
Reevaluación de Proveedores	GEA-FO-21	01	25/06/2012
Inventario de Insumos Odontológicos	GEA-FO-22	01	25/05/2012
Orden de Pedido	GEA-FO-24	02	26/09/2012
Minimax de Insumos Odontológicos	GEA-FO-25	01	25/05/2012
Guía de Selección, Evaluación y reevaluación de Proveedores	GEA-GU-01	01	25/06/2012
Guía de Mantenimiento y Calibración de Equipos e Infraestructura.	GEA-GU-02	01	09/03/2012
Procedimiento de Compras	GEA-PR-01	02	26/09/2012
Procedimiento de Gestión Humana	GEA-PR-02	01	28/03/2012
GESTIÓN ASIGNACIÓN DE CITAS			
Contacto y Servicios Entidades	ACI-FO-01	01	13/03/2012
Entrega de resultados y aparatología	ACI-FO-02	01	14/11/2012
Procedimiento de Asignación de Citas	ACI-PR-01	01	13/03/2012
GESTIÓN COMERCIAL			
Análisis de Factibilidad para la prestación del servicio	GEC-FO-01	01	16/03/2012
Apertura de Buzón	GEC-FO-02	01	27/04/2012
Petición, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones	GEC-FO-03	01	27/04/2012
Encuesta de Satisfacción del cliente Consultas	GEC-FO-04	02	17/12/2012

Encuesta de Satisfacción Vacunación	GEC-FO-05	01	26/03/2012
Planilla para la Programación de Vacunación	GEC-FO-06	01	11/09/2012
Control y seguimiento Servicio Post-venta	GEC-FO-07	01	17/04/2012
Clientes Potenciales	GEC-FO-08	01	16/03/2012
Quejas y Reclamos	GEC-FO-09	01	27/04/2012
Encuesta de Satisfacción del Cliente Institucional	GEC-FO-10	01	26/03/2012
Encuesta Satisfacción del Cliente Odontología	GEC-FO-11	01	17/12/2012
Encuesta Satisfacción del Cliente Fonoaudiología	GEC-FO-12	01	17/12/2012
Encuesta Satisfacción del Cliente Optometría	GEC-FO-13	01	17/12/2012
Guía de Satisfacción del cliente	GEC-GU-01	01	26/03/2012
Procedimiento Comercial	GEC-PR-01	01	16/03/2012
Procedimiento PQRS	GEC-PR-02	01	27/04/2012
GESTIÓN DE CALIDAD			
Acta de Reuniones	GEQ-FO-01	01	23/03/2012
Evaluación de desempeño del Auditor	GEQ-FO-02	01	18/10/2012
Listado Maestro de Documentos Internos	GEQ-FO-03	01	20/03/2012
Listado Maestro de Documentos Externos	GEQ-FO-04	01	20/03/2012
Solicitud de Creación, Modificación y anulación de Documentos	GEQ-FO-05	01	20/03/2012
Listado Maestro de Registro	GEQ-FO-06	01	25/05/2012
Reporte de Eventos adversos y/o Producto/Servicio No Conforme	GEQ-FO-07	01	21/05/2012

Reporte de Acciones correctivas y Acciones preventivas	GEQ-FO-08	02	08/05/2012
Acciones Mejora	GEQ-FO-09	01	30/05/2012
Informe de Auditoría de Calidad	GEQ-FO-10	01	19/07/2012
Matriz de Impacto del Proceso	GEQ-FO-11	01	19/07/2012
Programa de Auditorías Internas	GEQ-FO-12	01	19/07/2012
Plan de Auditoría Interna de Calidad	GEQ-FO-13	01	19/07/2012
Identificación y evaluación del riesgo del programa de Auditoría	GEQ-FO-14	01	18/10/2012
Lista de verificación Auditoría Interna de Calidad	GEQ-FO-15	01	19/07/2012
Guía para la elaboración de Documentos	GEQ-GU-01	01	09/03/2012
Procedimiento de Acciones Correctivas	GEQ-PR-01	02	21/06/2012
Procedimiento de Acciones Preventivas	GEQ-PR-02	01	30/05/2012
Procedimiento Control de Documentos	GEQ-PR-03	01	20/03/2012
Procedimiento evento adverso y/o Producto No Conforme	GEQ-PR-04	01	21/05/2012
Procedimiento Control de los Registros	GEQ-PR-05	01	25/05/2012
Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad	GEQ-PR-06	02	18/10/2012
GESTIÓN DE DIRECCIÓN			
Formato Planificación de cambios al S.G.C.	DIR-FO-01	01	23/03/2012
Informe de resultado de Indicadores	DIR-FO-02	01	17/04/2012
Guía revisión por la Dirección	DIR-GU-01	01	23/03/2012
Manual de calidad Garey Ltda	DIR-MA-01	02	10/09/2012

GESTIÓN DE PRE-CONSULTA			
Procedimiento Pre-Consulta	PRE-PR-01	01	14/03/2012
GESTIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
Control de Temperatura Biológicos	GEP-FO-01	01	11/09/2012
Inventario mensual de Medicamentos	GEP-FO-02	01	10/05/2012
Control pacientes Tratamiento Ortopedia Maxilar	GEP-FO-03	01	16/04/2012
Control de inventario semanal Farmacia	GEP-FO-04	01	10/05/2012
Recepción e Inspección de medicamentos y Biológicos	GEP-FO-05	02	06/08/2012
Control Fechas de Vencimiento Medicamentos	GEP-FO-07	02	11/12/2012
Consentimiento Informado	GEP-FO-08	01	09/05/2012
Ficha técnica medicamentos	GEP-FO-09	01	10/05/2012
Control de Temperatura	GEP-FO-10	01	10/05/2012
Control pacientes Tratamiento de Ortodoncia	GEP-FO-11	01	16/04/2012
Minimax de Medicamentos	GEP-FO-12	01	25/05/2012
Evaluación Audiológica	GEP-FO-13	01	12/04/2012
Valoración terapia primera vez	GEP-FO-14	01	18/10/2012
Valoración Disfemia o Tartamudez	GEP-FO-15	01	18/10/2012
Test de Bárbara Hodson	GEP-FO-16	01	18/10/2012
Control de Temperatura y Humedad	GEP-FO-17	01	19/10/2012


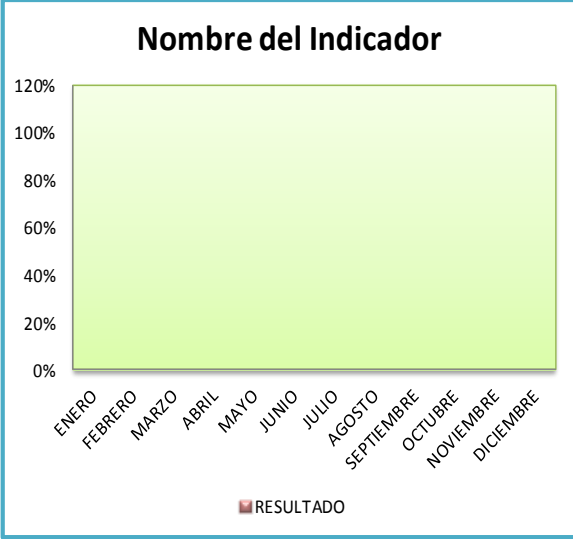
Consentimiento Informado Anestesia	GEP-FO-18	01	16/04/2012
Evaluación Preanestésica	GEP-FO-19	01	16/04/2012
Registro de Esterilización	GEP-FO-20	01	13/11/2012
Control Nebulizaciones	GEP-FO-21	01	14/11/2012
Entrega Tamiz Metabólico	GEP-FO-22	01	10/04/2012
Consentimiento Informado Odontopediatría bajo Anestesia General	GEP-FO-23	01	16/04/2012
Consentimiento Informado Ortopedia Maxilar	GEP-FO-24	01	16/04/2012
Manual de Bioseguridad Garey Ltda	GEP-MA-01	01	14/09/2012
Manual de Vacunación Garey Ltda	GEP-MA-02	01	11/09/2012
Manual de Primeros Auxilios Garey Ltda	GEP-MA-03	01	05/06/2012
Manual de Limpieza, Desinfección y esterilización de materiales Garey Ltda.	GEP-MA-04	01	13/11/2012
Manual del Servicio Farmacéutico Garey Ltda	GEP-MA-05	01	19/10/2012
Ortodoncia	GEP-PR-01	01	16/04/2012
Profilaxis	GEP-PR-02	01	16/04/2012
Flúor tópico	GEP-PR-03	01	16/04/2012
Sellantes de Fotocurado	GEP-PR-04	01	16/04/2012
Resinas de Fotocurado	GEP-PR-05	01	16/04/2012
Exodoncia de Diente Temporal	GEP-PR-06	01	16/04/2012
Pulpotomia	GEP-PR-07	01	16/04/2012
Educación en Salud Oral	GEP-PR-08	01	16/04/2012
Endodoncia	GEP-PR-09	01	16/04/2012

Ortopedia Maxilar	GEP-PR-10	01	16/04/2012
Trauma Craneal	GEP-PR-11	01	21/03/2012
Amigdalitis Aguda	GEP-PR-12	01	21/03/2012
Bronquitis Aguda	GEP-PR-13	01	21/03/2012
Candidiasis Oral	GEP-PR-14	01	21/03/2012
Dengue Clásico	GEP-PR-15	01	21/03/2012
Dermatitis Atópica	GEP-PR-16	01	21/03/2012
Diarrea Aguda	GEP-PR-17	01	21/03/2012
Estado Gripal	GEP-PR-18	01	21/03/2012
Otitis Media Aguda	GEP-PR-19	01	21/03/2012
Rinitis Alérgica	GEP-PR-20	01	21/03/2012
Examen Optométrico-Niños menores de 3 años	GEP-PR-21	01	01/09/2012
Examen Optométrico-Niños de 3 a 15 años	GEP-PR-22	01	01/09/2012
Refracción Bajo Cicloplejia	GEP-PR-23	01	01/09/2012
Examen Complementario a la Refracción Bajo Cicloplejia	GEP-PR-24	01	01/09/2012
Consulta Neurología Pediátrica	GEP-PR-25	01	04/07/2012
Electroencefalograma	GEP-PR-26	01	04/07/2012
Audiometría tonal	GEP-PR-27	01	12/04/2012
Impedanciometría	GEP-PR-28	01	14/06/2012
Logo Audiometría	GEP-PR-29	01	25/04/2012
Otoemisiones Acústicas	GEP-PR-30	01	26/04/2012

Alteraciones en el Desarrollo del lenguaje y habla infantil	GEP-PR-31	01	18/10/2012
Potenciales Auditivos Evocados	GEP-PR-32	01	26/04/2012
Espirometría	GEP-PR-33	01	30/03/2012
Tamiz Metabólico	GEP-PR-34	01	10/04/2012
Lavado de Oído	GEP-PR-35	01	10/04/2012
Nebulización	GEP-PR-36	02	14/11/2012
Procedimiento de Farmacia	GEP-PR-37	04	26/09/2012
Procedimiento de Vacunación	GEP-PR-38	01	10/04/2012
Terapia de Estimulación Temprana	GEP-PR-39	01	08/11/2012
Terapia Respiratoria	GEP-PR-40	01	08/11/2012
Historias Clínicas	GEP-PR-41	01	03/09/2012
Cauterización de Moluscos	GEP-PR-42	01	09/05/2012
Corte de Frenillo lingual	GEP-PR-43	01	09/05/2012
Liberación de Balano Prepuccial	GEP-PR-44	01	09/05/2012
Recepción de Apéndice Auricular	GEP-PR-45	01	09/05/2012
Recepción de Dedos Supernumerarios	GEP-PR-46	01	09/05/2012
Consulta Endocrinología	GEP-PR-47	01	10/10/2012
Consulta Neumología	GEP-PR-48	01	27/07/2012
Terapia Miofuncional	GEP-PR-49	01	18/10/2012
Alteraciones de la Voz	GEP-PR-50	01	18/10/2012
Disfemia o Tartamudez	GEP-PR-51	01	18/10/2012

Consulta Primera vez Odontopediatría	GEP-PR-52	01	02/11/2012
GESTIÓN FINANCIERA			
Planilla Consultas-Pediatría	GEF-FO-01	01	01/10/2012
Planilla Consultas-Fonoaudiología	GEF-FO-02	01	01/10/2012
Planilla Consultas-Optómetra	GEF-FO-03	01	01/10/2012
Planilla Consultas-Pediatría Harker	GEF-FO-04	01	01/10/2012
Planilla Vacunas-Pediatría Harker	GEF-FO-05	01	01/10/2012
Planilla Consultas Particular-Dr. Harker	GEF-FO-06	01	01/10/2012
ELABORADO POR: Director Administrativo			

ANEXO 14. Informe de Indicadores

	INFORME RESULTADO DE INDICADORES	CÓDIGO	DIR-FO-02																																																				
		VERSIÓN	1																																																				
		HOJA	1 de 1																																																				
PROCESO: <input type="text"/>		FECHA DE PRESENTACIÓN: <input type="text"/>																																																					
NOMBRE DEL INDICADOR	<input type="text"/>																																																						
RESPONSABLE	<input type="text"/>																																																						
FRECUENCIA	<input type="text"/>																																																						
FORMULA	<input type="text"/>																																																						
DATOS	<input type="text"/>																																																						
META	<input type="text"/>																																																						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Nombre del Indicador</p>  <p style="text-align: center;">■ RESULTADO</p> </div>		<table border="1"> <thead> <tr> <th>MES/AÑO</th> <th>META</th> <th>RESULTADO</th> <th>%CUMPLIMIENTO RESPECTO A LA META</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ENERO</td><td></td><td></td><td>#¡DIV/O!</td></tr> <tr><td>FEBRERO</td><td></td><td></td><td>#¡DIV/O!</td></tr> <tr><td>MARZO</td><td></td><td></td><td>#¡DIV/O!</td></tr> <tr><td>ABRIL</td><td></td><td></td><td>#¡DIV/O!</td></tr> <tr><td>MAYO</td><td></td><td></td><td>#¡DIV/O!</td></tr> <tr><td>JUNIO</td><td></td><td></td><td>#¡DIV/O!</td></tr> <tr><td>JULIO</td><td></td><td></td><td>#¡DIV/O!</td></tr> <tr><td>AGOSTO</td><td></td><td></td><td>#¡DIV/O!</td></tr> <tr><td>SEPTIEMBRE</td><td></td><td></td><td>#¡DIV/O!</td></tr> <tr><td>OCTUBRE</td><td></td><td></td><td>#¡DIV/O!</td></tr> <tr><td>NOVIEMBRE</td><td></td><td></td><td>#¡DIV/O!</td></tr> <tr><td>DICIEMBRE</td><td></td><td></td><td>#¡DIV/O!</td></tr> </tbody> </table>		MES/AÑO	META	RESULTADO	%CUMPLIMIENTO RESPECTO A LA META	ENERO			#¡DIV/O!	FEBRERO			#¡DIV/O!	MARZO			#¡DIV/O!	ABRIL			#¡DIV/O!	MAYO			#¡DIV/O!	JUNIO			#¡DIV/O!	JULIO			#¡DIV/O!	AGOSTO			#¡DIV/O!	SEPTIEMBRE			#¡DIV/O!	OCTUBRE			#¡DIV/O!	NOVIEMBRE			#¡DIV/O!	DICIEMBRE			#¡DIV/O!
MES/AÑO	META	RESULTADO	%CUMPLIMIENTO RESPECTO A LA META																																																				
ENERO			#¡DIV/O!																																																				
FEBRERO			#¡DIV/O!																																																				
MARZO			#¡DIV/O!																																																				
ABRIL			#¡DIV/O!																																																				
MAYO			#¡DIV/O!																																																				
JUNIO			#¡DIV/O!																																																				
JULIO			#¡DIV/O!																																																				
AGOSTO			#¡DIV/O!																																																				
SEPTIEMBRE			#¡DIV/O!																																																				
OCTUBRE			#¡DIV/O!																																																				
NOVIEMBRE			#¡DIV/O!																																																				
DICIEMBRE			#¡DIV/O!																																																				
1. ANÁLISIS DE CAUSAS (EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE LOS PACIENTES)																																																							
2. OBSERVACIONES GENERALES																																																							
3. RESPONSABLE DE LA PRESENTACIÓN:																																																							
CARGO:	<input type="text"/>																																																						

ANEXO 15. Fichas técnicas encuestas de satisfacción



FICHA TECNICA DE LA ENCUESTA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE - VACUNACIÓN

1. Objetivo de la encuesta

Identificar el grado de satisfacción de los clientes en el servicio de Vacunación que ofrece el Centro pediátrico J. García Harker.

2. Periodo de Ejecución de la encuesta

Encuesta realizada desde el 24 de Abril del 2012 al 1 de junio del 2012.

3. Ámbito Geográfico

Encuesta realizada en la Carrera 26 # 48-26 cons. 207 y 210 del Centro pediátrico J. García Harker.

4. Universo

Compuesto por los responsables de los pacientes que asisten a Vacunación en el centro pediátrico, de edades entre los 0 a 18 años.

5. Tamaño de la Muestra

Se define la población de pacientes atendidos en vacunación en el primer trimestre de 2012 la cual es de N= 330 pacientes para el servicio de Consulta especializada del Centro pediátrico.

$$n = \frac{(1.65)^2 * 0.5 * 0.5 * 330}{(330) * 0.1^2 + 1.65^2 * 0.5 * 0.5} = 56.43 \approx 57 \text{ Pacientes encuestados}$$

6. Error Muestral

Se estima un error muestral de un 10%

7. Nivel de Confianza

Se establece un nivel de confianza de un 90%

8. Heterogeneidad: P = 50%; Q = 50%.

9. Metodología de Muestreo

Muestreo aleatorio simple: Es aquel en que cada elemento de la población tiene la misma probabilidad de ser seleccionado para integrar la muestra.

$$n = \frac{(z)^2 * p * q * N}{(N) * E^2 + Z^2 * p * q}$$

10. Instrumento de recolección de datos

Se diseño un cuestionario estandarizado con preguntas abiertas y cerradas diseñado para aplicarlas en una entrevista individual y privada a cada encuestado.

11. Responsable

Dirección Administrativa

FICHA TECNICA DE LA ENCUESTA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

1. Objetivo de la encuesta

Identificar el grado de satisfacción de los clientes sobre los servicios que ofrece el Centro pediátrico J. García Harker.

2. Periodo de Ejecución de la encuesta

Encuesta realizada desde el 24 de Abril del 2012 al 1 de junio del 2012.

3. Ámbito Geográfico

Encuesta realizada en la Carrera 26 # 48-26 cons. 207 del Centro pediátrico J. García Harker.

4. Universo

Compuesto por los responsables de los pacientes que asisten a consulta especializada en el centro pediátrico, de edades entre los 0 a 18 años.

5. Tamaño de la Muestra

Se define la población de pacientes atendidos en el primer trimestre de 2012 la cual es de N= 4170 pacientes para el servicio de Consulta especializada del Centro pediátrico.

$$n = \frac{(1.81)^2 * 0.5 * 0.5 * 4170}{(4170) * 0.07^2 + 1.81^2 * 0.5 * 0.5} = 160.7 \approx 161 \text{ Pacientes encuestados}$$

6. Error Muestral

Se estima un error muestral de un 7%

7. Nivel de Confianza

Se establece un nivel de confianza de un 93%

8. Heterogeneidad: P = 50%; Q = 50%.

9. Metodología de Muestreo

Muestreo aleatorio simple: Es aquel en que cada elemento de la población tiene la misma probabilidad de ser seleccionado para integrar la muestra.

$$n = \frac{(z)^2 * p * q * N}{(N) * E^2 + Z^2 * p * q}$$

10. Instrumento de recolección de datos

Se diseñó un cuestionario estandarizado con preguntas abiertas y cerradas diseñado para aplicarlas en una entrevista individual y privada a cada encuestado.

11. Responsable

Dirección Administrativa

ANEXO 16. Encuestas de Satisfacción del Cliente

	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CONSULTA ESPECIALIZADA	CÓDIGO	GEC-FO-04
		VERSIÓN	01

FECHA: _____

EDAD DEL PACIENTE: 0 – 2 años 3 – 5 años 6 – 12 años 13 – 18 años

PREPAGADA Cuál? _____ ASEGURADORA Cuál? _____ PARTICULAR

Para nosotros es muy importante LA CALIDAD de nuestro servicio, por tal razón su opinión es de gran valor para el mejoramiento de la institución:

1. CALIFIQUE EL SERVICIO RECIBIDO EN RECEPCIÓN: (marque con X)



Aspectos a Evaluar	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
Amabilidad y Respeto				
Presentación personal				
Resolución de inquietudes				
Agilidad en la Atención				

Sugerencia para mejorar el servicio recibido en recepción

2. CALIFIQUE LA ATENCIÓN – OPORTUNIDAD Y PRIVACIDAD DE LOS SERVICIOS QUE HA RECIBIDO: (marque con X)

ASPECTOS A EVALUAR	ATENCIÓN				OPORTUNIDAD				PRIVACIDAD	
	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO	SI	NO
Consulta de Pediatría										
Consulta de Fonoaudiología										
Consulta de Otorrinolaringología										
Consulta de Optometría										
Consulta de Odontopediatría										
Consulta de Neurología										
Terapia Respiratoria										
Ortodoncia										
Dispensación de Medicamentos										

Sugerencia para mejorar el servicio recibido en la consulta especializada

3. UD CONSIDERA QUE EL TIEMPO DE ESPERA PARA LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS FUE: (marque con x)

RÁPIDO 1 a 5 minutos	DEMORADO > 5 minutos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. CALIFIQUE LAS INSTALACIONES EN: (marque con x)

Instalaciones	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
Recepción				
Sala de espera				
Área de juegos				
Consultorio				
Baños				



	ENCUESTA DE SATISFACIÓN CONSULTA ESPECIALIZADA	CÓDIGO	GEC-FO-04
		VERSIÓN	01

Sugerencia para mejorar el servicio de instalaciones

5. ¿Recomendaría ud. Los servicios prestados por el Centro Pediátrico J. García Harker a otras personas?

Si No

Porqué? _____

6. ¿Considera que el Centro Pediátrico J. García Harker es líder en los servicios que presta?

Si No

Porqué? _____

7. Indique los elementos que diferencian al Centro Pediátrico de otras instituciones prestadoras de servicios similares:

Calidad Humana Innovación Infraestructura

Competencia de los especialistas Actitud de Servicio

Otro. Cuál? _____

GRACIAS!!!!



	ENCUESTA DE SATISFACIÓN DE VACUNACIÓN	CÓDIGO	GEC-FO-05
		VERSIÓN	01

FECHA: _____

EDAD DEL PACIENTE: 0 – 2 años 3 – 5 años 6 – 12 años 13 – 18 años

Para nosotros es muy importante LA CALIDAD de nuestro servicio, por tal razón su opinión es de gran valor para el mejoramiento de la institución:

1. CALIFIQUE EL SERVICIO RECIBIDO EN RECEPCIÓN: (marque con X)

Aspectos a Evaluar	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
Amabilidad y Respeto				
Presentación personal				
Resolución de inquietudes				
Agilidad en la atención				



Sugerencia para mejorar el servicio recibido _____

2. CALIFIQUE EL SERVICIO RECIBIDO EN VACUNACIÓN: (marque con X)

Aspectos a Evaluar	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
Amabilidad y Respeto				
Presentación personal				
Resolución de inquietudes				
Habilidad en la aplicación				

Sugerencia para mejorar el servicio recibido _____

3. CONSIDERA QUE EN EL SERVICIO DE VACUNACIÓN TUVO PRIVACIDAD? (marque con X)

SI NO

4. UD. CONSIDERA QUE EL TIEMPO DE ESPERA PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA FUE: (marque con X)

RÁPIDO 1 a 10 minutos	DEMORADO > 10 minutos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. CALIFIQUE EL ESTADO DE LAS INSTALACIONES DEL CENTRO PEDIATRICO J.GARCÍA HARKER EN: (marque con X)

Instalaciones	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
Recepción				
Área de Juegos				
Sala de espera				
Sitio de Vacunación				
Baños				

Sugerencia para mejorar el servicio recibido _____


6. Recomendaría Ud. el servicio de vacunación del Centro pediátrico J. García Harker a otras personas?

Si No

Por qué? _____

GRACIAS!!!!

ANEXO 17. Evidencia de Sensibilización inicial al personal

	REPORTE DE CAPACITACIONES Y/O ENTRENAMIENTO	CÓDIGO	GEA-FO-01
		VERSIÓN	01

Fecha:	3 de Marzo 2012	Lugar:	Garey
Tema:	Comité SSC de Calidad	Empresa Capacitadora	
Hora Inicio	8:30 am	Hora Finalización	9:30 am
Capacitador	Sandra Vargas	Firma Capacitador	Sandra Vargas
Objetivo	Socializar filosofía de la Calidad: Misión, Visión, Valores, Objetivos e Indicadores, Sigto. al avance del proyecto, entre otros.		

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	CARGO	FIRMA
Juan Camilo Robino	Director Administrativo	Juan Camilo Robino
Yoly Marcela Guarín	Practicante Calidad	Yoly M. Guarín
Elsa Liliana Rey	Directora financiera	Elsa Liliana Rey
Sandra Tulencia Ceron Suarez	Farmacia	Sandra Ceron
Martha García	Enfermera	Martha García
Jorge Garza Harau	Director GEARAN	Jorge Garza Harau

Observaciones

Se programó la próxima fecha de sensibilización al personal en el SSC ya el sábado 17/03/12, a las 2:4 p.m.

	REPORTE DE CAPACITACIONES Y/O ENTRENAMIENTO	CÓDIGO	GEA-FO-01
		VERSIÓN	01

Fecha:	17-03-2012	Lugar:	Garey
Tema:	Sensibilización S6 c. & Generalidades	Empresa Capacitadora	Garey
Hora Inicio	2:00 p.m.	Hora Finalización	4:00 p.m.
Capacitador	Juan Camilo Patiño Sandra P. Vargas	Firma Capacitador	Sandra P. Vargas
Objetivo	Difundir al personal la filosofía de la Calidad Generalidades del SCC con el fin de argumentar su comprensión e implementación eficaz.		

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	CARGO	FIRMA
Ruby Mantilla González	Secretaria	Ruby Mantilla
Jakeline Ramirez Ramirez	Servicios Generales	Jakeline Ramirez
Martha García G.	Enfermera	Martha García G.
Alicia Victoria Serna I.	Enfermera	Alicia V. Serna I.
Sandra Leon Suarez	Farmacéutica	Sandra Leon
Yoly Marcela Guzmán Carrero	Practicante	Yoly Marcela G.
Juan Camilo Patiño A.	Director Administrativo	JCP

Observaciones

Continuar el proceso de fortalecimiento en el personal de la filosofía de la Calidad.

ANEXO 18. Plegable Sensibilización SGC

OBJETIVOS DE LA CALIDAD



1. Satisfacer los requerimientos y expectativas de los clientes con igualdad y amabilidad.
2. Ofrecer servicios integrales y oportunos.
3. Brindar al cliente un servicio con alto desarrollo tecnológico e infraestructura adecuada.
4. Fomentar y mantener una cultura de calidad y mejoramiento continuo.
5. Mantener un recurso humano competente, fundamentado en la ética.
6. Mantener el liderazgo y diferenciación en el mercado.

GENERALIDADES DEL SGC

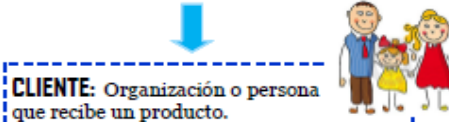
PROCESO: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.



PROVEEDOR: Organización o persona que proporciona un producto.



ORGANIZACIÓN: Conjunto de personas e instalaciones con una disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones.



CLIENTE: Organización o persona que recibe un producto.



PRODUCTO: Resultado de un proceso.



SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (SGC)



ISO 9001:2008



OBJETIVO

Difundir al personal la filosofía de la Calidad y algunas generalidades del Sistema de Gestión de la Calidad, con el fin de asegurar su comprensión e implementación eficaz.

J García Harker
CENTRO PEDIÁTRICO



ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Prestación de servicios de salud en: pediatría general, odontopediatría, fonoaudiología, optometría, neurología, endocrinología, terapia respiratoria, vacunación, ortodoncia y dispensación de medicamentos.

ORGANIGRAMA GAREY LTDA.



MAPA DE PROCESOS



LIDERES

PROCESO DE DIRECCIÓN	Gestión de Dirección Jorge García Harker (Director General)
PROCESOS MISIONALES	Gestión Comercial Juan Camilo Patiño (Dir. Administrativo)
	Gestión Asignación de Citas Ruby Mantilla (Recepcionista) Líder: Sandra Cerón (Host)
	Gestión Pre-Consulta Claudia Serna (Enfermera) Líder: Martha Garcés (Enfermera Apoyo Diagnóstico y terapéutico)
PROCESOS DE APOYO	Gestión Prestación del Servicio Médicos Especialistas Líder: Jorge García Harker (Director Científico)
	Gestión Financiera Elsa Rey (Directora Financiera)
	Gestión Administrativa Juan Camilo Patiño Quintero (Dir. Administrativo)
	Gestión de Calidad Juan Camilo Patiño (Dir. Administrativo)

MISIÓN

El centro pediátrico J. García Harker brinda un servicio integral orientado a la preservación y cuidado de la salud infantil, ofreciendo servicios de alta calidad con avanzada tecnología y personal calificado que cuenta con amplia experiencia y vocación de servicio, comprometidos en mantener y satisfacer la calidad de vida de nuestros pacientes.

VISIÓN

En el 2017 seremos reconocidos como el Centro Pediátrico de mayor importancia en el Oriente Colombiano, sobresaliendo por la prestación de servicios integrales e innovadores con tecnología de última generación y altos estándares de calidad, que ratifican nuestro liderazgo y diferenciación en el mercado.

POLITICA DE CALIDAD

El Centro pediátrico J. García Harker se manifiesta mediante el firme compromiso con los clientes de satisfacer sus requerimientos y expectativas, fundamentados en la ética, igualdad y amabilidad. Comprometidos en prestar servicios oportunos e integrales con un alto desarrollo tecnológico, una cultura de calidad y mejoramiento continuo, a través de un recurso humano competente y una infraestructura adecuada, que le permite mantener su liderazgo y diferenciación en el mercado.

ANEXO 19. Asistencia a Capacitaciones

	REPORTE DE CAPACITACIONES Y/O ENTRENAMIENTO	CÓDIGO	GEA-FO-01
		VERSIÓN	01

Fecha:	6 Junio 2012	Lugar:	Garey Ltda
Tema:	SGC, Organización Interna.	Empresa Capacitadora	Garey Ltda
Hora Inicio	2:00 pm	Hora Finalización	7:00 pm
Capacitador	Juan Camilo Patino	Firma Capacitador	Juan Camilo Patino
Objetivo	Que el personal de Garey Ltda se familiarice con los procedimientos a cargo de cada proceso.		

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	CARGO	FIRMA
Sandra Cerón	Auxiliar Farmacia	Sandra Cerón
Robela Mantilla	Recepcionista	Robela Mantilla
Martha C. Garcés de Cadena	Enfermera	Martha Garcés de Cadena
Claudia Victoria Somo I	Enfermera	Claudia V. Somo I
Elizabeth Gómez Cáceres	Muxiliar de Odontología	Elizabeth Gómez Cáceres

Observaciones

- ⊗ Socializar el procedimiento PORS y sus formatos
- ⊗ Socializar el procedimiento de asignación de citas.
- ⊗ Socializar caracterización y formatos de asignación de citas.
- ⊗ Socializar al líder y a la enfermera de preconsulta el procedimiento y caracterización de gestión de preconsulta.

	REPORTE DE CAPACITACIONES Y/O ENTRENAMIENTO	CÓDIGO	GEA-FO-01
		VERSIÓN	01

Fecha:	23 - 04 - 2012	Lugar:	Carey LTDA.
Tema:	Sensibilizar al personal en la filosofía de calidad.	Empresa Capacitadora	Carey LTDA.
Hora Inicio	5:10 pm	Hora Finalización	6:00 pm.
Capacitador	Wanda Vargas	Firma Capacitador	Wanda Vargas
Objetivo	Sensibilizar al personal en la filosofía de la calidad (política y objetivos de la calidad), con el fin de asegurar su compra.		

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	CARGO	FIRMA
Claudia U. Serna J	Enfermera	Claudia U. Serna
Yagueline Ramirez	Servicios Generales	Yagueline Ramirez
Martha Cecilia Corales	Enfermera	Martha Cecilia Corales
Brenda Peron Suarez	Auxiliar Farmacia	Brenda Peron Suarez
Ruby Mantilla Gonzalez	Recepcionista	Ruby Mantilla Gonzalez

Observaciones

- Se recordó la Misión y Visión del centro pediátrico
- Se realizó retroalimentación de la política y objetivos de la calidad desde cada cargo.

 García Harker CENTRO PEDIÁTRICO	REPORTE DE CAPACITACIONES Y/O ENTRENAMIENTO	CÓDIGO	GEA-FO-01
		VERSIÓN	01

Fecha:	21 de junio de 2012	Lugar:	GAREY LIDA.
Tema:	Acciones Correctivas	Empresa Capacitadora	St. utegim
Hora Inicio	10:20 am	Hora Finalización	12:30 pm
Capacitador	Sdm Vasquez	Firma Capacitador	Sandra Pi Vique
Objetivo	Suministrar herramientas para fortalecer a los procesos en la generación de acciones correctivas que permitan incentivar el mejoramiento continuo al interior de la empresa		

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	CARGO	FIRMA
Ruby Mantilla G	Recepcionista	Ruby Mantilla
Paulina Victoria Serna I	Enfermera	Paulina V. Serna
Sandra Milena Beron Suarez	Auxiliar Enfermería	Sandra Beron
Martha Garcia	Enfermera	Martha Garcia
Joly H. Ovarin	estudiante practicante	Joly H. Ovarin

Observaciones

- Acciones Correctivas . Aplicación de
 - Conceptos y proced. de AE.
 - Generalidades de la NTC ISO 9001: 2008.

 García Harker CENTRO PEDIÁTRICO	REPORTE DE CAPACITACIONES Y/O ENTRENAMIENTO	CÓDIGO	GEA-FO-01
		VERSIÓN	01

Fecha:	27 de junio de 2012	Lugar:	GAREY LTDA
Tema:	Acciones correctivas PAG, preventivas Acción Mejora	Empresa Capacitadora	Stratègias
Hora Inicio	8:20 A.M	Hora Finalización	12:40 p.m.
Capacitador	Sandra P. Vayal	Firma Capacitador	Sandra P. Vayal
Objetivo	Stratègias.		

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	CARGO	FIRMA
Rafaela U. Sierra I	Enfermera	Rafaela U. Sierra
Ruby Mantilla G	Recepcionista	Ruby Mantilla
Martha García	Enfermera	Martha García
Sandra Milena Perón	Auxiliar Farmacia	Sandra Perón
Yoly H. Guzmán	Estudiante practicante	Yoly H. Guzmán

Observaciones

- Acciones correctivas. → ejercicios prácticos.
- Acciones preventivas (Riesgos).
- Producto/Servicio ~~de~~ no conforme.
- Acción de Mejora
- Documentación en la red, generalidades del proced. Control de datos (quién aprueba datos, quién aprueba, solicitud de cambios, código, versión, fecha de aprobación, entre otros).


	REPORTE DE CAPACITACIONES Y/O ENTRENAMIENTO	CÓDIGO	GEA-FO-01
		VERSIÓN	01

Fecha:	06/07/2012	Lugar:	Garey LTDA.
Tema:	Capacitación Archivos S.G.C	Empresa Capacitadora	Garey LTDA.
Hora Inicio	5:20 p.m	Hora Finalización	8:30 p.m
Capacitador	Yoly H. Guarín	Firma Capacitador	Yoly H. Guarín
Objetivo	Capacitar al personal en la consulta de sus procesos y formatos relacionados al S.G.C.		

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	CARGO	FIRMA
Martha Carces	Aux. Enfermera	MGC
Melania Serna	Enfermera	Melania H. Serna
Sandra Lerón	Aux. Farmacéutica	Sandra Perón
Ruby Montilla	Recepcionista	Ruby Montilla

Observaciones

- Se socializó al personal el perfil de Responsabilidad, autoridad y perfil de competencia. GEA-FO-02
- Se instaló en cada computador los carpetas que aplican a cada cargo con sus respectivos Documentos.

	REPORTE DE CAPACITACIONES Y/O ENTRENAMIENTO	CÓDIGO	GEA-FO-01
		VERSIÓN	01

Fecha:	17 de Agosto del 2012	Lugar:	Caroy Ltda.
Tema:	Sensibilización en PQRS	Empresa Capacitadora	
Hora Inicio	3:00 p.m.	Hora Finalización	4:00 p.m.
Capacitador	Joly M. Guarín	Firma Capacitador	Joly M. Guarín
Objetivo			

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	CARGO	FIRMA
Valencia U. Serna	Enfermera	<i>[Firma]</i>
Sandra Milena Perón Socor	Auxiliar Farmacia	Sandra Perón
Martha Góngora de Roldán	Enfermera	MGG
Mayra Alejandra Moreno G	Aux. Enfermería	Mayra A. Moreno
Ruby Mantilla G	Recepcionista	Ruby Mantilla G

Observaciones

• Se reforzó al personal el procedimiento PQRS y sus respectivos formatos.

Fecha:	03/10/2012	Lugar:	Garey Hda
Tema:	Sensibilización SGC	Empresa Capacitadora	Garey Hda
Hora Inicio	8:30	Hora Finalización	10:30
Capacitador	Noly Guzmán, Sandra Vargas	Firma Capacitador	Sandra P. Vargas
Objetivo	Sensibilizar al personal en la filosofía de la calidad y generalidad del SGC con el fin de asegurar su comprensión e implementación exitosa		

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	CARGO	FIRMA
Vivian Camilo Patiño	Director Administrativo	Vivian Camilo Patiño
Emilia Salazar	Odontopediatra	Emilia Salazar
Sandra Silvana Ortegón	Pediatra	Sandra Silvana Ortegón
Sol Redondo	Psicóloga	Sol Redondo
Mayra Alejandra Moreno	Aux. Enfermería	Mayra A. Moreno
Elsa y Lizbeth Rey	Direct. Financiera	Elsa y Lizbeth Rey
Elizabeth Guzmán Rucero	Aux. Odontología	Elizabeth Guzmán R.
Yolanda Hernández E.	Neuroradiología	Yolanda Hernández E.
Jurdy Trigos	Fonaudióloga	Jurdy Trigos
Maria Beltrán	Oftalmóloga	Maria Beltrán
Valeria Alvarado	Otorrinolaringóloga	Valeria Alvarado
Diego Chacón	Neonatólogo	Diego Chacón

Observaciones

- Los temas tratados en la Sensibilización al Personal son:
1. Objetivo e importancia del SGC para la Institución.
 2. Filosofía de la calidad
 - Misión, Visión
 - Valores
 - Política y Objetivos de la calidad
 3. Organigrama y Mapa de procesos
 4. Ingreso a la RED (Manual de la Calidad)
 5. Acciones Correctivas y Acciones preventivas
 6. Producto/Servicio no Conforme
 7. Resultados Satisfacción del cliente.

 García Harker CENTRO PEDIÁTRICO	REPORTE DE CAPACITACIONES Y/O ENTRENAMIENTO	CÓDIGO	GEA-FO-01
		VERSIÓN	01

Fecha:	10/10/2012	Lugar:	Garey Hda
Tema:	Perfil de Cargo	Empresa Capacitadora	Garey Hda
Hora Inicio	11:00 am	Hora Finalización	
Capacitador	Don Camilo Patino	Firma Capacitador	
Objetivo	Socializar al personal los perfiles de responsabilidad y competencia		

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	CARGO	FIRMA
Blanca U. Flores J	Ejecutiva Asesoría	[Firma]
Sandra Milena Ceron S	Auxiliar Formación	Sandra Ceron
Sandra Milena Ceron S	Host (Atención)	Sandra Ceron
Martha García de Caden	Enfermera	[Firma]
Mayra Alejandra Moreno	Ases. Efemeria	Mayra A. Moreno
Yuly Paola Morillo	Oficios varios	Yuly Paola M.
Elva Hilda Rest	Directora Financiera	[Firma]
Ruby Mantilla G	Recepcionista	Ruby Mantilla G.

Observaciones

Se socializo e interiorizo el perfil de responsabilidad autoridad y competencia de cada una de las personas del centro pediátrico García Harker con el fin de tener claro los funciones a desarrollar y la responsabilidad frente a su cargo.

ANEXO 20. Evaluación al Personal

	EVALUACIÓN S.G.C.	VERSIÓN	01
		HOJA	1 de 1

FECHA: _____

NOMBRE: _____ CARGO: _____

OBJETIVO: Verificar la comprensión o entendimiento de la Filosofía de la Calidad y promover el compromiso o toma de conciencia del cumplimiento de los requisitos del Cliente en todos los niveles de la organización.

1. DESCRIBA CON SUS PALABRAS LA MISIÓN DEL CENTRO PEDIATRICO:



2. COMPLETE LA POLÍTICA DE CALIDAD DEFINIDA EN MI EMPRESA:

El Centro pediátrico J. García Harker se manifiesta mediante el firme compromiso con los clientes de satisfacer sus _____, fundamentados en la _____, _____ y _____. Comprometidos en prestar servicios oportunos e integrales con un alto desarrollo _____, una cultura de calidad y mejoramiento continuo, a través de un recurso _____ competente y una infraestructura adecuada, que le permite mantener su _____ y diferenciación en el mercado.

De acuerdo con las actividades que usted realiza en el centro pediátrico, describa:

3. CUÁL ES SU APOORTE PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE CALIDAD?

4. MENCIONE LOS OBJETIVOS DE LA CALIDAD ESTABLECIDOS EN EL CENTRO PEDIATRICO.

5. SEGÚN EL PROCESO AL QUE PERTENECE DENTRO DE LA ORGANIZACIÓN INDIQUE:

Nombre del Proceso al que pertenece: _____

Líder del proceso: _____


6. SEGÚN EL PROCESO AL QUE PERTENECE DENTRO DE LA ORGANIZACIÓN INDIQUE CON SUS PALABRAS:

Objetivo: _____




GRACIAS!!!

ANEXO 21. Evidencia Reporte de Acciones Correctivas

	REPORTE ACCIÓN CORRECTIVA Y ACCIÓN PREVENTIVA	CÓDIGO	GEQ-FO-08
		VERSIÓN	02
		HOJA	1 de 3


Cuadro 1. Diligenciar por la persona que identifica la No conformidad.			
FECHA (dd/mm/aa)	17/05/2012	No.	01
PROCESO AL QUE SE LE IDENTIFICA LA NC	Gestión de Pre-Consulta		
DETECTADO POR: (CARGO)	Pediatra General		
ORIGEN DE LA NO CONFORMIDAD (Se marca con una x el origen de la no conformidad)			
<input type="checkbox"/>	Peticiones, quejas y reclamos	<input type="checkbox"/>	Evaluación de la satisfacción del cliente
<input type="checkbox"/>	Auditorías internas o externas	<input type="checkbox"/>	Sugerencia Interna
<input type="checkbox"/>	Desempeño de Procesos	<input type="checkbox"/>	Indicadores de calidad
<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Proveedores
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Servicio No Conforme
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Otras
DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD			
Se evidencio el Ingreso del paciente de primera vez Rafael David Sánchez Tarazona con Código: 23282 al consultorio No 1 sin pasar previamente por pre-consulta el día 17/05/2012.			

Cuadro 2. Diligenciar por el responsable de atender la no conformidad reportada (líder del proceso) junto al Director Administrativo					
PLANTEAMIENTO DE ACCIÓN CORRECTIVA O PREVENTIVA (Marque con X)					
X	Acción Correctiva		Acción Preventiva		
ANÁLISIS DE CAUSAS (Obligatorio para Acciones Correctivas y Preventivas)					
VARIABLE	Aplica		1. Por qué?	2. Por qué?	3. Por qué?
	Si	No			
Mano de Obra (Recurso Humano)	X		La persona que se encontraba en el cargo era un remplazo del titular del cargo, quien no verifico el ingreso del paciente a Pre-Consulta.	Quien a su vez estaba desarrollando otras actividades en forma simultanea.	
Producto (biológicos, medicamentos, insumos hospitalarios)		X			
Medición (Indicadores, seguimiento, control)		X			
Método (Procedimientos, protocolos, etc.)	X		No existe un procedimiento formalmente documentado y aprobado para la Pre-Consulta.		
Infraestructura (Equipos, hardware, software.)		X			
Medio Ambiente y entes externos		X			
Otros		X			


	REPORTE ACCIÓN CORRECTIVA Y ACCIÓN PREVENTIVA	CÓDIGO	GEQ-FO-08
		VERSIÓN	02
		HOJA	2 de 3

PLANTEAMIENTO DE ACCIONES (Describir la corrección, Acciones correctivas y Acciones Preventivas) Diligenciar por el líder del proceso junto al Director Administrativo.		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
Elaborar el procedimiento de Pre-Consulta, incluyendo todas las actividades que aseguren la prestación adecuada de la misma antes de pasar con el especialista.	Director Administrativo, Enfermera Pre-Consulta	30/05/2012
Aprobar y Socializar al personal involucrado (Titular del cargo y Reemplazo) el Procedimiento.	Director Administrativo	10/06/2012
Definir las responsabilidades y perfil de competencia (educación, experiencia, habilidades y formación) de una persona a contratar, para apoyar los procesos. Incluir atributos comportamentales.	Líderes de Proceso	15/10/12
Aprobar, contratar y entrenar la persona para apoyar los procesos misionales (cuando se estime conveniente)	Director Administrativo y/o Director General	31/10/12

Cuadro 3. Diligenciar por el líder del proceso una vez cumplido el tiempo limite de respuesta junto al Director Administrativo.		
VERIFICACIÓN DE LA ACCIÓN TOMADA (Para cada una de las acciones planteadas realice una actividad de verificación donde constate que esta se ejecuto adecuadamente y fue eficaz).		
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD PROPUESTA	RESPONSABLE	FECHA
Se evidencia el PRE-PR-01 Procedimiento Pre-Consulta en la red de Garey Ltda., y en el PC del personal involucrado.	Director Administrativo	19 de junio del 2012
Se evidencia en el GEA-FO-01 reporte de capacitación de fecha 19/06/12, la asistencia a capacitación donde se socializo el procedimiento al personal implicado en su implementación.	Director Administrativo	19 de junio del 2012
Se definió el GEA-FO-02 Responsabilidad, autoridad y perfil de competencia para el cargo HOST quien apoyara cuando se estime conveniente los procesos misionales.	Director Administrativo	1 de Septiembre del 2012
Se reubico internamente una persona para ejercer este cargo y se contrato una persona externa para reemplazarla en el cargo que desempeñaba.	Director Administrativo	25 de septiembre de 2012


Cuadro 4. EFICACIA. Diligenciar por el lider del proceso junto al Director Administrativo.				
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA		
La acción correctiva tomada para este caso fue efectiva puesto que hasta la fecha no han sucedido nuevos casos como este.	Director Administrativo	27 de Octubre del 2012		
 Firma: Director General y/o Director Administrativo. (Firma de quien realiza el cierre)	FECHA CIERRE	DD	MM	AA
		27	10	12

ANEXO 22. Evidencia Reporte de Acciones Preventivas

	REPORTE ACCIÓN CORRECTIVA Y ACCIÓN PREVENTIVA	CÓDIGO	GEQ-FO-08
		VERSIÓN	02
		HOJA	1 de 2


Cuadro 1. Diligenciar por la persona que identifica la No conformidad.			
FECHA (dd/mm/aa)	20/08/2012	No.	01
PROCESO AL QUE SE LE IDENTIFICA LA NC	Todos Los Procesos		
DETECTADO POR: (CARGO)	Director Administrativo		
ORIGEN DE LA NO CONFORMIDAD (Se marca con una x el origen de la no conformidad)			
<input type="checkbox"/>	Peticiones, quejas y reclamos	<input type="checkbox"/>	Evaluación de la satisfacción del cliente
<input type="checkbox"/>	Auditorías internas o externas	<input checked="" type="checkbox"/>	Sugerencia Interna
<input type="checkbox"/>	Desempeño de Procesos	<input type="checkbox"/>	Indicadores de calidad
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Proveedores
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Servicio No Conforme
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Otras
DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD			
<p>Potencial imposibilidad de acceder de manera oportuna a información relevante de la organización en caso de una ausencia del responsable de las claves de acceso conllevando afectación en la prestación del servicio.</p>			

Cuadro 2. Diligenciar por el responsable de atender la no conformidad reportada (líder del proceso) junto al Director Administrativo					
PLANTEAMIENTO DE ACCIÓN CORRECTIVA O PREVENTIVA (Marque con X)					
	Acción Correctiva		<input checked="" type="checkbox"/>	Acción Preventiva	
ANÁLISIS DE CAUSAS (Obligatorio para Acciones Correctivas y Preventivas)					
VARIABLE	Aplica		1. Por qué?	2. Por qué?	3. Por qué?
	Si	No			
Mano de Obra (Recurso Humano)	<input checked="" type="checkbox"/>		Cada persona asigna su clave de manera personal.	El personal no tiene lineamientos frente a la administración de claves de acceso	
Producto (biológicos, medicamentos, insumos hospitalarios)		<input checked="" type="checkbox"/>			
Medición (Indicadores, seguimiento, control)		<input checked="" type="checkbox"/>			
Método (Procedimientos, protocolos, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>		No se había identificado la importancia de establecer mecanismo que asegure la recuperación de claves de acceso.	No se había considerado el evento de una ausencia imprevista de personal responsable de información con acceso restringido.	
Infraestructura (Equipos, hardware, software.)		<input checked="" type="checkbox"/>			
Medio Ambiente y entes externos		<input checked="" type="checkbox"/>			
Otros		<input checked="" type="checkbox"/>			

	REPORTE ACCIÓN CORRECTIVA Y ACCIÓN PREVENTIVA	CÓDIGO	GEQ-FO-08
		VERSIÓN	02
		HOJA	2 de 2

PLANTEAMIENTO DE ACCIONES (Describir la corrección, Acciones correctivas y Acciones Preventivas) Diligenciar por el líder del proceso junto al Director Administrativo.		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA LIMITE
Recopilar información relacionada con la administración de claves de acceso.	Director Administrativo	7/10/2012
Definir claves seguras organizacionales para el uso de recursos tecnológicos que permitan el manejo, preservación y confidencialidad de la información.	Director Administrativo	7/10/2012
Socializar los lineamientos definidos	Director Administrativo	7/10/2012

Cuadro 3. Diligenciar por el líder del proceso una vez cumplido el tiempo limite de respuesta junto al Director Administrativo.		
VERIFICACIÓN DE LA ACCIÓN TOMADA (Para cada una de las acciones planteadas realice una actividad de verificación donde constate que esta se ejecuto adecuadamente y fue eficaz).		
EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD PROPUESTA	RESPONSABLE	FECHA
Se solicitaron las claves de acceso a los equipos y correos institucionales a cada uno de los funcionarios. Adicionalmente se definieron unos lineamientos para asignación de claves.	Dir. Administrativo	5/10/2012
Se crea documento en el cual reposan las claves de acceso de los equipos del centro pediátrico. El documento se encuentra archivado en la oficina del director administrativo.	Dir. Administrativo	5/10/2012

Cuadro 4. EFICACIA. Diligenciar por el líder del proceso junto al Director Administrativo.			
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA	
Se verifico la eficacia de la Actividad accediendo a todos los computadores con las claves asignadas.	Dir. Administrativo	31/10/2012	
 FIRMA: Director General y/o Director Administrativo. (Firma de quien realiza el cierre)	FECHA CIERRE	DD	MM
		31	10

ANEXO 23. Guía revisión por la Dirección

	GUÍA DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	CÓDIGO	DIR-GU-01
		VERSIÓN	01
		HOJA	1 de 3

1. OBJETIVO

Establecer la metodología a seguir para definir los lineamientos o directrices del Sistema de Gestión de la Calidad por parte de la Dirección General, con el fin de asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continúa.

2. ALCANCE

Aplica a todas las revisiones y seguimientos realizados por parte de la Dirección General al S.G.C.

3. DEFINICIONES

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

Eficacia: Grado en que se cumple con los objetivos y requisitos. Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

Adecuación: Grado en que las posibilidades planificadas en la documentación, son suficientes para cumplir requisitos, políticas y objetivos.

Conveniencia: Grado en que se ajusta el S.G.C. a los propósitos de la organización, es decir grado de implementación del sistema.

4. RESPONSABLE

Director General
Director Administrativo

5. DESARROLLO

Las revisiones al S.G.C. que realiza el Director General se desarrollan con una periodicidad de mínimo una vez al año, sin embargo en el Comité de Calidad, realiza seguimiento a las diferentes actividades que se adelantan incluyéndose la implementación y mantenimiento del S.G.C.

La revisión por la Dirección al S.G.C. es desarrollada por el Director General en Comité de Calidad.

Los elementos de análisis y evaluación del S.G.C. incluyen:

- Los resultados de las auditorias internas realizadas
- La retroalimentación del cliente
- El desempeño de los procesos y conformidad de los servicios
- El estado de las acciones preventivas y correctivas
- Las acciones de seguimiento de las revisiones por la Dirección previas
- Análisis de los cambios que puedan afectar al S.G.C.
- Las recomendaciones para la mejora
- Revisión de la política y objetivos de la calidad

Los aspectos a tener en cuenta en la revisión por la Dirección para cada uno de los elementos enunciados anteriormente, quedan consignados en GEQ-FO-01 Acta de Reunión comité de calidad, los cuales se describen a continuación:

	GUÍA DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	CÓDIGO	DIR-GU-01
		VERSIÓN	01
		HOJA	2 de 3

5.1. RESULTADOS DE LAS AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS

El resultado de las auditorias internas y externas de Calidad es una de las entradas básicas para la revisión por la Dirección, dentro de este elemento es importante analizar las acciones propuestas para dar solución a las no conformidades encontradas, la eficacia de las soluciones planteadas y el estado actual de las pendientes por cerrar, con el objeto de establecer fechas concretas o las acciones necesarias para eliminar la causa de la no conformidad.

El Director Administrativo presenta el informe de resultados de las auditorias.

5.2. RETROALIMENTACIÓN DEL CLIENTE (SATISFACCIÓN DEL CLIENTE Y PQRS)

El Director Administrativo, presenta un informe del estado actual de las acciones planteadas para dar solución o respuesta a las PQRS.

El Director Administrativo, presenta un informe de los resultados de satisfacción del cliente, en donde se especifique las acciones de mejoramiento que se han desarrollado a partir de estos resultados.

5.3. DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD DE LOS SERVICIOS (INDICADORES Y SERVICIOS NO CONFORMES).

El Director Administrativo presenta un informe consolidado del comportamiento de los indicadores que miden los Objetivos de la Calidad a través del documento "Eficacia del S.G.C."

El Director Administrativo, presenta un informe del estado actual de las acciones planteadas para dar solución o los servicios no conformes.

5.4. ESTADO DE LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS

Las acciones correctivas y preventivas se convierten en un importante mecanismo que tiene el S.G.C. para la mejora continua tanto de los servicios como de los procesos, frente a estas acciones es necesario evaluar el estado de implementación de las acciones generadas y si estas fueron eficaces.

El Director Administrativo debe presentar el Estado de Acciones Correctivas y Preventivas en donde se especifique su estado (Abiertas, cerradas y en proceso).

5.5. ACCIONES DE SEGUIMIENTO DE LAS REVISIONES POR LA DIRECCIÓN

Un elemento básico para la evaluación por el Director General es el informe sobre el estado actual de las acciones planteadas como resultado de las anteriores Revisiones por la Dirección de tal manera que se evalúe el grado en el cual estas acciones se han implementado y han generado los impactos esperados. El Director Administrativo debe presentar el informe del estado de las acciones correctivas y acciones preventivas generadas.

5.6. ANALISIS DE LOS CAMBIOS QUE PUEDEN AFECTAR AL S.G.C.

El S.G.C. debe estar en un proceso constante de evolución, por lo tanto debe ir alineado a las directrices y estrategias organizacionales, razón por la cual factores tales como:

- Incorporación de nuevos servicios
- Ampliación del alcance del S.G.C.
- Normatividad
- Proceso
- Estructura organizacional
- Política de calidad

	GUÍA DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	CÓDIGO	DIR-GU-01
		VERSIÓN	01
		HOJA	3 de 3

- Adquisición de tecnología
- Objetivos de la calidad
- Requerimientos de la Norma NTC ISO 9001

Estos aspectos se convierten en elementos que pueden afectar o generar cambios al S.G.C. establecido, siendo necesaria una fase de planeación donde se incorpora cada una de las actividades a desarrollar incluyendo los recursos, responsables y/o los tiempos necesarios para su ejecución, para lo cual el Director General con apoyo del Director Administrativo diligencia el DIR-FO-01 Planificación de Cambios al S.G.C.

5.7. RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA

La implementación y mantenimiento del S.G.C. contribuye a un cambio de cultura organizacional enfocado hacia una cultura preventiva y participativa donde se identifican acciones o propuestas que generen mejoras tanto de la organización como del S.G.C. , por lo tanto es importante evaluar el planteamiento de estas acciones y su impacto con el objeto de aprobar o rechazar su implementación y asignar los recursos necesarios incorporándolos dentro de la planeación de actividades y los presupuestos pertinentes.

Para cada uno de los Procesos el Líder con el apoyo del Director Administrativo registra las recomendaciones para la mejora, información que es presentada en la Revisión por la Dirección para su análisis.

5.8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Es importante que para cada uno de los ítems descritos anteriormente se den los análisis necesarios de tal forma que se obtenga una evaluación real del S.G.C. e igualmente se hace necesario emitir una conclusión donde se describa la situación actual del S.G.C., incluyendo una apreciación sobre la eficacia, adecuación y conveniencia del mismo.

5.9. INFORME DE REVISION POR LA DIRECCIÓN

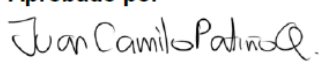
Los resultados de la revisión se evidencian en el GEQ-FO-01 Acta de Reunión Comité de Calidad, el cual incluye las decisiones y acciones relacionadas con:

- La mejora de la eficacia del S.G.C. y sus procesos
- La mejora del servicio o producto en relación con los requisitos del cliente y las necesidades de recursos.
- Y las conclusiones y recomendaciones.




En el GEQ-FO-01 Acta de Reunión Comité de Calidad que evidencia la Revisión por la Dirección, se incluye una descripción de los recursos necesarios y un Plan de Mejoramiento que establece las acciones /responsables, la fecha límite de cumplimiento y los recursos en caso requerido.

6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	23 de Marzo del 2012	Creación del documento

Revisado por Cargo: Director Administrativo Fecha : 23 de Marzo del 2012	Aprobado por  Cargo: Director Administrativo Fecha : 23 de Marzo de 2012
---	--

ANEXO 24. Programa de Auditorías Internas

	PROGRAMA DE AUDITORIA DE CALIDAD											CÓDIGO	GEQ-FO-12		
												VERSIÓN	01		
												HOJA	1 de 1		
Fecha de elaboración	18 / 07 / 2012			Programa de Auditoría			Desde:	18 / 07 / 2012			Hasta:	18 / 06 / 2013			
Objetivo del Programa Global de Auditoría:		<ul style="list-style-type: none"> * Determinar el grado de conformidad del Sistema de Gestión de Calidad de acuerdo con la norma NTC ISO 9001:2008 * Evaluar la capacidad del Sistema De Gestión de la calidad para asegurar el cumplimiento de los requisitos de los clientes legales y reglamentarios aplicables * Evaluar la eficacia del Sistema de Gestión De la Calidad para lograr los objetivos del Centro pediátrico. * Identificar mejoramientos potenciales al Sistema de Gestión de la Calidad. * Desarrollar las competencias del Equipo Auditor por medio de la participación bajo el rol de observador en las auditorías internas y externas. 													
Alcance:	Todos los Procesos del Sistema de Gestión de la Calidad														
Proceso a Auditar	Responsable	Control	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Observaciones
Gestión de Dirección		PL													
		EJ													
Gestión Comercial		PL													
		EJ													
Gestión Asignación de Citas		PL													
		EJ													
Gestión de Pre- Consulta		PL													
		EJ													
Gestión Prestación del Servicio		PL													
		EJ													
Gestión Financiera		PL													
		EJ													
Gestión Administrativa		PL													
		EJ													
Gestión de Calidad		PL													
		EJ													
			 Auditoría Externa	 Auditoría Interna							EJ: Ejecutado		PL: Planeado		
Elaborado por: Juan Camilo Patiño Quintero						Aprobado por: Jorge Garcia Harker									

ANEXO 25. Plan de Auditoria Interna de Calidad 2012

		PLAN DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD				CÓDIGO	GEQ-FO-13
						VERSIÓN	01
						HOJA	1 de 1
						Consecutivo No.	01
Objetivo		<p>*Determinar el grado de conformidad del Sistema de Gestión de Calidad de acuerdo con la norma NTC ISO 9001:2008.</p> <p>*Evaluar la capacidad del SGC para asegurar el cumplimiento de los requisitos de los clientes, legales y normatividad aplicable.</p> <p>*Evaluar la eficacia del sistema de gestión de calidad para lograr los objetivos especificados en la organización.</p> <p>*Identificar mejoramientos potenciales al Sistema de Gestión de Calidad</p>					
Alcance		Aplica a todos los procesos del SGC de GAREY LTDA.					
Criterios de Auditoría		<p>*NTC-ISO 9001:2008</p> <p>*Manual de Gestión de la Calidad.</p> <p>*Normas Legales y Reglamentarias aplicables</p> <p>*Documentación establecida en el Sistema de Gestión de Calidad</p>					
Líder del Equipo Auditor		Claudia Patricia Durán (CPD)		Equipo Auditor		Carolina Sierra Arias (CSA)	
FECHA	HORA	PROCESO/ACTIVIDAD POR AUDITAR	REQUISITOS (NTC ISO 9001)	AUDITADO (Nombre y Cargo)		AUDITOR (Nombre)	


21/11/2012	1:30 p.m. - 2:45 p.m.	Gestión de Asignación de Citas	4.1, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 5.2, 5.3, 5.4.1, 5.5.3, 6.4, 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.4, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3	Líder: Host - Sandra Cerón, Recepcionista - Rubiela Mantilla	CPD
	2:45 p.m. - 4:15 p.m.	Gestión de Prestación del Servicio Optometría Clara Beltran	4.1, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 5.3, 5.4.1, 5.5.1, 5.5.3, 6.3, 6.4, 7.6, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3	Director Administrativo - Juan Camilo Patiño	CPD
	4:15 p.m. - 5:15 p.m.	Gestión Prestación del Servicio (Dispensación de medicamentos)	4.1, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 5.2, 5.3, 5.4.1, 5.5.3, 6.3, 6.4, 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.4.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.4, 7.5.5, 7.6, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3	Regente de Farmacia - Luz Aida Lizarazo	CPD
	5:15 p.m. - 6:30 p.m.	Gestión Administrativa (Infraestructura)	4.1, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 5.2, 5.3, 5.4.1, 5.5.3, 6.3, 6.4, 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.4.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.4, 7.5.5, 7.6, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3	Optómetra-Clara Beltran	CPD
22/11/2012	2:00 p.m. - 3:30 p.m.	Preconsulta	4.1, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 5.2, 5.3, 5.4.1, 5.5.3, 6.3, 6.4, 7.1, 7.2.1, 7.2.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.4, 7.6, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3	Líder: Enfermera de apoyo diagnóstico y terapéutico - Martha Garces, Enfermera Preconsulta - Claudia Serna	CPD

	3:30 p.m. - 4:45 p.m.	Gestión Prestación del Servicio (Odontopediatría)	4.1, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 5.2, 5.3, 5.4.1, 5.5.3, 6.3, 6.4, 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.4.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.4, 7.5.5, 7.6, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3	Odontopediatra - Solangel	CPD
	4:45 p.m. - 6:00 p.m.	Gestión Prestación del Servicio (Pediatria - Dr. Chachón)	4.1, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 5.2, 5.3, 5.4.1, 5.5.3, 6.3, 6.4, 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.4.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.4, 7.5.5, 7.6, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3	Pediatras (Dr. Chacón)	CPD
	6:00 p.m. -7:15 p.m.	Gestión Prestación del Servicio (Ortodoncia)	4.1, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 5.2, 5.3, 5.4.1, 5.5.3, 6.3, 6.4, 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.4.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.4, 7.5.5, 7.6, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3	Ortodoncista	CPD
23/11/2012	7:30 a.m. - 8:00 a.m.	Reunión de Apertura	NA	Líderes de Proceso	CPD
	8:00 a.m. - 9:00 a.m.	Gestión de Dirección	4.1, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4.1, 5.4.2, 5.5.1, 5.5.2, 5.5.3, 5.6, 5.6.1, 5.6.2, 5.6.3, 6.1, 7.2.1, 7.2.3, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3	Director General	CPD

9:00 a.m. - 10:00 a.m.	Gestión del Servicio (Líder: Director Científico)	4.1, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 5.2, 5.3, 5.4.1, 5.5.3, 6.3, 6.4, 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.4.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.4, 7.5.5, 7.6, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3	Director Científico - Dr. Harker	CPD
10:00 a.m. - 11:15 a.m.	Gestión del Servicio (Pediatria Dr. Harker/Dra. Sandra Silva)	4.1, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 5.2, 5.3, 5.4.1, 5.5.3, 6.3, 6.4, 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.4.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.4, 7.5.5, 7.6, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3	Pediatra - Dr. Harker/Dra. Sandra Silva	CPD
11:15 a.m. - 12:00 m	Gestión del Servicio (Apoyo Diagnóstico y Terapéutico)	4.1, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 5.2, 5.3, 5.4.1, 5.5.3, 6.3, 6.4, 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.4.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.4, 7.5.5, 7.6, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3	Enfermera de apoyo diagnóstico y terapéutico - Dra. Martha Garcés	CPD
12:00 m	Reunión de Cierre Parcial (CPD)	NA	Líderes de Procesos Auditados	CPD
1:30 p.m. - 3:30 p.m.	Gestión Comercial	4.1, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 5.2, 5.3, 5.4.1, 5.5.3, 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.5.3, 7.5.4, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3	Director Administrativo - Juan Camilo Patiño	CSA
3:30 p.m. - 6:30 p.m.	Gestión Administrativa (Recurso Humano, Compras)	4.1, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 5.3, 5.4.1, 5.5.1, 5.5.3, 6.2, 6.2.1, 6.2.2, 6.4, 7.5.3, 7.5.5, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3	Director Administrativo - Juan Camilo Patiño	CSA

26/11/2012	8:00 a.m. -10:00 a.m.	Gestión de Calidad	4.1, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 5.3, 5.4.1, 5.5.3, 7.2.3, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3	Director Administrativo - Juan Camilo Patiño	CSA
	10:00 A.M. - 11:00 a.m.	Gestión Financiera	4.1, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 5.3, 5.4.1, 5.5.3, 6.1, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.4, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3	Directora Financiera - Dra. Elsa Rey	CSA
	11:15 a.m.	Reunión de Cierre Parcial (CSA)	NA	Líderes de Procesos Auditados	CSA
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la ejecución de la auditoria se verificará el cumplimiento de los numerales 4.2.3, 4.2.4, 8.2.3, 8.4 y 8.5. • Suministrar copia de los listados: maestro de documentos, maestro de registros y maestro de documentos externos. • Planificar y coordinar la logística requerida para que los líderes de proceso, participantes y especialistas tengan la disponibilidad de tiempo para atender la auditoría interna. <p>Para las auditorías programas durante el 21 y 22/11/12 se hará al inicio de la auditoría en cada proceso una breve reunión de apertura, teniendo en cuenta que la mayor parte de los auditados son Especialistas, quienes tienen específicamente citas programadas en las horas definidas para la auditoría.</p>				
Elaborado por	CLAUDIA PATRICIA DURAN		Aprobado por	JUAN CAMILO PATIÑO Q	
Cargo	LIDER EQUIPO AUDITOR		Cargo	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	
Fecha	16/11/2012		Fecha	18/11/2012	

ANEXO 27. Informe de auditoría de calidad


	INFORME DE AUDITORÍA DE CALIDAD	CÓDIGO	GEQ-FO-10
		VERSIÓN	01
		HOJA	1 de 2

Fecha de elaboración:

Auditoría Interna No.

1. OBJETIVO
<ul style="list-style-type: none"> Determinar el grado de conformidad del Sistema de Gestión de Calidad de acuerdo con la norma NTC ISO 9001:2008. Evaluar la capacidad del SGC para asegurar el cumplimiento de los requisitos de los clientes, legales y normatividad aplicable. Evaluar la eficacia del sistema de gestión de calidad para lograr los objetivos especificados en la organización. Identificar mejoramientos potenciales al Sistema de Gestión de Calidad
2. ALCANCE
Aplica a todos los procesos del SGC de GAREY LTDA.
3. CRITERIOS
<ul style="list-style-type: none"> NTC-ISO 9001:2008 Manual de Gestión de la Calidad. Normas Legales y Reglamentarias aplicables Documentación establecida en el Sistema de Gestión de Calidad
4. EQUIPO AUDITOR
Líder: Claudia Patricia Durán Hernández Auditor: Carolina Sierra Arias


5. HALLAZGOS	
TODOS LOS PROCESOS	
FORTALEZAS	
No.	Descripción
1	La participación activa y permanente colaboración del personal en el proceso de auditoría porque garantiza la revisión del sistema de gestión facilitando la identificación de hallazgos que promueven la mejora del mismo.
2	El sentido de pertenencia del personal de GAREY Ltda., porque asegura la implementación del sistema de gestión apoyando la directriz organizacional de la certificación del sistema a corto plazo.
3	La competencia del personal porque garantiza el adecuado diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes.
4	La generación de acciones de mejora por parte de la organización a través de los comités de calidad porque se asegura la participación activa de los líderes de proceso y la mejora continua del sistema de gestión.
5	El trato cordial brindado a todos los pacientes por parte del personal porque refuerza la confianza que los clientes mantienen en la institución.
OPORTUNIDADES DE MEJORA	
No.	Descripción
1	El mantenimiento permanente de medios de comunicación con el cliente (folletos del buzón de sugerencias) para que se garantice el flujo de información de los usuarios hacia la organización.

	INFORME DE AUDITORÍA DE CALIDAD	CÓDIGO	GEQ-FO-10
		VERSIÓN	01
		HOJA	3 de 2

OPORTUNIDADES DE MEJORA		
No.		
1	La identificación de los instrumentos médicos que requieren limpieza por parte del usuario y el establecimiento de un protocolo de limpieza para estos instrumentos para garantizar el adecuado mantenimiento de los mismos.	
2	La definición del uso del termómetro ubicado en la pared, al lado de la nevera de vacunas en consultorio de pediatría para legitimar su uso y evitar la confusión de las personas encargadas del control de temperatura de esta nevera.	
3	La creación de un mecanismo para el reporte de los mantenimientos de los equipos o de la infraestructura en caso de que el proveedor no maneje formato propio para acreditar el control del cronograma de mantenimiento establecido por la organización.	
4	El control de los proveedores de mantenimiento para asegurar la entrega de los reportes del mantenimiento realizado a los equipos.	
NO CONFORMIDADES		
No.	Descripción	Requisito NTC ISO 9001:2008
1	<p><i>El equipo de medición no se ha calibrado o verificado, o ambos, a intervalos especificados o antes de su utilización.</i></p> <p>Evidencia: No se evidencia la calibración del Termohigrómetro de dispensación de medicamentos.</p>	7.6
2	<p><i>La organización no desarrolla las actividades de acuerdo a los documentos establecidos</i></p> <p>Evidencia: De acuerdo al procedimiento establecido se deben elaborar órdenes de servicio para el mantenimiento de infraestructura: no se encuentra orden de servicio para mantenimiento de redes eléctricas ejecutado en 2012. Tampoco se evidencia el recibido a conformidad.</p>	7.1
PROCESO GESTIÓN PRESTACIÓN DEL SERVICIO – DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS		
OPORTUNIDADES DE MEJORA		
No.	Descripción	
1	La revisión de la necesidad de la casilla PRESENTACIÓN del formato MINIMAX GEP-FO-12 que a la fecha no se diligencia para mejorar el control del diligenciamiento de los registros del proceso.	
2	El control del diligenciamiento del formato GEP-FO-05 recepción e inspección de medicamentos y biológicos en la casilla ENTREGADO POR para asegurar la trazabilidad de la persona responsable de la entrega de medicamentos.	
3	La definición del rango de temperatura a la que deben llegar los medicamentos refrigerados para asegurar que esta se mide y controla.	
4	La revisión del procedimiento GER-PR-37 donde se estipula que se debería firmar en la orden de pedido (GEA-FO-24) la conformidad en el recibo de los medicamentos y en la actualidad no se realiza de esta manera.	
5	La revisión de la necesidad de la casilla DISPOSICIÓN FINAL del formato GEP-FO-07 que a la fecha no se diligencia para mejorar el control del diligenciamiento de los registros del proceso.	

	INFORME DE AUDITORÍA DE CALIDAD	CÓDIGO	GEQ-FO-10
		VERSIÓN	01
		HOJA	4 de 2

6	La revisión del formato acta de reunión GEQ-FO-01 y determinar si su uso es adecuado para la devolución de medicamentos por vencimiento.	
7	La definición de los rangos de aceptación de temperatura y humedad ambientes y verificar qué medicamentos requieren una humedad específica para garantizar el control de las mismas.	
NO CONFORMIDADES		
No.	Descripción	Requisito NTC ISO 9001:2008
-	No se encontraron	-
PROCESO GESTIÓN PRESTACIÓN DEL SERVICIO - OPTOMETRÍA		
FORTALEZAS		
No.	Descripción	
1	La adquisición del equipo para potenciales visuales evocados porque amplia el portafolio de servicios mejorando la capacidad diagnóstica de la consulta de optometría y generando mayor adherencia en los clientes.	
OPORTUNIDADES DE MEJORA		
No.	Descripción	
1	El manejo de historias clínicas de optometría en red con las historias clínicas de la IPS para que se facilite el intercambio de información entre los especialistas y se optimice el tiempo de atención de las consultas.	
NO CONFORMIDADES		
No.	Descripción	Requisito NTC ISO 9001:2008
-	No se encontraron	-
PRECONSULTA		
FORTALEZAS		
No.	Descripción	
1	El uso del video institucional porque es una herramienta valiosa para la divulgación de los servicios prestados por la institución.	
2	La utilización de videos y folletos para la labor educativa de la población adolescente porque contribuye de manera significativa al control de la aparición de algunas patologías.	
OPORTUNIDADES DE MEJORA		
No.	Descripción	
1	El nombramiento de los líderes de proceso para que estos sean personas más participes en los procesos y la divulgación de la información y lineamientos gerenciales sea más eficiente.	
2	La ampliación de los temas educativos en el momento de pre-consulta para aprovechar este espacio de comunicación con los clientes y mejorar el conocimiento de la población objetivo.	

	INFORME DE AUDITORÍA DE CALIDAD	CÓDIGO	GEQ-FO-10
		VERSIÓN	01
		HOJA	2 de 2

2	El establecimiento de indicadores en todos los procesos asistenciales para que se asegure su seguimiento y mejora continuas.
---	--

NO CONFORMIDADES

No.	Descripción	Requisito NTC ISO 9001:2008
1	<p><i>La organización no asegura que el producto que no sea conforme con los requisitos del servicio, se identifica y controla. No se mantienen registros.</i></p> <p>Evidencia: Se menciona por parte de los auditados servicios no conformes y eventos adversos, por ejemplo: cancelaciones de citas, errores de identificación del paciente en la tarjeta de control o consulta, inconformidades de los usuarios en la atención de la consulta especializada, entre otros, que no han sido reportados. Además, se evidencia desconocimiento del personal en la identificación de servicios no conformes y eventos adversos. No se conoce el formato de reporte.</p>	8.3

PROCESO ASIGNACIÓN DE CITAS

FORTALEZAS

No.	Descripción
1	El tiempo de asignación de citas con la especialidad de pediatría porque consolida a la organización en la atención adecuada de los pacientes.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

No.	Descripción
1	La sistematización de las agendas de asignación de las citas médicas para que se asegure la trazabilidad en la atención de los pacientes y facilite la tabulación de datos provenientes de estas agendas y el seguimiento a otras especialidades.
2	El control al listado maestro de registros para que se consignen en él todos los registros del sistema y se garantice su adecuado control.
3	El establecimiento de criterios de calidad para las entidades de apoyo diagnóstico a las cuales se referencian pacientes para que se avale el servicio prestado por estas.


NO CONFORMIDADES

No.	Descripción	Requisito NTC ISO 9001:2008
-	No se encontraron	-

PROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA - INFRAESTRUCTURA

FORTALEZAS


No.	Descripción
1	La infraestructura general de la organización, incluyendo los juegos infantiles y su revisión periódica porque se orienta directamente a su cliente final (población infantil) haciendo a la IPS un sitio confortable de atención.

	INFORME DE AUDITORÍA DE CALIDAD	CÓDIGO	GEQ-FO-10
		VERSIÓN	01
		HOJA	5 de 2

NO CONFORMIDADES		
No.	Descripción	Requisito NTC ISO 9001:2008
-	No se encontraron	-
PROCESO GESTIÓN PRESTACIÓN DEL SERVICIO – ODONTOPEDIATRÍA		
OPORTUNIDADES DE MEJORA		
No.	Descripción	
1	La inclusión en la caracterización de prestación del servicio de las actividades propias del proceso de odontopediatría para que se facilite la planificación y mejora del mismo.	
2	El establecimiento de un procedimiento de atención general para que se estandarice la atención de los pacientes	
NO CONFORMIDADES		
No.	Descripción	Requisito NTC ISO 9001:2008
-	No se encontraron	-
PROCESO GESTIÓN PRESTACIÓN DEL SERVICIO – ORTODONCIA		
OPORTUNIDADES DE MEJORA		
No.	Descripción	
1	El manejo de historias clínicas, la asignación de un número de identificación, el no uso de abreviaturas, el uso de letra legible para que se garantice la trazabilidad del documento y la información contenida en él.	
NO CONFORMIDADES		
No.	Descripción	Requisito NTC ISO 9001:2008
-	No se encontraron	-
PROCESO GESTIÓN PRESTACIÓN DEL SERVICIO – PEDIATRÍA DR. CHACÓN		
OPORTUNIDADES DE MEJORA		
No.	Descripción	
1	El establecimiento de un procedimiento de atención general de consulta pediátrica para que se estandarice la atención de los pacientes.	
NO CONFORMIDADES		
No.	Descripción	Requisito NTC ISO 9001:2008
-	No se encontraron	-
PROCESO GESTIÓN PRESTACIÓN DEL SERVICIO – PEDIATRÍA DR. GARCÍA HARKER		
OPORTUNIDADES DE MEJORA		
No.	Descripción	
1	Asegurar que en todas las acciones correctivas y preventivas se registren las acciones de seguimiento y los resultados obtenidos. En la acción correctiva 04, establecida por el incumplimiento del indicador de oportunidad en la atención no se registró el	

 García Harker CENTRO PEDIÁTRICO	INFORME DE AUDITORÍA DE CALIDAD	CÓDIGO	GEQ-FO-10
		VERSIÓN	01
		HOJA	6 de 2

seguimiento a las acciones planteadas para su solución.		
NO CONFORMIDADES		
No.	Descripción	Requisito NTC ISO 9001:2008
-	No se encontraron	-
PROCESO GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN		
FORTALEZAS		
No.	Descripción	
1	El compromiso de la dirección con el sistema de gestión porque garantiza su implementación y lo convierte en un mecanismo real de crecimiento organizacional	
2	La planeación estratégica: creación del cargo HOST y la creación de la oficina de servicio pos-venta porque evidencia los esfuerzos de la organización para garantizar la satisfacción del cliente y lograr posicionarse como una IPS que ofrezca un servicio preferencial a todos sus usuarios.	
3	La eficacia de las reuniones de calidad con la participación activa de los líderes de proceso porque asegura el mejoramiento continuo del sistema de gestión de calidad basado en información y datos proporcionados por el personal.	
OPORTUNIDADES DE MEJORA		
No.	Descripción	
1	La búsqueda de un mecanismo efectivo para el registro de las quejas que presentan los usuarios de forma verbal para que se garantice el establecimiento de acciones correctivas que eliminen las causas de las no conformidades de manera eficaz.	
2	La creación de un indicador que mida la eficacia del SGC a través del peso ponderado de los indicadores establecidos.	
NO CONFORMIDADES		
No.	Descripción	Requisito NTC ISO 9001:2008
-	No se encontraron	-
PROCESO GESTIÓN PRESTACIÓN DEL SERVICIO – APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO		
OPORTUNIDADES DE MEJORA		
No.	Descripción	
1	La consolidación de los procedimientos del proceso en un manual de procedimientos de apoyo diagnóstico y terapéutico para facilitar su control y manejo.	
NO CONFORMIDADES		
No.	Descripción	Requisito NTC ISO 9001:2008
-	No se encontraron	-

	INFORME DE AUDITORÍA DE CALIDAD	CÓDIGO	GEQ-FO-10
		VERSIÓN	01
		HOJA	8 de 2


PROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA (RECURSO HUMANO Y COMPRAS)		
FORTALEZAS		
No.	Descripción	
1	La creación y definición del cargo HOST dentro de la empresa, ya que fortalece los procesos de comunicación con el cliente.	
OPORTUNIDADES DE MEJORA		
No.	Descripción	
1	La inclusión de la gestión de los especialistas como proveedores de la empresa, diseñando los formatos o instrumentos que apliquen para la adecuada selección, inscripción, evaluación y reevaluación dentro del Sistema de Gestión de Calidad.	
2	La realización con mayor celeridad de las actividades que se tienen previstas para la gestión de los proveedores a partir de los resultados obtenidos con la evaluación aplicada (plantear acciones que aporten a la mejora del desempeño de los proveedores en aquellos aspectos identificados como críticos)	
3	La mejora del procedimiento de Gestión de Talento Humano – GEA-PR-02, indicando que en la selección de personal para todos los cargos se incluyen entrevistas, en donde se determina el cumplimiento de los requisitos establecidos para el perfil por parte del candidato.	
4	La inclusión dentro del manual de funciones, perfiles y cargos la descripción de las convalidaciones que tiene prevista la Empresa en algunos aspectos como experiencia y formación.	
5	La inclusión dentro del registro de la inducción realizada al personal que ingresa a la empresa de todos los aspectos, elementos y temas que se tienen previstos en el procedimiento, de manera particular aquellos temas relacionados con la organización (misión, visión, sistema de gestión de calidad)	
6	La realización con mayor celeridad de la definición y el cálculo del Indicador asociado a este proceso (Competencia del Personal) para determinar el impacto de su aporte a los objetivos y política de calidad de la Organización.	
7	La realización de manera oportuna de la retroalimentación de los resultados de la evaluación de desempeño al personal de la Organización, para determinar los planes de acción que aporten al mejoramiento de las competencias.	
NO CONFORMIDADES		
No.	Descripción	Requisito NTC ISO 9001:2008
1	<p><i>La organización no mostró evidencia de la selección y evaluación de los proveedores en función de su capacidad para prestar los servicios de consulta especializada, a partir de los criterios definidos.</i></p> <p>Evidencia: No se encontró registros de selección y evaluación aplicados a los proveedores "Especialistas" que utiliza la organización para la prestación de su servicio de consulta. No se encontró evidencia del registro de selección del proveedor "PVS Agencia de Publicidad"</p>	7.4.1
2	<p><i>La organización no mantiene los registros apropiados de la formación y habilidades.</i></p>	6.2.2

	INFORME DE AUDITORÍA DE CALIDAD	CÓDIGO	GEQ-FO-10
		VERSIÓN	01
		HOJA	9 de 2

	<p>Evidencia: No se encontró el registro de habilidades definidas para el cargo de Regente de Farmacia por parte de Luz Aida Lizarazo, quien ocupa este rol desde el 08/10/2012.</p> <p>No se encontró el registro de formación "Microsoft Office y Manejo de Software" para Claudia Victoria Serrano en el rol de Enfermera Pre-consulta.</p>	
3	<p><i>La organización no desarrolla las actividades de acuerdo a los documentos establecidos</i></p> <p>Evidencia: De acuerdo al procedimiento de Gestión de Talento Humano – GEA-PR-02, se debe determinar la eficacia de las capacitaciones realizadas en el marco del Programa de Capacitación seis (6) meses después de su realización. No se encontró evidencia de la evaluación de la eficacia de la capacitación "Sensibilización del SGC" realizada el pasado 25/04/2012.</p>	7.1
PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD		
FORTALEZAS		
No.	Descripción	
1	La disposición de la Alta Dirección para la planificación y mejora del Sistema de Gestión de Calidad de GAREY Ltda	
OPORTUNIDADES DE MEJORA		
No.	Descripción	
1	Mejorar por parte del los responsables de los diferentes procesos de la cadena de valor el entendimiento y aplicación efectiva de las disposiciones definidas por la empresa en el Procedimiento Control de Evento Adverso y/o Producto/Servicio no conforme.	
2	En el cierre de las acciones correctivas que identifica y gestiona la empresa, mejorar el uso del concepto de "eficacia de la acción" en la redacción utilizada en el formato GEQ-FO-08, ya que utilizan el concepto "efectivo" en su actual redacción.	
3	Fomentar el mejoramiento de los procesos a través de la generación de acciones preventivas y de mejora.	
4	Fortalecer la habilidad del personal de la empresa para identificar y gestionar acciones correctivas que aporten a la mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad.	
5	Realizar con mayor celeridad la definición y el cálculo del Indicador asociado a este proceso (Mejoramiento Continuo) para determinar el impacto de su aporte a los objetivos y política de calidad de la Organización.	
6	La definición de indicadores de impacto para la medición de la gestión de los procesos y la determinación de su aporte al cumplimiento de los objetivos y política de calidad de GAREY Ltda	
NO CONFORMIDADES		
No.	Descripción	Requisito NTC ISO 9001:2008
-	No se encontraron	-


	INFORME DE AUDITORÍA DE CALIDAD	CÓDIGO	GEQ-FO-10
		VERSIÓN	01
		HOJA	7 de 2

PROCESO GESTIÓN COMERCIAL		
FORTALEZAS		
No.	Descripción	
1	Las estrategias definidas para identificar los requisitos y expectativas de los clientes a través de la aplicación de encuestas a pacientes y entidades de salud	
2	Las actividades y estrategias de postventa que han emprendido con los pacientes para garantizar su permanencia y fidelización con la organización.	
OPORTUNIDADES DE MEJORA		
No.	Descripción	
1	El mantenimiento de los registros del análisis (informe) efectuado sobre los resultados de las encuestas de satisfacción aplicada a los clientes, ya que solo se evidenció el consolidado de los resultados a nivel numérico con una satisfacción del 93,04% pero no se evidencia un análisis de las causas o de las situaciones que pueden determinar acciones de mejora frente a lo comunicado por los clientes a través del instrumento de encuestas.	
2	La inclusión dentro del indicador de Satisfacción del Cliente los resultados de las encuestas aplicadas a los clientes institucionales, de tal forma que se puedan identificar de manera clara y precisa las acciones correctivas o de mejora que debe emprender la organización para asegurar y/o mejorar la satisfacción frente a la prestación de los servicios ofrecidos.	
3	En el análisis y tabulación de las encuestas tener en cuenta la información reportada por los clientes a nivel de sugerencias, de tal forma que a partir de estos datos se puedan detectar acciones de mejora o acciones preventivas para los diferentes procesos del Sistema de Gestión de Calidad.	
4	La especificación en el numeral 2 del formato de Encuesta de Satisfacción Consulta – GEC-FO-04 de los elementos que componen el ítem de "Atención" evaluado para los diferentes tipos de consulta, de tal manera que se de mayor claridad al encuestado sobre los elementos por los que se está consultando.	
5	Dentro del procedimiento de Quejas, Reclamos y Sugerencias - GEC-PR-02 establecer la diferencia entre una queja y un reclamo, para identificar su tratamiento, de tal forma que pueda generar un impacto sobre el Sistema de Gestión de Calidad de la Empresa.	
6	Dentro del procedimiento de Quejas, Reclamos y Sugerencias - GEC-PR-02 establecer la diferencia entre la solución y la respuesta a una queja, ya que en el procedimiento se plantea que su "solución" se debe dar dentro de los 10 días hábiles siguientes de la comunicación. Para el caso específico de la queja incluida en el buzón de PQRS de fecha 01/10/2012, no se encuentra evidencia de que a la fecha de la auditoría (23/11/2012) se hubiera dado solución a la misma (persiste el problema del tiempo de espera de consulta), ni se encuentra evidencia de la respuesta o comunicación dada al cliente sobre la acción emprendida para la solución del problema evidenciado a través de la queja.	
7	Dentro del procedimiento de Quejas, Reclamos y Sugerencias – GEC-PR-02 incluir el tratamiento que se debe dar a las quejas y reclamos verbales para garantizar su eficaz tratamiento.	
NO CONFORMIDADES		
No.	Descripción	Requisito NTC ISO 9001:2008
-	No se encontraron	-


	INFORME DE AUDITORÍA DE CALIDAD	CÓDIGO	GEQ-FO-10
		VERSIÓN	01
		HOJA	10 de 2

PROCESO GESTIÓN FINANCIERA		
FORTALEZAS		
No.	Descripción	
1	La inclusión del proceso y sus actividades anexas dentro del Sistema de Gestión de Calidad de GAREY Ltda	
OPORTUNIDADES DE MEJORA		
No.	Descripción	
1	El diseño e implementación de los controles pertinentes para las actividades críticas del proceso relacionadas con la gestión de cartera, la gestión de facturación y demás que sean relevantes para la adecuada ejecución del proceso y el logro de los objetivos financieros planteado por la empresa.	
2	El diseño e implementación de prácticas de planeación financiera como el uso de presupuestos financieros (Ingresos y Gastos).	
3	El diseño e implementación de indicadores financieros que permitan monitorear en nivel de cumplimiento de los objetivos y políticas financieras que se tienen establecidas, con el propósito que de manera oportuna se cuente con información para la adecuada toma de decisiones a nivel gerencial o de procesos claves como el de gestión comercial.	
NO CONFORMIDADES		
No.	Descripción	Requisito NTC ISO 9001:2008
-	No se encontraron	-
6. CONCLUSIÓN GENERAL		
<ul style="list-style-type: none"> • Como resultado de esta auditoría interna se encontraron seis (6) no conformidades y cincuenta (50) oportunidades de mejora. • Se evidencia que el sistema de gestión de la Calidad de GAREY Ltda., es conforme con los criterios establecidos en la norma ISO 9001:2008, a excepción de las no conformidades contempladas en este informe. • Se evidencia la adecuación del Sistema de Gestión de la Calidad, pues se encontraron procesos con una documentación coherente con la necesidades de la organización, la conveniencia, dado que lo documentado o planificado es aplicado, y la eficacia, dado que se cumple con la mayoría de los objetivos del sistema y de procesos. • Se aprecia el cumplimiento de los requisitos del cliente, de la institución y los legales y reglamentarios sobre los cuales la organización tiene obligatoriedad. • Se lograron identificar mejoramientos potenciales en el sistema de gestión. • Todos los hallazgos de la auditoría interna deben ser revisados y considerados con la misma importancia sin distinción alguna. • Se cumplió con los objetivos establecidos para la auditoría interna. • El numeral 5.6 de la NTC ISO 9001:2008 no fue revisado debido a que no se ha realizado revisión por la dirección. 		

Auditor Líder:



Director General:



	INFORME DE AUDITORÍA DE CALIDAD	CÓDIGO	GEQ-FO-10
		VERSIÓN	01
		HOJA	1 de 2

Fecha de elaboración: 11/01/2013 Auditoría Interna No. 02

1. OBJETIVO
Determinar el grado de conformidad del Sistema de Gestión de Calidad de acuerdo con la norma NTC ISO 9001:2008 Identificar mejoramientos potenciales al Sistema de Gestión de Calidad
2. ALCANCE
Aplica a los Procesos de: Gestión Administrativa, Gestión de Dirección, Gestión de Calidad, Gestión Prestación del Servicio
3. CRITERIOS
<ul style="list-style-type: none"> • NTC ISO 9001:2008 • Manual de la Calidad • Documentación establecida en el Sistema de Gestión de Calidad
4. EQUIPO AUDITOR
Líder: Sandra Patricia Vargas Cordero

5. HALLAZGOS								
PROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA - INFRAESTRUCTURA								
FORTALEZAS								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>La infraestructura con que cuenta el Centro Pediátrico, la cual permite la prestación de los servicios en un ambiente confortable, agradable y cómodo a los pacientes.</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Tener control sobre las licencias de software de la institución.</td> </tr> </tbody> </table>	No.	Descripción	1	La infraestructura con que cuenta el Centro Pediátrico, la cual permite la prestación de los servicios en un ambiente confortable, agradable y cómodo a los pacientes.	2	Tener control sobre las licencias de software de la institución.		
No.	Descripción							
1	La infraestructura con que cuenta el Centro Pediátrico, la cual permite la prestación de los servicios en un ambiente confortable, agradable y cómodo a los pacientes.							
2	Tener control sobre las licencias de software de la institución.							
OPORTUNIDADES DE MEJORA								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Evidenciar el seguimiento efectuado al cumplimiento del programa de mantenimiento de equipos biomédicos, hardware, entre otros; con el fin de llevar un control a la ejecución del mismo.</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Programar y ejecutar mantenimientos asociados con la infraestructura, tales como: *Fumigación (Control de plagas) *Eléctricas: redes, tomas de corriente, fusibles, iluminación. *Sanitarias: tuberías y cañerías, Llaves paso de agua. *Instalaciones: paredes, pisos, cielorrasos, puertas, ventanas. *Jornada de aseo general: limpieza, lavado y desinfección de todas las áreas (Comunes, Administrativas, y de Atención al Usuario).</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Asegurar que el inventario de licencias este actualizado.</td> </tr> </tbody> </table>	No.	Descripción	1	Evidenciar el seguimiento efectuado al cumplimiento del programa de mantenimiento de equipos biomédicos, hardware, entre otros; con el fin de llevar un control a la ejecución del mismo.	2	Programar y ejecutar mantenimientos asociados con la infraestructura, tales como: *Fumigación (Control de plagas) *Eléctricas: redes, tomas de corriente, fusibles, iluminación. *Sanitarias: tuberías y cañerías, Llaves paso de agua. *Instalaciones: paredes, pisos, cielorrasos, puertas, ventanas. *Jornada de aseo general: limpieza, lavado y desinfección de todas las áreas (Comunes, Administrativas, y de Atención al Usuario).	3	Asegurar que el inventario de licencias este actualizado.
No.	Descripción							
1	Evidenciar el seguimiento efectuado al cumplimiento del programa de mantenimiento de equipos biomédicos, hardware, entre otros; con el fin de llevar un control a la ejecución del mismo.							
2	Programar y ejecutar mantenimientos asociados con la infraestructura, tales como: *Fumigación (Control de plagas) *Eléctricas: redes, tomas de corriente, fusibles, iluminación. *Sanitarias: tuberías y cañerías, Llaves paso de agua. *Instalaciones: paredes, pisos, cielorrasos, puertas, ventanas. *Jornada de aseo general: limpieza, lavado y desinfección de todas las áreas (Comunes, Administrativas, y de Atención al Usuario).							
3	Asegurar que el inventario de licencias este actualizado.							

	INFORME DE AUDITORÍA DE CALIDAD	CÓDIGO	GEQ-FO-10
		VERSIÓN	01
		HOJA	2 de 2

4	Definir y documentar lineamientos en cuanto a la realización de las copias de seguridad, lo cual incluye: responsabilidades, frecuencia, pruebas de funcionalidad aleatorias y periódica a los back up, método para recuperación de datos (ante un siniestro), evidencia de que se realizan los back up.	
5	Definir, documentar y socializar al personal políticas de seguridad informática, con el fin de preservar la información del SGC y de la organización.	
NO CONFORMIDADES		
No.	Descripción	Requisito NTC ISO 9001:2008
-	No se encontraron.	
PROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA – RECURSO HUMANO Y COMPRAS		
FORTALEZAS		
No.	Descripción	
1	Los criterios establecidos para la selección y evaluación de proveedores, asegurando que sean específicos a cada producto comprado o servicio contratado, aplicando criterios de jerarquía (priorización) y categorización (tipo).	
OPORTUNIDADES DE MEJORA		
No.	Descripción	
1	Evaluar la eficacia del proceso de inducción, con el fin de asegurar que al personal al que se le realiza dicha inducción, realmente adquirió el nivel de conocimientos requeridos para desempeñar de forma adecuada el cargo.	
2	Se recomienda diseñar e implementar un registro para entrega de cargos por retiro temporal y otro para el retiro definitivo, tal como un paz y salvo, el cual sea firmado a satisfacción por calidad, financiera, talento humano, entre otros.	
3	Asegurar que se estén implementados los criterios definidos y documentados para la verificación de productos/servicios, al igual que la evidencia de dicha verificación.	
4	Implementar actividades de re inducción del personal, en donde se establezca el alcance y la evidencia de la actividad de re-inducción, teniendo en cuenta que su implementación contribuye a la mejora de las competencias del personal.	
NO CONFORMIDADES		
No.	Descripción	Requisito NTC ISO 9001:2008
-	No se encontraron.	
PROCESO GESTIÓN DE DIRECCION		
FORTALEZAS		
No.	Descripción	
1	Las estrategias definidas e implementadas de forma permanente por la Dirección General para fortalecer la prestación de los servicios y tener elementos diferenciadores frente a otros Pediatras. Por ejemplo: Contratación de la Host, Ofrecer servicios integrales, seguimiento al avance o evolución del paciente posteriormente a la consulta, entras actividades de postventa.	

	INFORME DE AUDITORÍA DE CALIDAD	CÓDIGO	GEQ-FO-10
		VERSIÓN	01
		HOJA	3 de 2

OPORTUNIDADES DE MEJORA		
No.	Descripción	
1	<p>Fortalecer en la revisión por la dirección:</p> <p>*El análisis (en el tiempo o tendencia) de la información de entrada presentada por los diferentes procesos: PQRS, acciones correctivas, acciones preventivas, satisfacción del cliente, producto/servicio no conforme, entre otros y el estado de las acciones correctivas, las acciones preventivas y acciones de mejora generadas a partir de esta información.</p> <p>*Resultados de indicadores: meta, estado de las acciones correctivas generadas en caso de incumplimiento de metas, valor agregado del indicador al proceso y al sistema, entre otros.</p> <p>*Recordar que las salidas de la revisión por la dirección son mejoras a nivel del sistemas, servicios y procesos, y necesidades de recursos, las cuales se obtienen del análisis de la información de entrada y las recomendaciones de mejora manifiestas por los diferentes procesos, las cuales la Gerencia considere viables de implementar.</p> <p>*Mejorar las conclusiones de la revisión por la dirección, enfocándolas a evidenciar la eficacia, conveniencia y adecuación del SGC.</p>	
2	<p>Implementar una herramienta que facilite el cálculo del indicador de oportunidad en la atención, teniendo en cuenta que hoy en día se hace esta actividad de forma manual, no siendo eficientes y con riesgo de sesgo de los datos del indicador.</p>	
3	<p>Mejorar la metodología implementada para medir la eficacia del SGC, teniendo en cuenta que esta sea mas objetiva e involucre al impacto en la prestación de los servicios de los objetivos e indicadores establecidos por la institución.</p>	
NO CONFORMIDADES		
No.	Descripción	Requisito NTC ISO 9001:2008
-	No se encontraron.	
PROCESO GESTION DE CALIDAD		
FORTALEZAS		
No.	Descripción	
1	<p>El manejo del Sistema de Gestión de la Calidad a través de herramientas informáticas, que facilitan la consulta, control y disponibilidad de información actualizada del sistema, al personal del Centro Pediátrico.</p>	
OPORTUNIDADES DE MEJORA		
No.	Descripción	
1	<p>Fortalecer en el personal el procedimiento a seguir para la actualización de los documentos externos, con el fin de asegurar que se cuente con las versiones actualizadas de los mismos para consulta.</p>	
2	<p>Fortalecer en los diferentes procesos una cultura proactiva, a través, de la generación de acciones preventivas, que contribuyan al mejoramiento continuo de la institución. Así mismo, fortalecer al persona en la identificación y redacción de los riesgos o no conformidades potenciales de cada proceso, para activar la cultura proactiva.</p>	
3	<p>Realizar seguimiento a los diferentes procesos en cuanto a la definición y ejecución de los planes de mejoramiento generados a partir de los hallazgos identificados en las auditorías internas y externas, entre otros.</p>	

	INFORME DE AUDITORÍA DE CALIDAD	CÓDIGO	GEQ-FO-10
		VERSIÓN	01
		HOJA	4 de 2

4	Definir e implementar un mecanismo de seguimiento al análisis de las PQRS (por ejemplo: incluir periódicamente en la agenda del comité de calidad este tema) para asegurar que se generen las acciones correctivas o planes de mejoramiento a partir del análisis de las PQRS repetitivas o que impactan en la prestación del servicio; así mismo, que se implementen y cierren eficazmente las mismas.
5	Se recomienda el uso de técnicas estadísticas, tales como: Diagramas de Pareto que faciliten el análisis de las PQRS al Comité Técnico y orienten a cuales se les deben generar acciones correctivas (por repetitividad o impacto).
6	Publicar por el mecanismo de comunicación que consideren pertinente las mejoras generadas a raíz de los comentarios dados por los pacientes a través de la evaluación de la satisfacción del cliente; de igual forma, las mejoras ejecutadas o en proceso a partir de las QRS que los clientes reportan de forma anónima.
7	Revisar y actualizar el listado maestro de registros, teniendo especial atención en los tiempos de retención en archivo inactivo definidos, y asegurar su implementación eficaz.
8	Definir e implementar lineamientos para aplicar la disposición de registros "Eliminación", tales como: acta de destrucción, método de destrucción, quién autoriza la eliminación.
9	Revisar y mejorar los indicadores establecidos para medir la gestión del proceso, con el fin de asegurar que realmente agreguen valor al mismo: meta, fórmula, entre otros.
10	Definir e implementar un mecanismo (por ejemplo, periódicamente incluir en la agenda del comité de calidad) para hacer seguimiento a la ejecución de los planes de acción establecidos en las acciones correctivas y preventivas planteadas por los diferentes procesos, con el fin de asegurar su ejecución y verificación oportuna.
NO CONFORMIDADES	
No.	Descripción
-	No se encontraron.
PROCESO GESTION DE PRETACION DEL SERVICIO	
FORTALEZAS	
No.	Descripción
1	Avances en relación al inicio en la documentación e implementación de estrategias de Seguridad del Paciente.
2	La disponibilidad de varios médicos pediatras para prestar el servicio, dejando alternativas a los pacientes para programar su cita.
3	La competencia de los profesionales del Centro Pediátrico, lo cual genera confianza y seguridad a los padres de familia frente al diagnóstico dado al paciente.
OPORTUNIDADES DE MEJORA	
No.	Descripción
-	No se encontraron

	INFORME DE AUDITORÍA DE CALIDAD	CÓDIGO	GEQ-FO-10
		VERSIÓN	01
		HOJA	5 de 2

NO CONFORMIDADES


No.	Descripción	Requisito NTC ISO 9001:2008
-	No se encontraron.	

6. CONCLUSIÓN GENERAL

- Como resultado de esta auditoría interna se encontraron cero (0) No Conformidades y veinte dos (22) oportunidades de mejora en los procesos auditados.
- Todos los hallazgos de la auditoría interna deben ser revisados y considerados con la misma importancia sin distinción alguna.
- Se evidencia que el sistema de gestión de calidad es conforme con los requisitos establecidos en la norma NTC-ISO 9001:2008.
- Se aprecia la capacidad de cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios sobre los cuales la institución tiene obligatoriedad.
- Se evidencia la evolución y mejora continua de los procesos en el tiempo, tomando como referencia el estado del SGC y los resultados obtenidos en el primer ejercicio de auditoría interna realizada en Noviembre del año 2012.
- Se evidencia la adecuación de la documentación y la conveniencia del SGC, sin embargo, cada líder o responsable de cada proceso debe continuar revisando que la documentación establecida corresponda a las necesidades actuales del mismo, así mismo la realización de actividades de seguimiento que aseguren que lo implementado corresponda con lo planificado en cada proceso, lo anterior, teniendo en cuenta que el SGC es nuevo para la organización, y sin olvidar que un sistema de gestión es un proceso dinámico y de mejoramiento continuo.
- Se debe fortalecer la etapa de implementación en cada proceso y la cultura de seguimiento y medición, producto no conforme, acciones correctivas y acciones preventivas eficaces.
- Se cumplió con el objetivo establecido para la auditoría interna.

Auditor Líder: Sandra P. Vargas Director General: [Firma]

ANEXO 28. Plan de mejora – Auditoría Interna

 PLAN DE MEJORA-AUDITORIA INTERNA			
NO CONFORMIDAD DETECTADA	ACCIÓN CORRECTIVA GENERADA	RESPONSABLE	FECHA LÍMITE
<p>La Organización no asegura que el producto que no sea conforme con los requisitos del servicio, se identifica y controla, no se mantienen registros.</p> <p>Evidencia: Se menciona por parte de los auditados servicios no conformes y eventos adversos, por ejemplo: Cancelaciones de citas, errores de Identificación de pacientes en la tarjeta de control o consulta, inconformidades de los usuarios en la atención de la consulta especializada, entre otros, que no han sido reportados. Además, se evidencia desconocimiento del personal en la identificación de servicios no conformes y eventos adversos. No se conoce el formato de reporte.</p>	<p>Programar Capacitaciones con el personal para afianzar el manejo de eventos adversos y/o productos/servicio no conforme que se puedan llegar a presentar en la Organización.</p>	Dir. Administrativo	03/01/2012
	<p>Realizar evaluación al personal sobre eventos adversos y/o productos/servicio no conforme.</p>		
	<p>Efectuar seguimiento a través del comité de calidad, incluyendo un ítem en la agenda para verificar el reporte y tratamiento de Productos/Servicios no conformes y eventos adversos, incluyendo el estado de las acciones correctivas generadas.</p>		
<p>El Equipo no se ha calibrado o verificado, o ambos, a intervalos especificados o antes de su utilización.</p> <p>Evidencia: No se evidencia la calibración del Termohigrómetro de dispensación de medicamentos.</p>	<p>Comunicarse con la empresa encargada y realizar la respectiva calibración del Instrumento y solicitar la prestación del servicio.</p>	Dir. Administrativo	03/12/2012
	<p>Incluir el Termohigrómetro dentro del programa de mantenimiento preventivo y calibración de equipos y programar próxima fecha de calibración.</p>		
	<p>Realizar revisión a equipos nuevos y verificar calibración e inclusión de los mismos en el programa de mantenimiento preventivo y calibración de equipos.</p>		
<p>La organización no desarrolla las actividades de acuerdo a los documentos establecidos.</p> <p>Evidencia: De acuerdo al procedimiento establecido se deben elaborar órdenes de servicio para mantenimiento de infraestructura: no se encuentra orden de servicio para mantenimiento de redes eléctricas ejecutado en 2012. Tampoco se evidencia el recibido a conformidad.</p>	<p>Hablar con la persona encargada y darle a entender la importancia de cumplir con los procedimientos y que esta persona se comprometa a cumplirlos.</p>	Dir. Administrativo	03/01/2013
<p>La organización no mostró evidencia de la selección y evaluación de los proveedores en función de su capacidad para prestar los servicios de consulta especializada, a partir de los criterios definidos.</p> <p>Evidencia: No se encontró registros de selección y evaluación aplicados a los proveedores "Especialistas" que utiliza la organización para la prestación de su servicio de consulta.</p> <p>No se encontró evidencia del registro de selección del proveedor "PVS Agencia de publicidad".</p>	<p>Realizar la evaluación de los especialistas manteniendo el registro de la misma y socializar los resultados a los implicados.</p>	Dir. Administrativo	12/12/2012
	<p>Comunicarse con el Proveedor PVS y solicitar la información requerida para realizar dicha inscripción.</p>	Dir. Administrativo	
<p>La organización no mantiene los registros apropiados de la formación y habilidades. Evidencia: No se encontró el registro de habilidades definidas para el cargo de Regente de Farmacia por parte de Luz Aida Lizarazo, quien ocupa este rol desde 8/10/2012. No se encontró el registro de formación "Microsoft Office y Manejo de Software" para Claudia Victoria Serna en el rol de Enfermera Pre-Consulta.</p>	<p>Solicitar a los trabajadores entregar soportes de formación.</p>	Dir. Administrativo	26/12/2012
	<p>Programar capacitaciones en donde participen los trabajadores para certificar las habilidades de los mismos.</p>	Dir. Administrativo	
<p>La organización no desarrolla las actividades de acuerdo a los documentos establecidos. Evidencia: De acuerdo al procedimiento de Gestión de Talento Humano- GEA-PR-02, se debe determinar la eficacia de las capacitaciones realizadas en el marco del programa de capacitación seis (6) meses después de su realización. No se encontró evidencia de la evaluación de la eficacia de la capacitación "Sensibilización del SGC" realizada el pasado 25/04/2012.</p>	<p>Realizar las evaluaciones para las capacitaciones realizadas a los empleados de la organización para garantizar el aprendizaje de los mismos, dejando evidencia de dichas evaluaciones</p>	Dir. Administrativo	28/12/2012

ANEXO 29. Revisión por la Dirección al SGC

	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO	GEQ-FO-01
		VERSIÓN	01

Fecha:	03/01/2013	Lugar:	J García Harker Centro Pediátrico Ltda.
Tema:	SGC – REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN		
Hora Inicio	8:00 a.m.	Hora Finalización	10:00 a.m.

ASISTENTES:

NOMBRE	ENTIDAD	CARGO	FIRMA
Jorge García Harker	J García Harker Centro Pediátrico Ltda.	Dir. General	<i>J. García Harker</i>
Juan Camilo Patiño Q	J García Harker Centro Pediátrico Ltda.	Dir. Administrativo	<i>JUAN P</i>
Robiela Mantilla	J García Harker Centro Pediátrico Ltda.	Recepcionista	<i>Robiela Mantilla</i>
Claudia Serna	J García Harker Centro Pediátrico Ltda.	Enfermera Pre-Consulta	<i>Claudia U. Serna E</i>
Yoly Marcela Guarín	J García Harker Centro Pediátrico Ltda.	Auxiliar de Calidad	<i>Yoly R. Guarín</i>

TEMAS TRATADOS:

<input checked="" type="checkbox"/> Orden del día
<ol style="list-style-type: none"> 1. Resultado de la Auditoría Interna 2. Retroalimentación con el cliente 3. Desempeño de los procesos 4. Estado de las acciones correctivas, acciones preventivas y acciones de mejora 5. Revisión de la Política y Objetivos de la Calidad 6. Cambios que pueden afectar el SGC 7. Recomendaciones para la mejora 8. conclusión general 9. Resultados de la Revisión por la Dirección.
DESARROLLO
<p>El Director General manifiesta a los participantes que el objetivo de la Revisión por la Dirección al SGC es determinar la conveniencia, adecuación y eficacia continuas del Sistema de Gestión de Calidad implementado. A continuación se describe cada uno de los aspectos analizados en la reunión:</p> <p>1. RESULTADO DE LA AUDITORIA INTERNA</p> <p>Se presento la siguiente información:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Análisis de los resultados de la auditoría interna:</p> <p>Durante el mes de Noviembre de 2012 se realizó la primera auditoría interna al SGC de J García Harker Centro Pediátrico Ltda., obteniéndose los siguientes hallazgos:</p>

	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO	GEQ-FO-01
		VERSIÓN	01

PROCESO	NC	ESTADO	OM	ESTADO	Observaciones
Gestión de Dirección	0	-----	2	cerradas	
Gestión Comercial	0	-----	7	cerradas	
Gestión Asignación de Citas	0	-----	3	cerradas	
Gestión de Preconsulta	0	-----	2	cerradas	
Gestión Prestación del Servicio	0	-----	14	11(C) 3(A)	
Gestión Financiera	0	-----	3	2(C) 1(A)	
Gestión Administrativa	5	1(C) 4(A)	11	cerradas	
Gestión de Calidad	0	-----	6	cerradas	
Todos los Procesos	1	cerrada	2	1(A) 1(C)	
TOTAL	6		50		

En el ítem 1. Resultados de la Auditoría Interna se describe los hallazgos detectados.

En total se detectaron seis (6) no conformidades y cincuenta (50) oportunidades de Mejora, las cuales se analizaron y se generaron las respectivas acciones de mejora y acciones correctivas.

- ✓ **Auditoría de Certificación:** Se comenta que según conversación con el organismo certificador ICONTEC, la auditoría de certificación esta programada para realizarse la primera parte el día 27 de febrero y la segunda parte el día 11 de marzo del 2013.

CONCLUSION:

- ✓ Para los hallazgos detectados durante la auditoría interna realizada en Noviembre de 2012, se generaron las acciones correctivas para las no conformidades detectadas y las acciones de mejoras correspondientes para las oportunidades de mejora; encontrándose cuatro (4) acciones correctivas abiertas las cuales son de total conocimiento del comité de calidad. De las oportunidades de mejora se encuentran 45 cerradas y 5 por definir tratamiento a seguir.
- ✓ El ejercicio de auditoría interna realizado permitió mejorar los procesos del Centro Pediátrico y fortalecer el SGC de la empresa y los conocimientos acerca de su proceso al personal auditado.
- ✓ Se aprecia la capacidad de cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios sobre los cuales la institución tiene obligatoriedad, excepto para las no conformidades relacionadas en este informe.
- ✓ Se evidencia la adecuación de la documentación y la conveniencia del SGC, sin embargo, cada líder o responsable de cada proceso debe continuar revisando que la documentación establecida corresponda a las necesidades actuales del mismo, así mismo la realización de actividades de seguimiento que aseguren que lo implementado corresponda con lo planificado en cada proceso, lo anterior, teniendo en cuenta que el SGC es bastante nuevo para la organización, y sin olvidar que un sistema de gestión es un proceso dinámico y de mejoramiento continuo.
- ✓ En cuanto a la eficacia del SGC, en el momento de la auditoría no se cuenta con un dato cuantitativo de eficacia, y adicionalmente, se observa que algunos indicadores establecidos para medir los objetivos de la calidad y de los procesos no se han medido.
- ✓ Se debe fortalecer la etapa de implementación en cada proceso y la cultura de seguimiento y medición, producto no conforme, acciones correctivas, acciones preventivas y acciones de mejora.

2. RETROALIMENTACIÓN DEL CLIENTE

✓ **SATISFACCIÓN DEL CLIENTE:**

Se realizó la evaluación de la satisfacción del cliente de los servicios prestados por el centro pediátrico, en base a los siguientes resultados:

✓ **Encuesta de satisfacción del cliente:**

Para determinar el grado de satisfacción del cliente se desarrollaron dos encuestas, una para el servicio de vacunación y otra para los servicios prestados por los especialistas (Consulta especializada). Estas encuestas se realizaron desde el 24 de abril hasta el 1 de junio del 2012, obteniéndose un índice de satisfacción del cliente (ISC) para el servicio de vacunación del 96.38% y para el servicio de consulta especializada se obtuvo un ISC del 93.64%, en general la satisfacción del cliente es positiva respecto a los servicios prestados por la institución, sin embargo se analizaron los resultados y se generaron las mejoras pertinentes.

Con base en los resultados obtenidos en la evaluación realizada, se definieron e implementaron las mejoras pertinentes a los procesos, las cuales fueron enfocadas a:

- Capacitar a la persona encargada de brindar la orientación y la asesoría al cliente para mejorar este aspecto.
- Se realizaron reuniones periódicas con el personal que atiende público con el fin de mejorar los tiempos de atención sensibilizándolos y estableciendo lineamientos para manejo de los turnos.
- Se compraron de Juguetes nuevos para el área de juegos del centro pediátrico.
- Diseño de formatos para tener un control sobre el aseo a los baños.

CONCLUSION:

Del análisis anterior se fijaron metas para los indicadores de Satisfacción del Cliente, sin embargo, es importante resaltar el compromiso para mejorar el nivel de satisfacción del cliente por parte de la Gerencia, analizando a profundidad los resultados obtenidos en las encuestas, con el fin de en caso requerido generar acciones de mejoramiento, lo anterior, con el fin de aumentar el nivel de satisfacción de los clientes.

NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	MET A	RESPONSABLE	FRECUENCIA	FUENTE DE INFORMACIÓN
Satisfacción del cliente (Requerimientos y expectativas)	Ponderación de Encuestas de Satisfacción del Cliente	95%	Director Administrativo	Semestral	Informe de Satisfacción del Cliente
Satisfacción del cliente	Ponderación de Encuestas de Satisfacción del Cliente *Infraestructura.	90%	Director Administrativo	Semestral	Informe de Satisfacción del Cliente
Satisfacción del cliente	Ponderación de Encuestas de Satisfacción del Cliente * Liderazgo	90%	Director Administrativo	Semestral	Informe de Satisfacción del Cliente
Oportunidad en la entrega de medicamentos	Ponderación de Encuestas de Satisfacción del Cliente	95%	Director Administrativo	Semestral	Informe de Satisfacción del Cliente

	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO	GEQ-FO-01
		VERSIÓN	01

✓ **Encuestas Cliente Institucional**

Se diseñó una encuesta dirigida a las instituciones a las cuales les prestamos los servicios de salud, esta encuesta se envió por medio de correo electrónico a cada una de las instituciones en el mes de septiembre las cuales la diligenciaron y enviaron al correo del centro pediátrico.

El análisis de esta encuesta se relaciona en la siguiente tabla:

Entidad	ISC
Allianz	84%
Colpatría	75%
Coomeva	100%
Liberty	100%
Suramericana	100%
TOTAL DEL ISC	92,5%

A partir de este resultado se definió la meta para el indicador en un 85%.

NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	META	RESPONSABLE	FRECUENCIA	FUENTE DE INFORMACIÓN
Satisfacción del cliente Institucional	Ponderación de Encuestas de Satisfacción del Cliente Institucional	85%	Director Administrativo	Semestral	Encuesta cliente Institucional

✓ **QUEJAS Y RECLAMOS:**

Del total de quejas, reclamos y sugerencias recibidos hasta la fecha se relacionan a continuación:

Proceso	Mes/Año	Queja	Reclamo	Sugerencias	Total
Prestación del Servicio *Pediatria	Oct/2012	1	0	0	1
Prestación del Servicio *Pediatria	Nov/2012	1	0	0	1

A las quejas y reclamos recepcionadas se les dio una respuesta antes de los 10 días establecidos en el procedimiento de quejas y reclamos. La mayoría de las quejas y reclamos hacen referencia a la demora en la prestación del servicio en pediatría y del servicio prestado en el área de Pre-Consulta.

CONCLUSION:

Se observa en general el compromiso para la atención de las quejas / reclamos por parte del Director Administrativo, con el fin en caso requerido tomar las acciones pertinentes, es decir que existe una cultura de análisis y tratamiento de las mismas.

Además, con la implementación del SGC se ha mejorado sustancial del manejo de quejas y reclamos al interior del Centro pediátrico, reflejándose en el método, en la oportunidad y eficacia de la solución a los requerimientos del cliente, lo cual contribuye al aumento de la satisfacción del cliente.

	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO	GEQ-FO-01
		VERSIÓN	01

3. DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS

✓ Indicadores de Gestión

Se resalta el análisis y seguimiento que se realiza a través del Comité de Calidad a los resultados de los indicadores de gestión para seguimiento al desempeño de los procesos, en los cuales se analiza el comportamiento de los resultados de los indicadores y situaciones relevantes asociadas a los procesos y que requieren de toma de decisiones.

En la siguiente tabla se presentan los resultados de los indicadores, analizándose el cumplimiento de los objetivos de la calidad y de los procesos, y de todos los indicadores:

INDICADORES DE GESTIÓN					
PROCESO	INDICADOR	META	RESULTADO		OBSERVACIONES
			May-Jul	Ago-Dic	
GEP, PRE, DIR, GEA	Satisfacción del cliente (requerimientos y expectativas)	95%	94%	-	Este indicador tiene una frecuencia semestral y los datos se obtienen de las encuestas de satisfacción del cliente, a la fecha no se ha podido realizar la segunda encuesta, la cual se define realizar a partir de la segunda semana de enero del 2013.
GEC	Satisfacción del cliente Institucional	85%	-	92.5%	Se cumplió con la meta establecida.
GEC	Oportunidad en la atención de Quejas y Reclamos	90%	-	100%	Se cumplió con la meta establecida. Sin embargo, se analiza la información, con el fin de en caso requerido generar mejoramiento.
GEA, GEP, PRE	Cumplimiento programa de mantenimiento	90%	-	93.5%	Se cumplió con la meta establecida.
GEA, GEP, PRE	Cumplimiento programa de calibración	90%	-	91%	Se cumplió con la meta establecida.
GEA	Efectividad del mantenimiento	85%	-	86.5%	Se cumplió con la meta establecida.
GEA	Satisfacción del cliente *Infraestructura	90%	92,56	-	Se cumplió con la meta establecida. Este indicador tiene una frecuencia semestral y los datos se obtienen de las encuestas de satisfacción del cliente, a la fecha no se ha podido realizar la segunda encuesta, la cual se define realizar a partir de la segunda semana de enero del 2013.

GEA	Mejoramiento continuo	90%	-	92%	El indicador supera la meta establecida, sin embargo es necesario fomentar la cultura del reporte de No Conformidades para el establecimiento de AC, AP y Acciones de Mejora, para lo anterior, se capacitará y/o entrenará en el tema.
GEA	Cumplimiento programa de capacitaciones y/o entrenamiento	80%	95%	93%	Se cumplió con la meta establecida. Programar capacitaciones que aporten al mejoramiento de habilidades en el personal.
GEA	Competencia del personal	85%	-	90%	Se cumplió con la meta establecida.
GEA	Satisfacción del cliente *Liderazgo	90%	90%	-	Este indicador tiene una frecuencia semestral y los datos se obtienen de las encuestas de satisfacción del cliente, a la fecha no se ha podido realizar la segunda encuesta, la cual se define realizar a partir de la segunda semana de enero del 2013.
GEP	Oportunidad en la entrega de medicamentos	90%	98.16%	-	Se cumplió con la meta establecida.
GEP	Cumplimiento en la entrega de medicamentos	95%	-	96%	Se cumplió con la meta establecida.
GEA, ACI, GEP, PRE	Oportunidad en la atención	75%	72%	73.2%	Hasta la fecha el Indicador de oportunidad no cumplido la meta establecida por la Institución. Para esto se generan acciones correctivas.
ACI	Oportunidad en la asignación de citas en la consulta médica especializada de pediatría.	Máximo 5 días	2 días	1,8 días	Se cumplió con la meta establecida.

CONCLUSION:

- ✓ Es importante resaltar el compromiso de la Gerencia con el análisis y mejoramiento de los Indicadores que miden los Objetivos de la Calidad y sus procesos, para lo cual se decide incluir en el programa de capacitación y/o entrenamiento de enero de 2013 capacitación en el planteamiento y análisis de Índices de Gestión, de cuya actividad se espera salgan propuestas con modificaciones a indicadores, mejoramiento en su análisis de resultados o en su efecto actualización de las metas establecidas. Por lo anterior, en este seguimiento realizado en esta Revisión por la Dirección no se determinó cambio de metas.
- ✓ Sobresale el seguimiento periódico de los resultados de los indicadores a través del comité de calidad.
- ✓ Es importante resaltar la forma de presentación de los resultados de los Indicadores a la revisión por la dirección, por medio de este consolidado el cual permite visualizar el comportamiento de los resultados y por ende un mejor análisis a los mismos.

	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO	GEQ-FO-01
		VERSIÓN	01

✓ **PRODUCTOS NO CONFORMES:**

Hasta la fecha se han reportado 13 servicios no conformes a los cuales se les ha generado la respectiva corrección ya sea por acciones de mejora o acciones correctivas.

CONCLUSION:

Se observa en general el compromiso para la atención de los servicios no conformes por parte del personal, analizando los resultados obtenidos por proceso, con el fin de en caso requerido generar acciones de mejoramiento. Además, con el SGC se ha mejorado sustancial del manejo de los servicios no conformes o problemas detectados al interior de los procesos, lo cual ha contribuido a la toma de conciencia en la importancia de cumplir los requisitos establecidos internamente para los procesos y por ende a la solución de los requerimientos del cliente. Teniendo claro que lo anterior contribuye de manera significativa a la satisfacción del cliente.

4. ESTADO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS, ACCIONES PREVENTIVAS Y ACCIONES DE MEJORA.

✓ **Acciones Correctivas**

Se tiene levantadas 11 acciones correctivas, 4 se levantaron a partir de servicios no conformes reportados, 1 se abrió al incumplimiento del indicador de oportunidad en la atención y las demás como resultado de la auditoría interna de calidad.

La siguiente tabla resume el estado de las acciones correctiva:

PROCESO	ACCIONES CORRECTIVAS	ESTADO
Gestión de Pre-Consulta	1	Cerrada
Gestión Prestación del Servicio	3	2 Cerradas 1 Abierta
Gestión Prestación del Servicio-Farmacia	1	Cerrada
Gestión Administrativa-Infraestructura	3	2 Cerradas 1 Abierta
Gestión de calidad	1	Cerrada
Gestión Administrativa - Recurso Humano y Compras	2	Cerradas

✓ **Acciones Preventivas**

Hasta la fecha solo se ha reportado una Acción Preventiva "Potencial imposibilidad de acceder de manera oportuna a información relevante de la organización en caso de una ausencia del responsable de las claves de acceso conllevando afectación en la prestación del servicio."

Por lo cual es importante incentivar o fomentar en el personal la generación de las mismas. Consiente de lo anterior, la Dirección Administrativa incluyo dentro del programa de capacitación y/o entrenamiento de enero de 2013 el tema, con el objetivo de fortalecer y seguir orientando a los procesos hacia del mejoramiento continuo.

✓ **Acciones de Mejora**

Hasta la fecha se han generado 16 acciones de mejora las cuales se han tenido en cuenta dentro del proceso de mejora continua de la Institución y se encuentran cerradas en un 100%.

- ✓ Es importante resaltar el interés de los líderes por proceso, para la definición y ejecución de los planes de acción establecidos para solucionar las acciones correctivas y las acciones de mejora establecidas.

CONCLUSION:

- ✓ Aunque se tienen 2 acciones correctivas pendientes por cerrar porque no se han cumplido los plazos definidos para verificar la eficacia de las acciones tomadas, el Director General está comprometido con efectuar seguimiento a la implementación del plan de acción y con la verificación y monitoreo de su eficacia.
- ✓ Se evidencia el compromiso de los líderes de los procesos para la generación de acciones correctivas y acciones de mejora.

5. REVISIÓN DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS DE LA CALIDAD

El comité de calidad revisa y analiza la política y objetivos de calidad, y manifiestan que son convenientes y adecuadas al SGC implementado en J García Harker Centro Pediátrico, por lo tanto no se harán modificaciones al respecto. Además, la política y objetivos de la calidad se difundieron al personal y se evaluó su eficacia.

6. CAMBIOS QUE PUEDEN AFECTAR EL SGC

Durante la etapa de implementación se realizó actualización al Organigrama debido a la inclusión de los cargos HOST y DIRECTOR TÉCNICO DEL SERVICIO FARMACÉUTICO y la actualización del cargo "Auxiliar de Farmacia" por "Regente de Farmacia".

En el mes de Diciembre la empresa cambió de razón social, paso de ser Garey Ltda., a J García Harker Centro Pediátrico Ltda.

A partir de este cambio se debió revisar toda la documentación del sistema y cambiar la razón social, e uniformar al personal y proveedores de dicho cambio.

7. RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA:

Se presentaron las siguientes mejoras, las cuales fueron analizadas para establecer si aportan valor o no al SGC, y determinar su viabilidad:

- ✓ Realizar una revisión y análisis de los indicadores establecidos para detectar si la información que suministran agrega valor a J García Harker Centro Pediátrico y en caso requerido mejorarlos.
- ✓ Evaluar los mecanismos utilizados para comunicación interna y externa con el fin de generar en caso requerido acciones de mejora al respecto.
- ✓ Revisar y en lo posible mejorar la Encuesta de Satisfacción del Cliente realizando encuestas dirigidas a cada servicio en específico.

Se notó el compromiso y dedicación de los líderes de proceso para la presentación oportuna y valiosa de las Recomendaciones para la mejora, las cuales enriquecieron la REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN y contribuirán al mejoramiento del SGC de la organización.

	ACTA DE REUNIÓN	CÓDIGO	GEQ-FO-01
		VERSIÓN	01

8. RESULTADOS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCION

El Director General manifiesta la siguiente conclusión final a la revisión realizada:

- Se encontró que el Sistema de Gestión de Calidad que esta en proceso de madurez y evolucionando a través del tiempo, lo cual permite a J García Harker afrontar el reto de la Auditoría de Certificación, teniendo como fortaleza que se cuenta con el compromiso de los líderes del proceso y de la Dirección Administrativa para adelantar las gestiones tendientes al mantenimiento y mejoramiento continuo del SGC.
- Se encontró un SGC encaminado a aumentar la eficacia de los procesos, en lograr su eficiencia y que el sistema se ajuste a los objetivos y propósitos reales de la organización, lo cual se ira fortaleciendo con su evolución.