

**DISEÑO, PLANIFICACIÓN, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y
EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN LA
NORMA NTC GP 1000-2004 Y ARMONIZACIÓN CON EL MODELO ESTÁNDAR
DE CONTROL INTERNO MECI 1000:2005 PARA LA E.S.E CLÍNICA GUANE
DE FLORIDABLANCA.**

**JESÚS MAURICIO CARRILLO FLÓREZ
EDGAR ALFONSO HERRERA VELASCO**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO MECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA
2010**

**DISEÑO, PLANIFICACIÓN, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y
EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN LA
NORMA NTC GP 1000-2004 Y ARMONIZACIÓN CON EL MODELO ESTÁNDAR
DE CONTROL INTERNO MECI 1000:2005 PARA LA E.S.E CLÍNICA GUANE
DE FLORIDABLANCA.**

**JESÚS MAURICIO CARRILLO FLÓREZ
EDGAR ALFONSO HERRERA VELASCO**

**Proyecto de Grado para optar al título de
Ingeniero Industrial**

**Director
Ing. María Fernanda Reyes Sarmiento**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO MECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA
2010**

AGRADECIMIENTOS

A Dios por la sabiduría y orientación en mi proyecto de vida.

A mis padres, Nancy y José de Jesús por su apoyo y ejemplo de compromiso con las convicciones personales.

A Mama Mery, Papa Camilo y Tio Camilo por su motivación y amor.

A mi hermana Mónica por las sonrisas que me robaba en cada una de sus llamadas y sus fuegos artificiales.

A mi novia Venus por "nuestros buenos momentos".

A mis amigos por las tertulias en cada noche de estudio y los juegos de charada.

A Javier García por su compromiso en el proceso dentro de la F.S.F. Clínica Guane.

JESUS MAURICIO

A mis Padres por su apoyo y comprensión.

A mi madre Doris por ser el bastión y alegría de mi hogar.

A mis hermanos Diego y Sergio por todos esos momentos de compañía y por ser más que hermanos, amigos.

A toda mi familia porque simplemente supieron cumplir con creces lo que esa palabra significa.

A mis primos (mis otros hermanos) por sus consejos y apoyo.

A todos mis amigos por su motivación; a Felipe, Lucha y Mao por siempre estar a mi lado en las buenas y las malas.

A todas las personas de la F.S.F. Clínica Guane por su colaboración en la realización de este proyecto y en especial a nuestros tutores Javier, Mery Luz y María Fernanda.

Y a la vida por todo.

EDGAR ALFONSO

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 21 |
| 1. ESPECIFICACIONES DEL PROYECTO | 23 |
| 1.1 TÍTULO | 23 |
| 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 23 |
| 1.3 JUSTIFICACIÓN | 24 |
| 1.4 OBJETIVOS | 25 |
| 1.4.1 Objetivo general | 25 |
| 1.4.2 Objetivos específicos | 26 |
| 1.5 ALCANCE..... | 27 |
| 1.6 LIMITACIONES | 27 |
| 1.6.1 De tiempo..... | 27 |
| 1.6.2 De recursos..... | 28 |
| 2. MARCO DE IDEAS | 30 |
| 2.1 MARCO TEÓRICO | 30 |
| 2.1.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD..... | 30 |
| 2.1.2 Definiciones Generales | 34 |
| 2.2 MARCO CONCEPTUAL | 35 |
| 2.2.1 Sistema Gestión de la Calidad NTC GP 1000:2004 | 35 |
| 2.2.2 Principios del SGC | 36 |
| 2.2.3 Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 | 38 |
| 2.2.4 Principios del MECI..... | 40 |
| 2.2.5 Correspondencia entre MECI 1000:2005 Y NTC GP 1000: 2004. | 41 |
| 2.3 MARCO LEGAL..... | 41 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 2.3.1 | Ley 872 de 2003 | 42 |
| 2.3.2 | Ley 489 de 1998 | 42 |
| 2.3.3 | Ley 87 de 1993 | 42 |
| 2.3.4 | Ley 100 de 1993 | 42 |
| 2.3.5 | Decreto 4110 de 2004 | 42 |
| 2.3.6 | Decreto 2375 de 2006 | 43 |
| 2.3.7 | Decreto 1011 de 2006 | 43 |
| 2.3.8 | Decreto 1537 | 43 |
| 2.3.9 | Decreto 1295 de 1994 | 43 |
| 2.3.10 | Resolución 1043 de 2006 | 43 |
| 3. | GENERALIDADES DE LA E.S.E. CLÍNICA GUANE | 44 |
| 3.1 | MISIÓN..... | 44 |
| 3.2 | VISIÓN | 44 |
| 3.3 | PRINCIPIOS..... | 45 |
| 3.4 | VALORES..... | 45 |
| 3.5 | ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL | 46 |
| 4. | DIAGNÓSTICO E.S.E. CLÍNICA GUANE SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD NTC GP 1000:2004 | 48 |
| 4.1 | PROPÓSITOS DEL DIAGNÓSTICO | 48 |
| 4.2 | JUSTIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO..... | 49 |
| 4.3 | RESPONSABLES DEL DIAGNÓSTICO..... | 49 |
| 4.4 | ALCANCE DEL DIAGNÓSTICO..... | 49 |
| 4.5 | DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES | 51 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 4.5.1 | Planificación del diagnóstico | 51 |
| 4.5.2 | Ejecución del diagnóstico..... | 52 |
| 4.5.3 | Resultados del diagnósticos. | 53 |
| 4.5.4 | Análisis DOFA..... | 58 |
| 4.5.5 | Validación del informe de diagnóstico..... | 62 |
| 4.5.6 | Contenido del informe | 62 |
| 5. | DISEÑO Y PLANIFICACIÓN..... | 64 |
| 5.1 | OBJETIVO DEL DISEÑO Y PLANIFICACIÓN | 64 |
| 5.2 | METODOLOGÍA..... | 64 |
| 5.3 | RESPONSABLES | 64 |
| 5.3.1 | Conformación del Equipo de Trabajo..... | 64 |
| 5.3.2 | Designación Equipo Directivo | 66 |
| 5.3.3 | Designación del Representante de la Alta Dirección | 66 |
| 5.3.4 | Designación Equipo Líder MECI CALIDAD..... | 67 |
| 5.3.5 | Designación de Grupos Primarios MECI CALIDAD | 67 |
| 5.3.6 | Designación del Grupo Evaluador MECI CALIDAD | 68 |
| 5.4 | PLAN DE TRABAJO (CRONOGRAMA)..... | 68 |
| 5.5 | ALCANCE Y EXCLUSIONES | 69 |
| 5.6 | POLÍTICA DE CALIDAD | 70 |
| 5.6.1 | Renovación de la Política de Calidad | 70 |
| 5.6.2 | Definición de los Objetivos de Calidad..... | 70 |
| 5.7 | MAPA DE PROCESOS | 72 |
| 5.7.1 | Procesos estratégicos..... | 74 |
| 5.7.2 | Procesos misionales | 74 |
| 5.7.3 | Procesos de apoyo | 75 |
| 5.7.4 | Procesos de evaluación | 76 |
| 5.8 | CARACTERIZACIONES..... | 76 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 5.8.1 | Primera Fase: Sesiones de Retroalimentación, Seguimiento y Evaluación..... | 76 |
| 5.8.2 | Segunda Fase: Ajustes y Validación..... | 77 |
| 5.8.3 | Tercera Fase: Jornadas de Socialización | 77 |
| 5.8.4 | Elementos contenidos en una caracterización de procesos | 78 |
| 5.9 | INDICADORES (MANUAL DE INDICADORES)..... | 79 |
| 5.9.1 | Propiedades de los indicadores | 81 |
| 6. | SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN..... | 84 |
| 6.1 | OBJETIVO..... | 84 |
| 6.2 | REUNIONES DE SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN..... | 84 |
| 6.3 | METODOLOGÍA DE FORMACIÓN | 85 |
| 6.4 | PLAN REUNIONES CAPACITACIÓN | 85 |
| 6.5 | RESPONSABLES | 87 |
| 6.6 | RESULTADOS Y MEDICIÓN | 88 |
| 7. | DOCUMENTACIÓN..... | 90 |
| 7.1 | OBJETIVO..... | 90 |
| 7.2 | METODOLOGÍA..... | 90 |
| 7.2.1 | Revisión e Identificación de la Documentación..... | 91 |
| 7.2.2 | Diseño y Elaboración de los Documentos..... | 91 |
| 7.3 | MANUAL DE CALIDAD | 93 |
| 7.4 | CARACTERIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS..... | 94 |
| 7.4.1 | Elementos de las caracterizaciones..... | 94 |
| 7.5 | REGISTROS. | 96 |
| 8. | IMPLEMENTACIÓN | 98 |
| 8.1 | OBJETIVO..... | 98 |
| 8.2 | RESPONSABLES | 98 |
| 8.3 | METODOLOGÍA..... | 98 |

| | | |
|------------|--|------------|
| 8.4 | IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE LA CALIDAD Y LOS OBJETIVOS DE CALIDAD..... | 100 |
| 8.5 | IMPLEMENTACIÓN DE DOCUMENTOS..... | 103 |
| 8.6 | IMPLEMENTACIÓN DE INDICADORES..... | 104 |
| 8.7 | ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS | 109 |
| 8.7.1 | Metodología | 109 |
| 8.7.2 | Formato de la Encuesta..... | 109 |
| 8.8 | MEDICIÓN DEL CLIMA LABORAL | 110 |
| 8.8.1 | Metodología | 110 |
| 8.8.2 | Formato de la encuesta. | 111 |
| 8.9 | MANEJO DE QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS..... | 111 |
| 8.10 | PRODUCTO NO CONFORME Y NO CONFORMIDADES | 111 |
| 8.10.1 | Metodología | 112 |
| 8.11 | ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS..... | 112 |
| 8.11.1 | Metodología | 113 |
| 9. | EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 114 |
| 9.1 | PROGRAMACIÓN DE AUDITORÍA | 114 |
| 9.2 | PLANEACIÓN | 114 |
| 9.3 | EJECUCIÓN | 115 |
| 9.4 | REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | 115 |
| 9.5 | SEGUIMIENTO Y MEJORA..... | 116 |
| 10. | ARMONIZACIÓN NTC GP 1000:2004 Y CON EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO MECI 1000:2005..... | 123 |
| 10.1 | ARMONIZACIÓN CONCEPTUAL | 123 |
| 10.2 | CORRESPONDENCIA EN EL PLANEAR..... | 124 |

| | | |
|------------|---|------------|
| 10.2.1 | Componente ambiente de control | 125 |
| 10.2.2 | Componente direccionamiento estratégico | 125 |
| 10.2.3 | Componente administración del riesgo | 126 |
| 10.3 | CORRESPONDENCIA EN EL HACER | 126 |
| 10.3.1 | Componente actividades de control | 127 |
| 10.3.3 | Componente comunicación pública | 128 |
| 10.4 | CORRESPONDENCIA EN EL VERIFICAR..... | 128 |
| 10.4.1 | Componente de autoevaluación | 129 |
| 10.4.2 | Componente de evaluación independiente | 130 |
| 10.5 | CORRESPONDENCIA EN EL ACTUAR | 130 |
| 10.5.1 | Componente planes de mejoramiento | 131 |
| 11. | CUMPLIMIENTO OBJETIVOS DEL PROYECTO | 132 |
| 11.1 | CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS | 132 |
| 11.2 | CUMPLIMIENTO PLAN DE TRABAJO | 133 |
| 11.3 | PERFIL FINAL DEL SGC ARMONIZADO CON MECI | 134 |
| 11.4.1 | Diseño e implementación nuevo Mapa de Procesos | 135 |
| 11.4.2 | Diseño e implementación nueva Estructura Organizacional | 136 |
| 11.4.3 | Tablas de Retención Documental | 137 |
| 11.4.4 | Interface Sistema Gestión de Calidad..... | 137 |
| | CONCLUSIONES | 138 |
| | RECOMENDACIONES..... | 141 |
| | BIBLIOGRAFÍA | 144 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1 Etapas histórica en el desarrollo de la calidad | 31 |
| Figura 2Ciclo PHVA Integrador de la NTC GP 1000:2004 y MECI 1000:2005 para la E.S.E. Clínica Guane | 32 |
| Figura 3 Subsistemas, Componentes y Elementos de Control | 40 |
| Figura 4 Organigrama de la E.S.E Clínica Guane | 47 |
| Figura 5 Fases del diagnóstico | 51 |
| Figura 6 Rango Criterios | 53 |
| Figura 7 Organigrama del Equipo MECI – CALIDAD..... | 65 |
| Figura 8 Mapa de Procesos E.S.E Clínica Guane | 73 |
| Figura 9 Socialización Caracterización procesos..... | 77 |
| Figura 10 Jornadas de capacitación y sensibilización | 87 |
| Figura 11 Encabezado de los Documentos y Registros | 92 |
| Figura 12 Estructura del Código | 92 |
| Figura 13 Pie de página..... | 93 |
| Figura 14. Menú Principal Interface Modulo de Calidad Clínica Guane..... | 99 |
| Figura 15 Listas desplegables e Hipervínculos Interface..... | 100 |
| Figura 16 Socialización de Política de calidad y Objetivos de Calidad | 102 |
| Figura 17 Política de calidad y otros en la Interface diseñada para la E.S.E. Clínica Guane | 102 |

| | |
|---|-----|
| Figura 18 Implementación Gestión Documental E.S.E. Clínica Guane | 104 |
| Figura 19 Encuesta medición clima laboral | 110 |
| Figura 20 Implementación procedimiento para Producto NC y No conformidades | 112 |
| Figura 21 Implementación del procedimiento para AC, AP Y Mejora | 113 |
| Figura 22 Modulo MECI en Interfase | 124 |
| Figura 23 Sistema Control Estratégico interface..... | 125 |
| Figura 24 Sistema Control de Gestión Interface | 127 |
| Figura 25 Sistema Control de Evaluación | 129 |
| Figura 26 Planes de Mejoramiento Interface | 131 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|---|-----|
| Tabla 1 Actividades Diagnóstico para implementación NTC GP 1000:2004 E.S.E. Clínica Guane. | 50 |
| Tabla 2 Valor designado a cada pregunta | 52 |
| Tabla 3 Valoración cuantitativa GP1000..... | 55 |
| Tabla 4 Valoración cuantitativa GP1000 (Resumen). | 58 |
| Tabla 5 Matriz DOFA | 58 |
| Tabla 6 Plan de Trabajo de la E.S.E. Clínica Guane | 69 |
| Tabla 7 Objetivos de Calidad | 71 |
| Tabla 8 Resumen de procesos | 80 |
| Tabla 9 Programa de capacitación y sensibilización..... | 86 |
| Tabla 10. Asistencia a Capacitaciones | 89 |
| Tabla 11 Indicadores 1446 | 105 |
| Tabla 12 Indicadores de Apoyo I | 107 |
| Tabla 13 Indicadores de Apoyo II | 108 |
| Tabla 14 Acciones Correctivas primera Auditoría..... | 117 |
| Tabla 15 Acciones Correctivas Segunda Auditoría..... | 119 |
| Tabla 16. Plan de Mejoramiento | 121 |
| Tabla 17 Cumplimiento de objetivos | 132 |

Tabla 18 Perfil final SGC y MECI Clínica Guane 135

LISTA DE ANEXOS

| | | |
|-----------------|--|------------|
| Anexo 1 | Términos y definiciones aplicables NTC GP 10002004 | 147 |
| Anexo 2 | Correspondencia entre el MECI 1000:2005 y la NTCGP 1000:2004 | 153 |
| Anexo 3 | Actividades Diagnóstico para implementación NTC GP 1000:2004 E.S.E. Clínica Guane | 157 |
| Anexo 4 | Determinación del tamaño de la Muestra | 158 |
| Anexo 5 | Encuesta Diagnóstico | 160 |
| Anexo 6 | Resolución 0064 de 2008 | 184 |
| Anexo 7 | Simbología para flujo gramas | 192 |
| Anexo 8 | Formato de caracterización de procesos | 193 |
| Anexo 9 | Manual de indicadores guane | 196 |
| Anexo 10 | Formato de indicadores | 213 |
| Anexo 11 | Registros de asistencia | 214 |
| Anexo 12 | Tablas Retención Documental | 223 |
| Anexo 13 | Manual de Calidad | 229 |
| Anexo 14 | Formato de caracterización de procedimientos | 245 |
| Anexo 15 | Lista de procedimientos | 247 |
| Anexo 16 | Procedimiento Para El Control De Registros | 254 |
| Anexo 17 | Listado Maestro de registros | 263 |
| Anexo 18 | Asistencia socialización Interfase | 266 |
| Anexo 19 | Datos para ejecutar Indicadores | 268 |
| Anexo 21 | Encuestas SIAU | 287 |
| Anexo 22 | Procedimiento control de producto no conforme | 289 |
| Anexo 23 | Procedimiento acciones correctivas | 293 |
| Anexo 24 | Procedimiento acciones preventivas | 299 |
| Anexo 25 | Procedimiento auditorias internas | 304 |
| Anexo 26 | Programa de auditorias | 311 |
| Anexo 27 | Plan de auditorias | 312 |
| Anexo 28 | Lista de chequeo | 313 |

| | |
|--|------------|
| Anexo 29 Asistencia reunión de apertura | 323 |
| Anexo 30 Informe primera auditoria interna | 324 |
| Anexo 31 Informe segunda auditoria interna | 331 |
| Anexo 32 Programa de revisión por la dirección. | 336 |
| Anexo 33 Análisis conceptual comparativo | 337 |
| Anexo 34 Sistema integrado ambiente de control..... | 340 |
| Anexo 35 Sistema integrado direccionamiento estratégico | 342 |
| Anexo 36 Sistema integrado administración del riesgo | 343 |
| Anexo 37 Sistema integrado actividades de control..... | 344 |
| Anexo 38 Sistema Integrado información | 345 |
| Anexo 39 Sistema Integrado Comunicación pública | 346 |
| Anexo 40 Sistema Integrado autoevaluación..... | 347 |
| Anexo 41 Sistema Integrado evaluación independiente..... | 347 |
| Anexo 42 Sistema Integrado planes de mejoramiento..... | 349 |
| Anexo 43 Mapa de Procesos versión anterior | 350 |
| Anexo 44 Estructura Organizacional versión anterior | 351 |
| Anexo 45 Calificación Proveedores | 352 |

RESUMEN

TÍTULO: DISEÑO, PLANIFICACIÓN, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA NTC GP 1000:2004 Y ARMONIZACIÓN CON EL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI 1000:2005 PARA LA E.S.E CLÍNICA GUANE DE FLORIDABLANCA.*

AUTORES: JESÚS MAURICIO CARRILLO FLÓREZ Y EDGAR ALFONSO HERRERA VELASCO**

PALABRAS CLAVES: Sistema de Gestión de la Calidad, NTC GP 1000:2004, Mejoramiento, Eficacia, Eficiencia, Auditoría, Modelo Estándar de Control Interno, MECI 1000:2005, Armonización, E.S.E. Clínica Guane.

Se presenta la fundamentación teórica, conceptual, legal y contexto propio de la E.S.E. Clínica Guane de Floridablanca, además de la descripción detallada de las etapas desarrolladas para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad con base en la NTC GP 1000:2004 y su correspondiente armonización con el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005. La organización objeto del proyecto presta servicios de salud a la comunidad de Floridablanca, departamento de Santander.

A partir del enfoque basado en procesos, el objetivo trazado para el proyecto fue estandarizar los 16 procesos que se establecieron y caracterizaron en busca del mejoramiento continuo para el cumplimiento de las necesidades de los usuarios y partes interesadas.

Seguidamente, se establece el alcance del SGC en la sede principal de la E.S.E. Clínica Guane ubicada en la Calle 4 No 7-01 Floridablanca Santander para todos los procesos identificados en el mapa de procesos de la organización.

El diseño metodológico del proyecto consta de las etapas de Diagnóstico, Diseño y Planificación, Capacitación, Implementación, Evaluación y Armonización con el Modelo Estándar de Control Interno. La etapa de evaluación permite determinar el nivel de madurez del SGC y encontrar hallazgos para la toma de acciones y el diseño de planes de mejora.

* Proyecto de Grado

** Facultad de Ingenierías Físico –mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales.
Director: Ing. María Fernanda Reyes Sarmiento

ABSTRACT

TITLE: DESIGN, PLANNING, DOCUMENTATION, IMPLEMENTATION AND EVALUATION SYSTEM OF QUALITY MANAGEMENT BASED ON THE STANDARD NTC GP 1000:2004 AND HARMONIZATION WITH THE STANDARD MODEL MECI 1000:2005 INTERNAL CONTROL FOR GUANE ESE CLINIC FLORIDABLANCA.*

AUTHORS: JESÚS MAURICIO CARRILLO FLÓREZ Y EDGAR ALFONSO HERRERA VELASCO**

KEY WORDS: System Quality Management, NTC GP 1000:2004, Improvement, Efficiency, Efficiency, Audit, Internal Control Standard Model, MECI 1000:2005, Harmonization, ESE Guane Clinic.

ABSTRAC: This work will present the the theoretical, conceptual, legal and contextual characteristic of the ESE Guane Clinic located in Floridablanca, in addition to the detailed description of the steps developed for the process of implementing the System Management Quality, based on NTC 1000:2004 GP and its alignment with the Standard Model MECI 1000:2005 Internal Control. The aim of the project organization provides health services to Floridablanca's community in Santander Department.

The aim of the project is standardizing the 16 processes that were established for the institution in search of continuous improvement to fulfill the needs of their users and stakeholders.

Therefore, the project defined the scope of the QMS at the headquarters of the ESE Guane Clinic located at 4 street No 7-01 Floridablanca Santander, for all processes identified in the process map of the organization.

The methodology of the project consists in five stages: diagnosis, Design and Planning, Training, Implementation, Evaluation and Harmonization with the Standard Model of Internal Control. The evaluation phase determines the level of maturity and finds GSC findings for taking action and design improvement plans.

* Work of Degree

**Phishyc- Mechanic Engineering Faculty. Industrial and businesses studies school. Director: Eng. María Fernanda Reyes Sarmiento

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la Calidad y el conjunto de elementos asociados al término, se han establecido como herramientas generadoras de competitividad y crecimiento para las empresas mediante la implementación de los Sistemas de Gestión.

La calidad no solo es el cumplimiento de un requisito, es también la efectividad con la cual se administran los recursos de una empresa, se diseña a partir de los clientes y para los clientes, y debe presentar costos de “buena calidad” que aseguren la estandarización y mejora continua de los procesos. El éxito de un Sistema de Gestión no es el cambio de cultura, es la creación de cultura de cambio para que los usuarios y partes interesadas sean los enriquecedores del Sistema.

Consciente de la necesidad de mejorar los procesos y procedimientos y establecer controles para los mismos, la E.S.E. Clínica Guane de Floridablanca toma la decisión estratégica de cumplir los requerimientos establecidos en la Ley 872 de 2003, la Ley 87 de 1993 y la Ley 489 de 1998 para la implementación del SGC NTC GP 1000:2004 y el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 para entidades públicas, pues lo público no debe ser sinónimo de No Calidad, todo lo contrario, debe satisfacer y superar las expectativas de la comunidad.

El desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) y el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), constituyó un mejoramiento en la cadena de valor de la prestación de los servicios de la organización, logrando una mayor credibilidad en los ciudadanos que usan los servicios de la E.S.E. Clínica Guane.

En el cumplimiento de la decisión estratégica trazada, se contó con la participación de los estudiantes UIS, el personal de la E.S.E. Clínica Guane y el asesor externo

de la misma, quienes han aportado sus esfuerzos y conocimientos para lograr la implementación del los Sistemas descritos.

El documento se estructuró presentando en el Capítulo 1 las especificaciones del proyecto; en el dos, se consolida un marco de ideas; en el Capítulo 3 se muestran las generalidades de la organización; en los capítulos 4,5,6,7 y 8 está el desarrollo metodológico del proyecto, es decir, Diagnóstico, Diseño y Planificación, Capacitación, Documentación e Implementación del SGC; en el Capítulo 9 se evidencia la evaluación del Sistema junto con las acciones de mejora; el Capítulo 10 presenta la armonización del SGC al MECI; finalmente, el Capítulo 11, muestra los logros y mejoras alcanzados en el trabajo de grado y se alcanzan conclusiones.

1. ESPECIFICACIONES DEL PROYECTO

El presente capítulo busca a partir de la necesidad de implementar el SGC en la E.S.E Clínica Guane de Floridablanca plantear unos objetivos, alcance y limitaciones que se han encontrado necesarios para el desarrollo del proyecto.

1.1 TÍTULO

Diseño, documentación, implementación y evaluación del Sistema de Gestión de la Calidad basado en la norma NTC GP 1000:2004 y armonización con el Sistema de Control Interno MECI 1000:2005 en la E.S.E Clínica Guane de Floridablanca.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En su carácter de entidad pública la E.S.E. Clínica Guane, se encuentra en el deber de diseñar e implementar un SGC que asegure el mejoramiento continuo de todos sus procesos, de manera tal, que se garantice el nivel de satisfacción de los clientes internos y externos proporcionando servicios que cumplan con sus expectativas.

En el contexto propio de la organización, se deben identificar los procesos claves en la cadena de valor de la prestación del servicio, a los que se les debe prestar un tratamiento prioritario buscando estandarizar los procedimientos y componentes que le hacen parte independientemente del funcionario que los desarrolle.

En el ámbito legal, se pretende dar cumplimiento a la normatividad establecida en la Ley 872 de 2003 y el decreto 4110 del 2004. La E.S.E Clínica Guane de Floridablanca decide implementar el SGC basado en la norma N.T.C. GP 1000:2004. Lo anterior, se llevó a cabo en cada uno de los procesos estratégicos,

misionales, de apoyo y de evaluación de la organización, buscando el mejoramiento continuo y la satisfacción de necesidades y expectativas de usuarios y partes interesadas.¹

Por otra parte, en relación a la Ley 87 de 1993 y la Ley 489 de 1998 se establece la implementación del Sistema de Control Interno MECI 1000:2005, por el que se decreta que todas las entidades del estado adopten y estructuren, de tal forma que se implemente una estructura de operación por procesos soportados en el control de la estrategia, la gestión y la evaluación orientándose al logro de los objetivos institucionales y, por ende, a los objetivos planificados del orden nacional.²

La implementación del MECI es complementaria a la de otros Sistemas como la Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública (NTC GP: 1000), por eso es pertinente hacer una implementación integral de estas dos normas en concordancia con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública.

La implementación de la NTC GP 1000:2004 y su armonización al MECI 1000:2005 será una herramienta que aporte a la consecución de las políticas, objetivos, metas e indicadores organizacionales; quienes a su vez, forman el punto de partida para la implementación del Sistema de mejoramiento continuo (Ciclo PHVA) con el objeto de lograr la satisfacción de los usuarios y partes interesadas de la organización.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Las disposiciones para el sector público en lo referente a calidad en la prestación de los servicios y operación por procesos, establecidas a partir de 1993,

¹ <http://www.santander.gov.co/>

² <http://www.isolucion.com.co/BancoConocimiento/M/meci/meci.asp>

promueven la calidad como un elemento fundamental en el trabajo diario de las entidades públicas; la E.S.E Clínica Guane considera factor de éxito para el cumplimiento de sus políticas organizacionales, establecer un enfoque basado en procesos, que permita estandarizar, controlar y mejorar continuamente los mismos; administrando efectivamente, es decir, eficaz y eficientemente, los recursos con que se cuenta para la prestación de los servicios de salud.

Por otra parte, la alta dirección se ha trazado el objetivo de la implementación de las normas, que con el desarrollo del presente proyecto se pretende llevar a cabo, adquiriendo el compromiso de liderar el proceso y suministrar los recursos necesarios en su desarrollo.

Finalmente, la realización del trabajo de grado es la carta de presentación que evidencia la culminación de nuestra formación académica como ingenieros industriales y enfrenta nuestros conocimientos y habilidades como parte de un proceso de formación a lo largo de diez semestres; es resultado también de la motivación que hemos tenido por el tema de los Sistemas de gestión dado que fue un proceso que planeamos con anterioridad cuya etapa inicial se desarrollo con la realización del diplomado en ASEDUIS³ que nos acredita como auditores HSEQ⁴ y que consolidamos con éxito con le implementación y armonización de las normas en la E.S.E. Clínica Guane de Floridablanca.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general

Diseño, Documentación, Implementación y Evaluación del Sistema de Gestión de la Calidad y armonización con el Sistema de Control Interno basado en la Norma

³ Asociación Egresados de la Universidad Industrial de Santander

⁴ Siglas en ingles que hacen referencia a los Sistemas de Gestión de Seguridad Industrial, Salud Ocupacional, Medio Ambiente y Calidad

NTC GP 1000-2004 y MECI 1000:2005 para la E.S.E Clínica Guane de Floridablanca.

1.4.2 Objetivos específicos

- Elaborar el diagnóstico de la organización teniendo en cuenta los requisitos de la Norma NTC GP 1000:2004 y su correlación con los numerales de la NTC MECI 1000:2005 que permita identificar el estado actual de la empresa, los procesos que harán parte de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Control Interno, así como las fortalezas y debilidades que puedan ser de utilidad para el proceso.
- Diseñar y planificar los elementos correspondientes al Sistema de Gestión de la Calidad.
- Documentar los procesos desarrollados en la E.S.E Clínica Guane 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 GP 1000-2004.
- Sensibilizar, capacitar y comprometer a todo el personal que labora en E.S.E CLÍNICA GUANE en cada una de las etapas que conlleva a la implementación de los Sistemas de Gestión de Calidad y Control Interno.
- Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad y armonizar con el Sistema de Control Interno basado en las normas NTC GP 1000:2004 y MECI 1000:2005 en la E.S.E CLÍNICA GUANE estandarizando de esta forma los procesos desarrollados en la organización.

- Apoyar y gestionar la realización de dos auditorías internas para evaluar el estado del Sistema de Gestión de la Calidad e identificar oportunidades de mejora en sus procesos.
- Diseñar los planes de mejora resultado del análisis de las auditorías y apoyar la implementación de los mismos.

1.5 ALCANCE

Diseño, documentación, implementación, evaluación y realización de dos auditorías internas del SGC SGC basado en la Norma NTC GP 1000:2004 y armonización con el Sistema de Control Interno MECI 1000:2005 en la sede principal de la E.S.E Clínica Guane ubicada en la Calle 4 No. 7-01 Floridablanca, Santander.

Al término del proyecto se espera que la organización obtenga los procesos y estándares exigidos por la norma NTC GP 1000:2004 como parte de su cultura organizacional y su respectiva metodología de seguimiento.

1.6 LIMITACIONES

En el desarrollo de las etapas del proyecto se presentaron dificultades por falta o inaccesibilidad a algunos recursos en diversos procesos de la entidad, razón por la que el cronograma de trabajo se vio afectado modificándose en relación al tiempo de solución de estos.

1.6.1 De tiempo

A partir del cronograma diseñado para el desarrollo de la fase Diagnóstico podemos decir que se cumplieron los tiempos de diseño y realización de la misma

con la entrega del informe el día dos de Octubre de 2009; sin embargo, las etapas de diseño, planificación y documentación se vieron afectadas por la terminación del contrato laboral y renovación del mismo del tutor de la empresa Javier García Gélvez en términos de aproximadamente 45 días. En consecuencia, estas etapas vieron modificados sus tiempos en relación a los programados en el plan de trabajo establecido.

A partir del regreso del tutor de la organización a sus labores, existió la colaboración para la caracterización de los procesos en cada una de las áreas funcionales y se desarrolló los diferentes manuales y documentos propios del SGC de la organización, permitiendo la entrega para su estudio a la oficina jurídica el día 28 de Diciembre junto el borrador de la resolución que legalizaba su implementación.

La fase de sensibilización y capacitación se desarrollo de acuerdo a lo planificado en el cronograma de trabajo, aunque por el cambio de alguna porción del personal al inicio del mes de Enero de 2010 se hizo necesaria la realización de segundas jornadas de capacitación.

La implementación del Sistema de Gestión de Calidad se llevó a cabo bajo la responsabilidad del tutor de la empresa y de los estudiantes practicantes UIS durante el mes de Enero de 2010, y se finalizó con la programación del plan de auditorías para el año y la realización de las dos auditorías internas contempladas en el proyecto.

1.6.2 De recursos

La oficina asignada al área de calidad era de tamaño reducido para la labor productiva de más de una persona, y a esta, estaban asignados dos cargos de la organización en la jornada de la mañana; solo se contaba con un equipo de

cómputo, razón por la que los dos miembros de la entidad se turnaban para su uso. Lo anterior, requirió del apoyo de los computadores personales de los autores del proyecto en la medida en que los recursos suministrados por la entidad no eran suficientes.

De otro lado, dado la cantidad de material impreso y de papelería generado por la oficina para el desarrollo del proyecto, surge la necesidad de una impresora propia para el área de calidad, requerimiento que se nos satisface durante el mes de Diciembre.

Finalmente, la disponibilidad y limitación de tiempo por las actividades propias de la labor productiva de los empleados de la E.S.E. Clínica Guane, hicieron complicado la programación de las capacitaciones generales por lo que se decidió llevarlas a término por grupos de área funcional.

2. MARCO DE IDEAS

El conjunto de elementos teóricos, conceptuales y legales del proyecto limitan la comprensión, implementación y ejecución del mismo en la medida que actúan como parte integral del concepto de SGC pero aplicado de manera única a los procesos de la E.S.E CLÍNICA GUANE a partir de las necesidades de sus usuarios y/o partes interesadas.

2.1 MARCO TEÓRICO

Se presentan las tesis referentes a la evolución del concepto de calidad y el tema de mejoramiento continuo como herramienta en el avance y consolidación de los Sistemas de Gestión.

2.1.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD⁵

La calidad es el nivel de cumplimiento, o medida de satisfacción de los requerimientos demandados por un usuario o cliente. Se establecen cuatro etapas en la evolución del concepto a lo largo de la historia: Control de calidad, aseguramiento, control de calidad total y gerencia de calidad total (ver Figura 1).

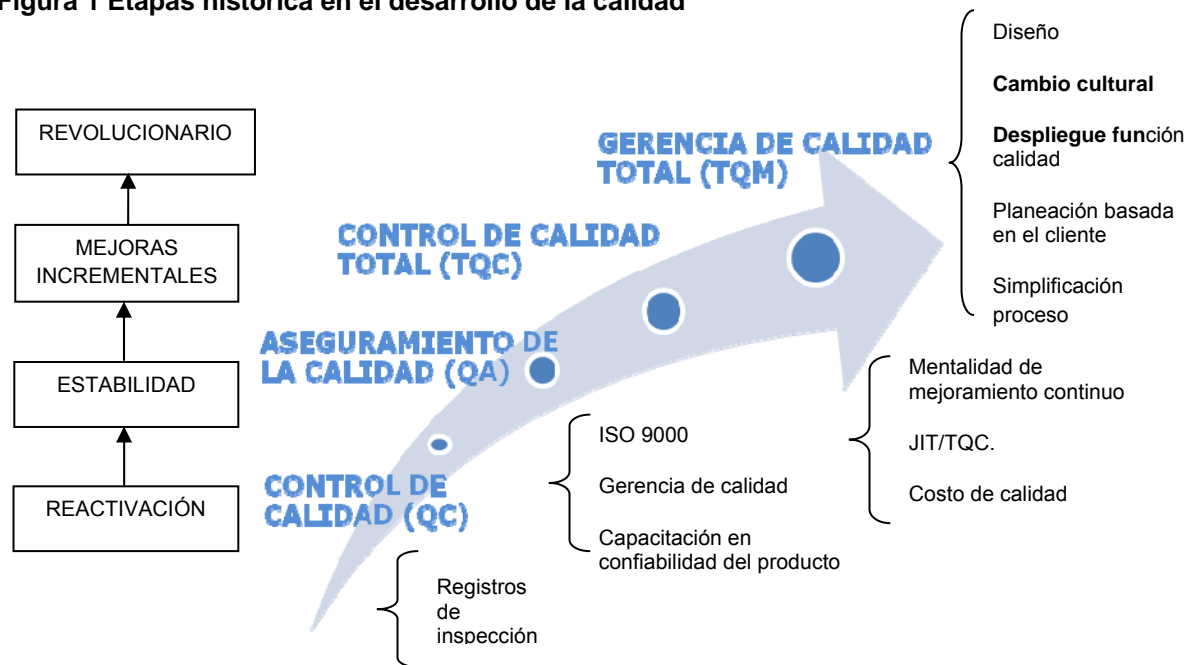
En términos de la globalización los Sistemas de gestión de la calidad se presentan como el instrumento empresarial que deben llevar a cabo las organizaciones para prosperar y consolidarse en los mercados o sectores en los que se desenvuelven.

El Control de Calidad permite a las organizaciones cumplir con los requerimientos del producto; *el Aseguramiento de la Calidad*, brinda una capacitación en cuanto a la confiabilidad del producto y se caracteriza por llevar a cabo la implementación

⁵ HOYOS Torres William, Un Libro de Calidad, División editorial y de publicaciones UIS, Bucaramanga Agosto de 2006

se los Sistemas de Gestión a partir del ciclo PHVA: el TQC, incorpora a la mentalidad de mejoramiento continuo otros factores como los equipos de mejoramiento continuo y los costos de calidad; y el TQM, establece cinco principios para crear empresas líderes de mercado.

Figura 1 Etapas histórica en el desarrollo de la calidad



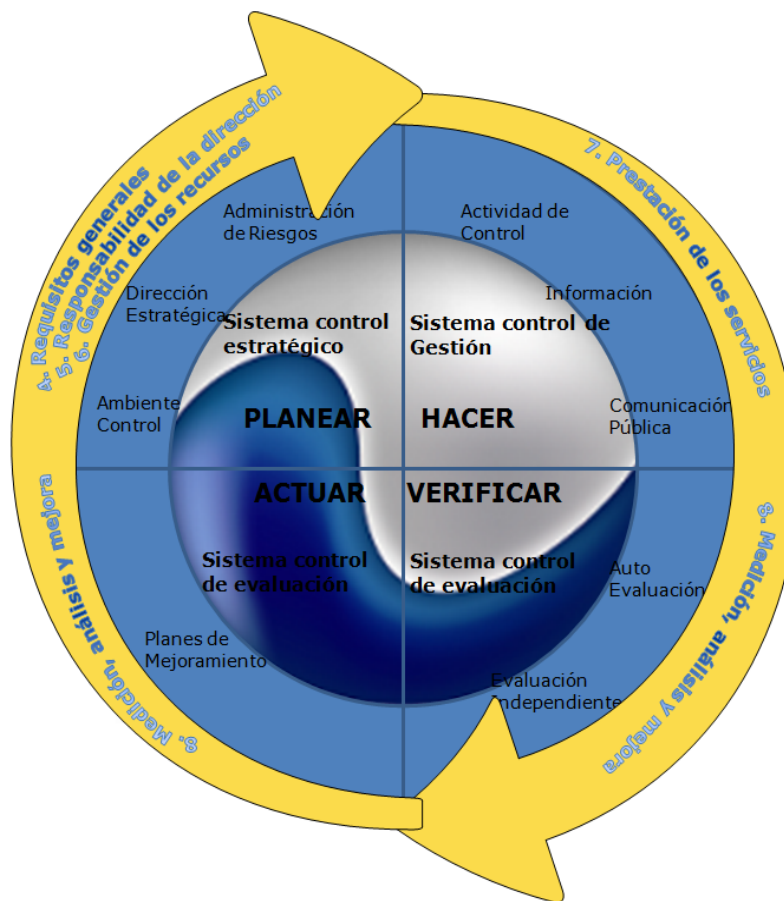
Fuente: Adaptado de HOYOS Torres William, *Un Libro de Calidad*, División editorial y de publicaciones UIS, Bucaramanga Agosto de 2006

Ciclo PVHA⁶

Esta herramienta conocida como el ciclo de mejoramiento continuo o el ciclo Deming, se enfoca en el mundo empresarial como una estrategia gerencial; de ahí que sus iniciales corresponden de manera secuencial a Planear, Hacer, Verificar y Actuar, que en su conjunto dan origen al ciclo PHVA (ver Figura 2); sin embargo, es pertinente indicar que en el desarrollo de cualquier actividad humana se encuentran implícitas cada una de estas etapas.

⁶ Fuente: Guía de armonización GP 1000:2004 y MECI 1000:2005. DAFP

Figura 2Ciclo PHVA Integrador de la NTC GP 1000:2004 y MECI 1000:2005 para la E.S.E. Clínica Guane



Fuente: Adaptado de Guía de armonización GP 1000:2004 y MECI 1000:2005, DAFP

Los Sistemas de gestión y control, para su desarrollo, deben seguir una secuencia en la práctica. Lo primero que se debe establecer es el camino, es decir, la definición de políticas y el establecimiento de un plan de acción; dentro del ciclo, esto es lo que se denomina **Planear**. Estos lineamientos deben llevarse a la práctica y es allí donde surge el **Hacer**. Una vez puesto en marcha lo planeado, se debe evaluar y monitorear el grado de cumplimiento de los planes establecidos, situación que da origen al **Verificar** que, de acuerdo a los resultados obtenidos, debe implementar acciones correctivas o de mejoramiento, lo cual corresponde al **Actuar**.

El **Planear** debe concebirse como un proceso gerencial que contiene elementos informativos y de juicio necesarios para fijar prioridades, establecer la misión, visión, objetivos y metas en el tiempo, estrategias de comunicación interna y externa, ordenar las acciones que permitan alcanzar estas actividades con base en una asignación correcta de recursos, de coordinación de competencias, habilidades y esfuerzos y la fijación precisa de responsabilidades que permitan el control y la evaluación sistémica de los procesos, procedimientos, avances y resultados para poder introducir, oportunamente, cambios pertinentes.

El **Planear** busca establecer las bases necesarias para que el control sea una práctica cotidiana en las entidades públicas, donde se monitoree la planificación y su ejecución efectiva, hacia la consecución de los objetivos formulados, en bien de los grupos de interés al tener como fin la creación de una cultura organizacional basada en el control de cada uno de los procesos desarrollados en la entidad. Alrededor de este Subsistema se encuentran los componentes Ambiente de Control, Dirección Estratégica y Administración de Riesgos, que en forma general permiten generar las condiciones necesarias para la operación de la entidad.

En el SGC, la planeación estratégica de la calidad hace parte de la planeación estratégica de la entidad, la cual pretende establecer la visión de esta, dentro de un entorno dinámico, donde los avances en materia tecnológica, y el mismo estado de evolución de la sociedad, obligan a administrar de una manera eficiente y eficaz las organizaciones, a partir de la identificación de las necesidades de los usuarios, del establecimiento de las directrices de calidad, de la configuración de la política de calidad, la definición de los objetivos de calidad, y terminar con la definición de indicadores y planes de acción que permitan satisfacer, justamente, esas necesidades identificadas.

Tanto MECI como la Norma de Calidad NTC GP 1000:2004, tienen en común un factor de trascendental importancia, como lo es la responsabilidad exclusiva y

excluyente de la Alta Dirección en su implementación, lo cual exige a esta, el nombramiento de un directivo de primer nivel, distinto al jefe de Control Interno, auditor Interno o quien haga sus veces; el cual tendrá a su cargo la responsabilidad y autoridad para liderar la implementación integral de los dos Sistemas y el establecimiento de los objetivos y procesos necesarios para lograr resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la entidad.

En este sentido, el DAFP, ha sido reiterativo en que no es al Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces, al que le corresponde implementar, desarrollar y mantener el Sistema integrado, sino que junto con el personal asignado a su área, debe realizar la evaluación independiente y objetiva del desarrollo, implementación, mantenimiento y mejoramiento continuo del Sistema integrado.

Es pertinente indicar que la armonización de las diferentes iniciativas estatales para el mejoramiento de la gestión, la optimización de recursos y la satisfacción de las necesidades y expectativas de los ciudadanos, no es el resultado de la casualidad, sino la suma de voluntades, compromisos institucionales y un ejercicio riguroso de adopción de instrumentos gerenciales de manera planificada y organizada.

2.1.2 Definiciones Generales⁷

Los términos y definiciones aplicables para el desarrollo de este proyecto a los documentos contenidos en los diferentes productos necesarios para cumplir con cada uno de los numerales pertinentes a la NTC GP 1000:2004 y el MECI 1000:2005 se presentan en el **Anexo 1**.

⁷ NTC GP 1000:2004. Sistema de Gestión de la Calidad de la rama ejecutiva para el poder público y otras entidades prestadoras de servicios. ICONTEC

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Sistema Gestión de la Calidad NTC GP 1000:2004

La entidad debe establecer, documentar, implementar y mantener un SGC y mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad de acuerdo con los requisitos de esta norma.

De acuerdo a la NTC GP 1000:2004, la entidad debe:

- a) identificar los procesos que le permiten cumplir la misión que se le ha asignado. NOTA estos incluyen, según sea aplicable, los procesos estratégicos, de apoyo, misionales y/o de evaluación.

- b) determinar la secuencia e interacción de estos procesos.

- c) determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces y eficientes.

- d) asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos.

- e) realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos.

- f) implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos, e

- g) identificar y diseñar, con la participación de todos los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas, los puntos de control sobre los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia o que generan un impacto considerable en la

satisfacción de necesidades y expectativas de calidad de los clientes, en las materias y funciones que le competen a cada entidad.

La entidad debe gestionar estos procesos de acuerdo con los requisitos de la presente Norma.

En los casos en que la entidad opte por entregar a terceros cualquier proceso que afecte la conformidad del producto y/o servicio con los requisitos, la entidad debe asegurarse de controlar tales procesos. La responsabilidad sobre el control de los procesos entregados a terceros debe estar identificada dentro del SGC. Cuando existan disposiciones regulatorias, expedidas por una autoridad competente, relativas al control de procesos entregados a terceros, la entidad deberá ceñirse a estas disposiciones.

2.2.2 Principios del SGC⁸

Los principios del SGC se enmarcan, integran, complementan y desarrollan dentro de los principios constitucionales de la función pública.

Se han identificado los siguientes principios de gestión de la calidad, que pueden ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a la entidad hacia una mejora en su desempeño:

a) *Enfoque hacia el cliente*: la razón de ser de las entidades es prestar un servicio dirigido a satisfacer a sus clientes; por lo tanto, es fundamental que las entidades comprendan cuales son las necesidades actuales y futuras de los clientes, que cumpla con sus requisitos y que se esfuercen por exceder sus expectativas.

⁸ Norma NTC GP 1000:2004

b) *Liderazgo*: desarrollar una conciencia hacia la calidad implica que la alta dirección de cada entidad es capaz de lograr la unidad de propósito dentro de ésta, generando y manteniendo un ambiente interno favorable, en el cual los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas puedan llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la entidad.

c) *Participación activa de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas*: es el compromiso de los servidores públicos y/o de los particulares que ejercen funciones públicas, en todos los niveles, que permite el logro de los objetivos de la entidad.

d) *Enfoque basado en los procesos*: En las entidades existe una red de procesos, la cual al trabajar articuladamente, permite generar valor. Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

e) *Enfoque del Sistema para la gestión*: el hecho de identificar, entender, mantener, mejorar y, en general, gestionar los procesos y sus interrelaciones como un Sistema contribuye a la eficacia, eficiencia y efectividad de las entidades en el logro de sus objetivos.

f) *Mejora continua*: siempre es posible implementar maneras más prácticas y mejores para entregar los productos o prestar servicios en las entidades. Es fundamental que la mejora continua del desempeño global de las entidades sea un objetivo permanente para aumentar su eficacia, eficiencia y efectividad.

g) *Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones*: en todos los niveles de la entidad las decisiones eficaces, se basan en el análisis de los datos y la información, y no simplemente en la intuición.

h) *Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores de bienes o servicios:* Las entidades y sus proveedores son interdependientes; una relación beneficiosa, basada en el equilibrio contractual aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

i) *Coordinación, cooperación y articulación:* el trabajo en equipo, en y entre entidades es importante para el desarrollo de relaciones que beneficien a sus clientes y que permitan emplear de una manera racional los recursos disponibles.

j) *Transparencia:* La gestión de los procesos se fundamenta en las actuaciones y las decisiones claras; por lo tanto, es importante que las entidades garanticen el acceso a la información pertinente de sus procesos facilitando el control social.

2.2.3 Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

El MECI que se establece para las entidades del Estado proporciona una estructura para el control a la estrategia, la gestión y la evaluación en las entidades del Estado, cuyo propósito es orientarlas hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales y la contribución de estos a los fines esenciales del Estado.

Este Modelo se ha formulado con el propósito de que las entidades del Estado obligadas puedan mejorar su desempeño institucional mediante el fortalecimiento del control y de los procesos de evaluación que deben llevar a cabo las Oficinas de Control Interno, Unidades de Auditoría Interna o quien haga sus veces.

Para ello, las entidades deberán realizar una evaluación sobre la existencia, nivel de desarrollo o de efectividad de cada uno de los elementos de control definidos, a fin de establecer el diseño, desarrollo o grado de ajuste necesarios para su implantación y mejora.

La orientación de este Modelo promueve la adopción de un enfoque de operación basado en procesos, el cual consiste en identificar y gestionar, de manera eficaz, numerosas actividades relacionadas entre sí. Una ventaja de este enfoque es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales que hacen parte de un Sistema conformado por procesos, así como sobre su combinación e interacción.

El MECI para entidades del Estado, se genera tomando como base el artículo 1° de la Ley 87 de 1993, el cual se encuentra compuesto por una serie de Subsistemas, Componentes y Elementos de Control, establecidos en la Figura 3, ilustrando de esta manera los vínculos existentes entre cada uno de ellos, bajo el enfoque sistémico que establece la citada Ley.

En este sentido el Modelo descrito, ha sido planteado como un Sistema, en donde cada una de las partes que lo integra tiene características singulares y necesarias para el funcionamiento del mismo.

El texto del documento del Modelo Estándar de Control Interno, establece el marco conceptual para entidades del Estado, el cual debe ser desarrollado mediante las metodologías, procedimientos e instructivos que el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP - establezca para la implementación del Sistema de Control Interno.

El Departamento Administrativo de la Función Pública –DAFP- administrará y distribuirá para todas las entidades del Estado obligadas, los instrumentos necesarios para el diseño, desarrollo e implementación de cada uno de los Elementos, Componentes y Subsistemas del MECI.

Figura 3 Subsistemas, Componentes y Elementos de Control



Fuente: Norma GP 1000:2004

2.2.4 Principios del MECI

Los principios del Sistema de Control Interno se enmarcan, integran, complementan y desarrollan dentro de los principios constitucionales. Se han identificado los siguientes principios aplicables al Sistema de Control Interno:

a) *Autocontrol*: Es la capacidad que ostenta cada servidor público para controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos para el adecuado cumplimiento de los resultados que se esperan en el ejercicio de su función, de tal manera que la ejecución de los procesos, actividades y/o tareas bajo su responsabilidad, se desarrollen con fundamento en los principios establecidos en la Constitución Política.

b) *Autorregulación*: Es la capacidad institucional para aplicar de manera participativa al interior de las entidades, los métodos y procedimientos establecidos en la normatividad, que permitan el desarrollo e implementación del Sistema de Control Interno bajo un entorno de integridad, eficiencia y - transparencia en la actuación pública.

c) *Autogestión*: Es la capacidad institucional de toda entidad pública para interpretar, coordinar, aplicar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz la función administrativa que le ha sido asignada por la Constitución, la Ley y sus Reglamentos.

2.2.5 Correspondencia entre MECI 1000:2005 Y NTC GP 1000: 2004.

Las correspondencias presentadas son de carácter genérico y, por lo tanto, es posible que algunas no se hayan identificado. Una correspondencia indica una complementariedad o coincidencia entre los elementos, de carácter total o parcial, la cual debe ser entendida desde el ámbito específico de cada Sistema.

Cuando un elemento se correlacione con numerales de los cuales dependan otros sub-numerales, debe entenderse que éstos también se incluyen dentro de la correspondencia identificada. **(Ver Anexo 2).**

2.3 MARCO LEGAL

Con el propósito de contextualizar el marco legal se presentan a continuación las principales normas legales y requisitos reglamentarios aplicables al presente trabajo de grado dentro del que se rige el proceso de implementación del SGC en la E.S.E Clínica Guane de Floridablanca.

2.3.1 Ley 872 de 2003

Por el cual se crea el SGC en la rama ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras de servicios.

2.3.2 Ley 489 de 1998

Por la cual se dictan normas, sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional; se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 489 de la constitución política de Colombia. La presente Ley regula el desarrollo de metodologías, procedimientos e instructivos del Departamento Administración de Función Pública (DAFP).

2.3.3 Ley 87 de 1993

Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones como: objetivos de la calidad y políticas de control interno.

2.3.4 Ley 100 de 1993

Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones

2.3.5 Decreto 4110 de 2004

Por el cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.

2.3.6 Decreto 2375 de 2006

Por el cual se reglamenta el artículo 7 de la Ley 872 de 2003. Se reglamenta en este decreto que la certificación deberá hacerse ante un organismo de certificación de Sistemas de Gestión de la Calidad acreditado por la Superintendencia de Industria y Comercio.

2.3.7 Decreto 1011 de 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2.3.8 Decreto 1537

Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado.

2.3.9 Decreto 1295 de 1994

Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.

2.3.10 Resolución 1043 de 2006

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

3. GENERALIDADES DE LA E.S.E. CLÍNICA GUANE

La E.S.E. Clínica Guane, presenta un contexto propio de elementos que la caracterizan e identifican como empresa prestadora de servicios a la comunidad de Floridablanca. El presente capítulo describe estos elementos además de su organización interna.

3.1 MISIÓN

La ESE Clínica Guane y su Red Integral de Salud es una institución que presta servicios de salud del nivel I en el municipio de Floridablanca, cuyo propósito es ofrecer atención médica y paramédica con calidad, buscando la satisfacción de nuestros usuarios mediante una atención cálida, oportuna, segura y de fácil acceso, a través de nuestra fortalecida red institucional.

3.2 VISIÓN

La ESE Clínica Guane de Floridablanca y su Red Integral de Salud, será para el 2011 una institución altamente reconocida a nivel Departamental y pionera en la prestación de servicios de salud del nivel I, generando un alto impacto social, elevando su estabilidad patrimonial y financiera, a través de sus valores corporativos.

Se proyecte como una empresa prestadora de los niveles I, de atención en salud tanto del régimen subsidiado como del contributivo, con alto grado de compromiso social, acreditada y certificada en salud bajo los estándares más altos de calidad.

3.3 PRINCIPIOS

Se presentan los principios establecidos por la organización: Solidaridad, tolerancia, respeto, oportunidad, discreción, cordialidad, compromiso, responsabilidad, equidad, austeridad, pertinencia, honestidad, cooperación y orden.

3.4 VALORES

Se presentan los valores establecidos por la E.S.E. Clínica Guane como parte integral de sus políticas organizacionales.

- *Calidad en la Atención y el Servicio:* Trabajamos de manera decidida en la búsqueda de la satisfacción de nuestros usuarios y beneficiarios, proyectando en los mismos nuestra calidez, Solidaridad, Tolerancia y Respeto, así como nuestro esmero por brindar confianza y tranquilidad a partir de un servicio oportuno para el cuidado de la salud.
- *Gestión Responsable:* Mantenemos una preocupación continua por el entorno, promovemos el desarrollo y cumplimiento de nuestra gestión bajo criterios de responsabilidad ambiental.
- *Sostenibilidad y Rentabilidad Social:* Adoptamos prácticas administrativas y operativas que garantizan el cumplimiento de nuestros procesos con altos estándares de calidad y aprovechamiento de los recursos, generando el valor económico necesario para garantizar la sostenibilidad y continuidad de nuestros servicios asistenciales.
- *Cooperación y Articulación:* promovemos el desarrollo de nuestra gestión bajo criterios unificados y compartidos, con un sentido de articulación y coordinación

en las actuaciones, trabajando en equipo hacia el cumplimiento de objetivos colectivos.

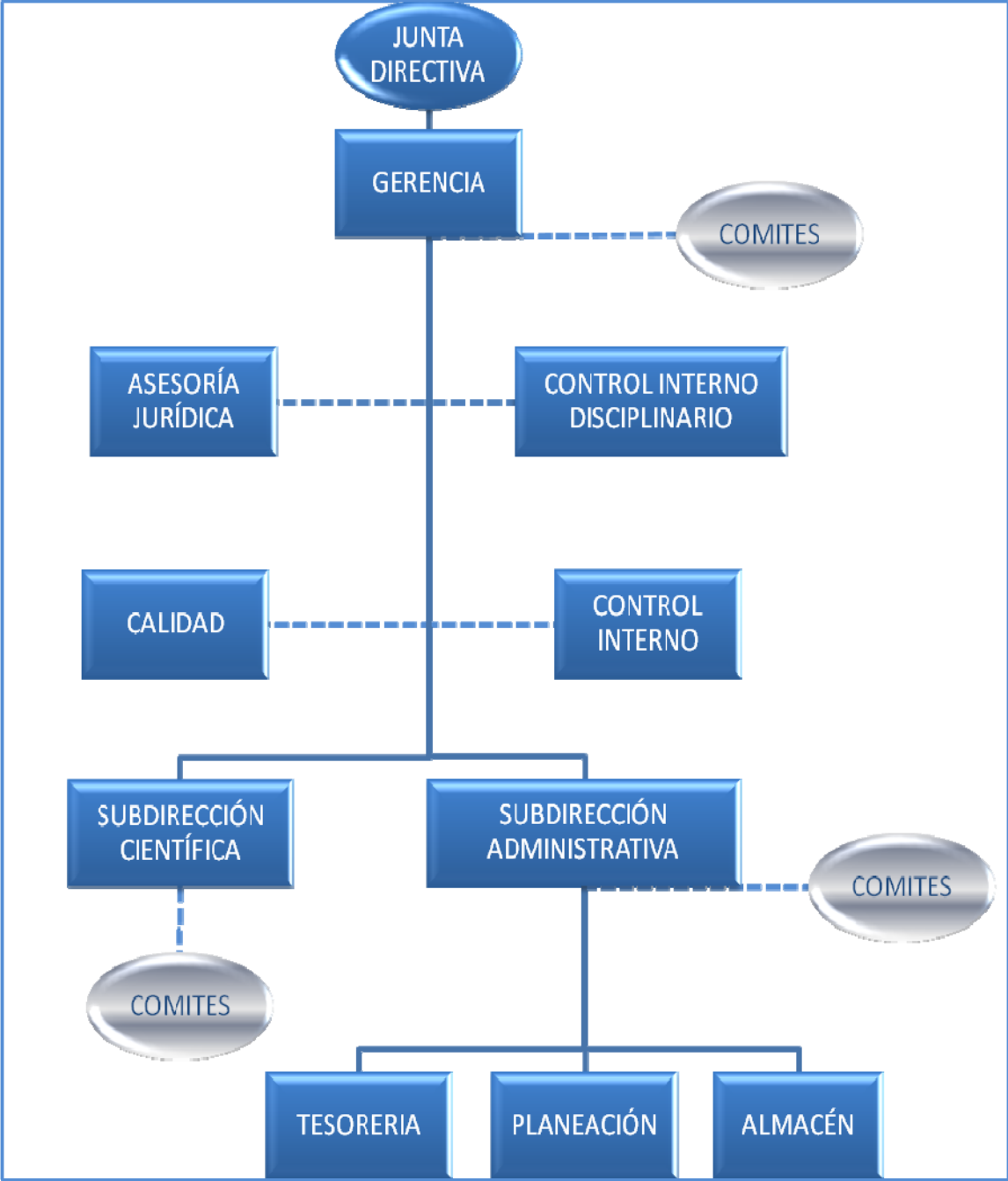
- *Integralidad y Comunicación:* Construimos un concepto institucional a partir del desarrollo de una cultura organizacional soportada en valores, con espacios para el fortalecimiento de aportes participativos y la generación de oportunidades de desarrollo integral para nuestro personal.
- *Credibilidad Institucional:* Fomentamos el fortalecimiento de la imagen corporativa de la ESE CLÍNICA GUANE Y SU RED INTEGRAL DE SALUD a partir de una filosofía de trabajo que promueve el cumplimiento de nuestros deberes, la transparencia en nuestras actuaciones, la imparcialidad de nuestras decisiones y el interés por el crecimiento conjunto con nuestros aliados estratégicos.

3.5 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La E.S.E Clínica Guane está conformada como lo ilustra la Figura 4. La gerencia de la organización lidera los procesos estratégicos de Direccionamiento Estratégico y Mercadeo y Comunicación; existen dos Subdirecciones responsables los lineamientos y control de los procesos; la Subdirección Científica se encarga de la prestación de los servicios de salud en el área de Urgencias, Servicios Ambulatorios y Apoyo Diagnóstico y Terapéutico; y la Subdirección Administrativa está al frente de los procesos de Apoyo.

Finalmente, se cuenta con oficinas asesoras responsables de ciertos procesos significativos en el área de Evaluación y grupos de trabajo específicos o comités que son conformados por la alta dirección de acuerdo a necesidades específicas.

Figura 4 Organigrama de la E.S.E Clínica Guane



Fuente: Autores del proyecto

4. DIAGNÓSTICO E.S.E. CLÍNICA GUANE SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD NTC GP 1000:2004

El presente capítulo presenta el diagnóstico de la E.S.E clínica Guane en el que por medio de una encuesta se calificó el grado de satisfacción de cada numeral de la norma NTC GP 100:2004. Los participantes de esta etapa, fueron los empleados líderes de cada área funcional de la organización y los responsables de la realización, estuvo bajo la responsabilidad del tutor de la empresa Javier García Gélvez y los estudiantes UIS. Los resultados obtenidos se socializaron ante el comité MECI-Calidad y se entregó el día 4 de Octubre de 2009 el respectivo informe a la gerencia.

4.1 PROPÓSITOS DEL DIAGNÓSTICO

- Describir la situación actual del SGC en la E.S.E Clínica Guane de Floridablanca por parte de los empleados de planta de la institución; para establecer de esta forma, las debilidades, oportunidades, amenazas, fortalezas y el cumplimiento frente a los requerimientos de la norma NTC GP 100:2004.

- Hacer una valoración cuantitativa por medio de la encuesta estándar para diagnóstico del SGC según NTC GP 1000:2004, visualizando su resultado mediante la tabulación de las encuestas por medio de herramientas estadísticas.

- Identificar los procesos claves para definir un cronograma de documentación que permita continuar con el proceso de implementación de la norma.

- Dejar evidencias y registros de la situación actual de la clínica referente al cumplimiento de la Ley 872 de 2003 y el decreto 4110 de 2004.⁹

⁹ **Ley 872 de 2003** Por el cual se crea el Sistema de gestión de la calidad en la rama ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras de servicios.

4.2 JUSTIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

Permite reconocer las fortalezas y deficiencias existentes entre el estado actual de la entidad y los requisitos exigidos por la Norma NTC GP 1000:2004 y su correspondencia con MECI 1000:2005 en busca de un modelo integrador de las dos normas de acuerdo a la guía de armonización del DAF.

El diagnóstico identifica y facilita la priorización de las actividades de planeación y documentación del Sistema Integrador y de esta forma orienta las políticas organizacionales hacia el ciclo de Deming.¹⁰

El proceso de implementación integrador de las normas busca garantizar la satisfacción de los clientes externos e internos y las partes interesadas que interactúan con la organización a partir del mayor nivel de efectividad que se pueda obtener en cada uno de los procesos que componen la cadena de valor de los productos y servicios ofrecidos por la E.S.E. Clínica Guane.¹¹

4.3 RESPONSABLES DEL DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del SGC es la fase inicial del proyecto, convierte en punto de partida de la entidad respecto al grado de aplicación de la norma NTCGP1000:2004. La realización del diagnóstico estuvo bajo la responsabilidad del tutor de la empresa Javier García Gélvez y los estudiantes UIS.

4.4 ALCANCE DEL DIAGNÓSTICO

Decreto 4110 de 2004 Por el cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.

¹⁰ El Departamento Administrativo de la Función Pública expide la circular 1000-02-07 en la cual se unifica el equipo de implementación del SGC con el equipo del SCI.

¹¹ También conocido como ciclo PHVA o de mejora continua.

El diagnóstico se realizó a cada una de las áreas funcionales y a sus respectivas cabezas visibles o funcionarios responsables de los diferentes procesos de la E.S.E. Clínica Guane en su sede principal ubicada en la Calle 4 No 7-01 Floridablanca Santander.

Se estableció un plan detallado de actividades a ejecutar (ver Tabla 1) con los jefes de área funcional a partir de las recomendaciones del DAFP (Departamento Administrativo de la Función Pública), con el fin de consolidar un estado actual de la empresa con respecto al cumplimiento de la norma NTC GP 1000:2004.

Tabla 1 Actividades Diagnóstico para implementación NTC GP 1000:2004 E.S.E. Clínica Guane.


| 1-30 SEPTIEMBRE DE 2009 | | SEMANA | | | | |
|--|---|--------|---|---|---|---|
| FASES DIAGNÓSTICO | ACTIVIDADES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| PLANIFICAR REALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO | Definición, objeto, alcance, agenda, personas a entrevistar, fechas y lugares | | | | | |
| | Programa de actividades | | | | | |
| | Sensibilización encuesta NTC GP 1000 | | | | | |
| RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN | Lista de verificación | | | | | |
| | Cuestionario de afirmación sobre la norma | | | | | |
| | Definición de recursos | | | | | |
| PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN | Tabulación de la información | | | | | |
| | Análisis estadístico de la información | | | | | |
| | Análisis de resultados | | | | | |
| EJECUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO | Socialización de resultados, detalles e inquietudes | | | | | |
| | Informe preliminar | | | | | |
| VALIDACIÓN INFORME | Sensibilización con la Alta Dirección | | | | | |
| | Presentación Informe final | | | | | |

Fuente: Autores del proyecto

4.5 DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Para el desarrollo del diagnóstico se presentaron tres grandes fases (ver figura 5), que va desde la planificación hasta la interpretación de datos, entrega de resultados y validación frente al comité MECI-Calidad.

Figura 5 Fases del diagnóstico

| FASES DEL DIAGNÓSTICO | | |
|---|--|-------------------------------------|
| ENTRADAS | ACTIVIDADES | SALIDAS |
| <ul style="list-style-type: none"> • Compromiso alta dirección • Marco legal aplicable • NTC GP 1000:2004 • Infraestructura física • Estructura Administrativa • Documentación existente • Servicios apoyo (Transporte y papelería y software estadístico) |  <p>El diagrama muestra tres bloques rectangulares apilados y conectados por flechas descendentes. El primer bloque superior está etiquetado como 'Planificación', el segundo como 'Ejecución' y el tercero como 'Validación'. Las flechas indican un flujo de información o proceso de arriba hacia abajo.</p> | <p>Informe diagnóstico validado</p> |

Fuente: Autores del proyecto

4.5.1 Planificación del diagnóstico

Partiendo de los propósitos planteados se definió el alcance del diagnóstico a todas las áreas funcionales de la empresa y los procesos que de ella hacen parte. Para la realización de esta primera fase, en el **Anexo 3** se describen las actividades de la agenda del diagnóstico realizadas con los 9 empleados de planta que tiene la organización en el momento de realización del mismo; se decidió hacerlos con ellos ya que son los empleados con mayor estabilidad laboral, responsables de las áreas funcionales de la empresa y líderes de cada uno de los procesos de la E.S.E. Clínica Guane. Para el desarrollo de la recolección de información se uso la guía de diagnóstico del DAFP y el formato de encuestas contenida en ella. La papelería y el material de apoyo fue suministrado por parte

de la empresa y para el análisis de la información se utilizó el software estadístico SPSS 17 versión estudiantil facilitado por la UIS. El **Anexo 4** se presenta un modelo de procedimiento para determinar el tamaño de la muestra.

4.5.2 Ejecución del diagnóstico

El diagnóstico mide cualitativa y cuantitativamente el estado de cumplimiento de la E.S.E. Clínica Guane a los requisitos exigidos por la norma, evaluando tanto su nivel de documentación como de implementación y mejoramiento. Cada pregunta de las encuestas se le asignó un valor de cumplimiento para los numerales de la norma NTC GP 1000:2004 (ver Tabla 2).

Tabla 2 Valor designado a cada pregunta

| VALOR | DESCRIPCIÓN |
|-------|--------------------------------|
| 0 | No sabe |
| 1 | No se cumple |
| 2 | Se cumple insatisfactoriamente |
| 3 | Se cumple aceptablemente |
| 4 | Se cumple en alto grado |
| 5 | Se cumple plenamente |

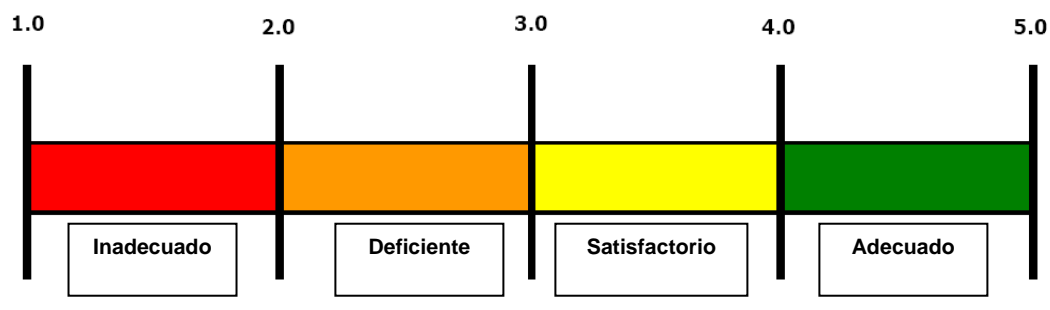
Fuente: Guía de Diagnóstico para Implementar el SGC en la Gestión Pública NTC GP 1000:2004, DAFP.

Con la media calculada de las calificaciones de todas las encuestas se clasifican en un rango de criterio y se da su puntuación.

- **Rango Criterios**

- Puntaje Total entre 0.0 y 1.99 Inadecuado
- Puntaje Total entre 2.0 y 2.99 Deficiente
- Puntaje Total entre 3.0 y 3.99 Satisfactorio
- Puntaje Total entre 4.0 y 5.0 Adecuado

Figura 6 Rango Criterios



Fuente: Fuente: Guía de Diagnóstico para Implementar el SGC en la Gestión Pública NTC GP 1000: 2004, DAFP.

El desarrollo de la agenda programada permitió la recolección de la información mediante el formato de encuesta diagnóstico del DAFP a los líderes de las diferentes áreas funcionales ver **Anexo 5**.

Seguidamente se realizó la valoración cuantitativa con el objeto de analizar e interpretar la información mediante una tabulación de datos y análisis estadístico en SPSS bajo la tabla de criterios establecida en el mismo anexo.

4.5.3 Resultados del diagnósticos.

Según las encuestas la valoración cuantitativa del cumplimiento de los numerales de la NTC GP 1000:2004, dada por los empleados de la E.S.E. Clínica Guane mediante la matriz de calificación sugerida por el DAFP ver Tabla 3 y Tabla 4 presenta los siguientes resultados:

El nivel total de cumplimiento de la E.S.E. Clínica Guane, respecto a los requisitos de la norma NTC GP 1000:2004 es de 1.62. Esta calificación permitió concluir que los procesos de la Clínica debían adecuarse a los requisitos de la norma evaluada, haciendo uso de herramientas y disponibilidad de recursos, de tal forma que se garantizara el mejor servicio para las partes interesadas.

Se evidencio bajo nivel en el cumplimiento de los requisitos del numeral 4 de la norma que habla sobre el SGC, con una puntuación de 1.32 con una valoración de de inadecuada, debido a la poca o casi nula gestión en el control de los documentos y registros, así como la ausencia de un manual de calidad y versiones desactualizadas de otros manuales como de procesos y procedimientos. El numeral 5, de la norma que habla sobre la Gestión de los Recursos, obtuvo una puntuación similar al anterior con una puntuación de 1.83 y una calificación de inadecuada, afirmo la necesidad de establecer la revisión por la dirección, donde la Gerencia pueda conocer el estado y desempeño del SGC y definir acciones o tomar medidas que propendan mejora.

Seguidamente, se demostró que el numeral 6, sobre la gestión de los recursos fue el ítem mejor calificado con una puntuación de 2.47 y una valoración de deficiente, ya que el personal de la clínica tiene claro lo correspondiente al Talento Humano como competencias y, sin embargo, no se evidencia conformidad en lo relacionado con infraestructura y ambiente de trabajo.

Por otra parte, en el numeral 8 de Medición, análisis y mejora, con una puntuación de 0.93 la peor evaluada de todo el Sistema con una valoración de de inadecuada, se encontró que no se tiene una metodología que permita identificar y hacer seguimiento a los errores cometidos en los procesos y si la hay no se encuentra evidencia de estos registros. Esta metodología debe establecerse pues es indispensable que una organización evalúe su desempeño.

Tabla 3 Valoración cuantitativa GP1000.

| Numeral | | Puntaje por elemento | | | | | | | | | | | | Interpretación | Puntaje por componente | Interpretación | Puntaje por subsistema | Interpretación | | | |
|----------------------------------|---|--|------|------|------|------|------|------|------|------|--|--|--|----------------|------------------------|----------------|------------------------|----------------|------|------------|------------|
| SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 4.1 Requisitos Generales | 1,88 | 1,25 | 1,13 | 1,38 | 1,88 | 1,63 | 1 | 1,63 | 1,88 | | | | | 1,52 | INADECUADO | 1,52 | INADECUADO | 1,32 | INADECUADO | |
| | 4.2 Gestión Documental | 4.2.1 Generalidades | 1,38 | 1,13 | 1,13 | 1,88 | 0,75 | | | | | | | | | 1,26 | INADECUADO | 1,11 | | | INADECUADO |
| | | 4.2.2 Manual de Calidad | 0,88 | 0,88 | 0,88 | 0,88 | | | | | | | | | | 0,88 | INADECUADO | | | | |
| | | 4.2.3 Control de Documentos | 0,88 | 1,13 | 0,75 | 0,75 | 0,75 | 0,75 | 0,75 | 1,75 | | | | | | 0,94 | INADECUADO | | | | |
| | | 4.2.4 Control de Registros | 1,25 | 1,13 | 1,63 | | | | | | | | | | | 1,34 | INADECUADO | | | | |
| Responsabilidad de la Dirección | 5.1 Compromiso de la Dirección | 2,75 | 1,5 | 1,38 | 1,75 | 2,38 | | | | | | | | | 1,96 | INADECUADO | 1,96 | INADECUADO | 1,83 | INADECUADO | |
| | 5.2 Enfoque hacia el cliente | 1,88 | 2,38 | 2,13 | 2,88 | | | | | | | | | | 2,32 | DEFICIENTE | 2,32 | DEFICIENTE | | | |
| | 5.3 Política de calidad | 2,25 | 2,75 | 1,88 | 1,38 | 1,5 | 1,5 | | | | | | | | 1,88 | INADECUADO | 1,88 | INADECUADO | | | |
| | 5.4 Planificación | 5.4.1 Objetivos de la calidad | 1 | 1 | 1 | 1,13 | 1,13 | | | | | | | | | 1,06 | INADECUADO | 0,95 | | | INADECUADO |
| | | 5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad | 0,75 | 0,88 | 0,88 | | | | | | | | | | | 0,84 | INADECUADO | | | | |
| | 5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación | 5.5.1 Responsabilidad y autoridad | 3,38 | 3,25 | | | | | | | | | | | | 3,32 | SATISFACTORIO | 2,51 | | | DEFICIENTE |
| | | 5.5.2 Representante de la dirección | 2,88 | 2,88 | 2,25 | 2,38 | 2,38 | | | | | | | | | 2,56 | DEFICIENTE | | | | |
| | | 5.5.3 Comunicación interna | 1,63 | | | | | | | | | | | | | 1,63 | INADECUADO | | | | |
| | 5.6 Revisión por la dirección | 5.6.1 Generalidades | 0,88 | 0,88 | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | 0,96 | INADECUADO | 1,34 | | | INADECUADO |
| | | 5.6.2 Información para la revisión | 2 | 2 | 1,38 | 1,5 | 1,5 | 1,38 | 1,5 | 1,63 | | | | | | 1,62 | INADECUADO | | | | |
| 5.6.3 Resultados de la revisión | | 1,38 | 1,38 | 1,5 | | | | | | | | | | | 1,42 | INADECUADO | | | | | |
| Gestión de los Recursos | 6.2 Talento Humano | 6.2.1 Generalidades | 4 | | | | | | | | | | | | 4 | ADECUADO | 3,38 | SATISFACTORIO | 2,47 | DEFICIENTE | |
| | | 6.2.2. Competencia, toma de conciencia y formación | 3,5 | 3 | 1,88 | 3 | 2,38 | | | | | | | | | 2,76 | | | | | DEFICIENTE |
| | 6.3 Infraestructura | 2 | 1,75 | 1,75 | | | | | | | | | | | 1,84 | INADECUADO | 1,84 | INADECUADO | | | |

| Numeral | | Puntaje por elemento | | | | | | | | | | | | Interpretación | Puntaje por componente | Interpretación | Puntaje por subsistema | Interpretación | | | |
|--|---|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---|----------------|------------------------|----------------|------------------------|----------------|------|------------|------------|
| | 6.4 Ambiente de trabajo | | 2,25 | 2,13 | | | | | | | | | | | 2,19 | DEFICIENTE | 2,19 | DEFICIENTE | | | |
| Realización del producto o prestación del servicio | 7.1 Planificación de la realización del producto o prestación del servicio. | | 1,5 | 1,88 | 1,5 | 1,38 | 1,88 | 1,13 | 1,25 | | | | | | 1,51 | INADECUADO | 1,51 | INADECUADO | 1,53 | INADECUADO | |
| | 7.2 Procesos relacionados con los clientes | 7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio. | | 1,5 | 1,5 | 2 | 1,88 | | | | | | | | | 1,72 | INADECUADO | 1,74 | | | INADECUADO |
| | | 7.2.2. Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio | | 1,25 | 1,25 | 1,25 | 1 | 0,88 | | | | | | | | 1,13 | INADECUADO | | | | |
| | | 7.2.3 Comunicación con los clientes | | 2,38 | 2,25 | 2,5 | 2,25 | | | | | | | | | 2,35 | DEFICIENTE | | | | |
| | 7.3 Diseño y desarrollo | 7.3.1 Planificación del diseño y desarrollo | | 1,5 | 1,38 | 1,25 | 1,25 | 1,38 | 1,38 | 1,25 | | | | | | 1,35 | INADECUADO | 0,88 | | | INADECUADO |
| | | 7.3.2 Elementos de entrada para el diseño y desarrollo | | 0,75 | 0,88 | 0,88 | 0,75 | 0,75 | 0,75 | 0,75 | | | | | | 0,79 | INADECUADO | | | | |
| | | 7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo | | 0,75 | 0,75 | 0,75 | 0,75 | 0,75 | 0,88 | | | | | | | 0,78 | INADECUADO | | | | |
| | | 7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo | | 0,88 | 0,88 | 0,75 | 0,75 | 0,75 | | | | | | | | 0,81 | INADECUADO | | | | |
| | | 7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo | | 1,13 | 0,75 | 0,75 | | | | | | | | | | 0,88 | INADECUADO | | | | |
| | | 7.3.6 Validación del diseño y desarrollo | | 0,75 | 0,75 | 0,75 | 0,75 | | | | | | | | | 0,75 | INADECUADO | | | | |
| | | 7.3.7 Control de cambios del diseño y desarrollo | | 0,75 | 0,75 | 0,75 | 0,75 | 0,75 | | | | | | | | 0,75 | INADECUADO | | | | |
| | 7.4 Adquisición de bienes y servicios | 7.4.1 Proceso de adquisición de bienes y servicios | | 2,75 | 2,25 | 2,75 | 2,63 | 2,75 | 1,63 | 1,25 | 3,5 | 2,88 | 3 | 3,5 | 0,5 | 2,45 | DEFICIENTE | 2,33 | | | DEFICIENTE |
| | | 7.4.2 Información para la adquisición de bienes y servicios | | 2,75 | 2,38 | 2,38 | 2,5 | | | | | | | | | 2,51 | DEFICIENTE | | | | |
| | | 7.4.3 Verificación de los productos y/o servicios adquiridos | | 2,38 | 1,63 | | | | | | | | | | | 2,01 | DEFICIENTE | | | | |
| 7.5 Producción y prestación del servicio | 7.5.1 Control de la Producción y prestación del servicio | | 1,5 | 1,5 | 1,25 | 1,13 | 1,13 | 0,88 | 0,88 | 1,13 | 0,88 | | | | 1,15 | INADECUADO | 1,18 | INADECUADO | | | |

| Numeral | | | Puntaje por elemento | | | | | | | | | | | | | Interpretación | Puntaje por componente | Interpretación | Puntaje por subsistema | Interpretación | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---|------|----------------|------------------------|----------------|------------------------|----------------|------------|------------|------------|------|------------|------------|------------|------------|
| | | 7.5.2 Validación de los procesos de la producción y la prestación del servicio | 1 | 0,88 | 0,88 | 0,88 | 0,88 | | | | | | | | | | | | 0,91 | INADECUADO | | | | | | | | |
| | | 7.5.3 Identificación y trazabilidad | 0,88 | 0,88 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | 0,92 | | | | | INADECUADO | | | |
| | | 7.5.4 Propiedad del cliente(bienes suministrados para su utilización o incorporación dentro del producto y/o servicio | 2 | 2 | 2 | 1,5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1,88 | INADECUADO | | |
| | | 7.5.5 Preservación del producto y/o servicio | 1,25 | 1,25 | 0,88 | 0,88 | 0,88 | 0,88 | 1 | 1,25 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0,88 | 0,88 | | | | | | | | | 1,01 | INADECUADO | | |
| Medición, análisis y mejora | 8.1 Generalidades | | 1 | 0,63 | 1 | 1 | 1 | 0,63 | | | | | | | | | | | | 0,88 | INADECUADO | 0,88 | INADECUADO | 0,93 | INADECUADO | | | |
| | 8.2 Seguimiento y medición | 8.2.1 Satisfacción al cliente | 1,75 | 1,75 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1,75 | INADECUADO | 1,1 | | | INADECUADO | | |
| | | 8.2.2 Auditoría interna (de calidad) | 1,13 | 0,63 | 0,75 | 0,75 | 0,75 | 0,75 | 0,75 | 1,13 | 1,13 | 1,13 | 1,25 | | | | | | | | 0,93 | INADECUADO | | | | | | |
| | | 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos | 0,75 | 0,63 | 0,63 | 0,63 | 0,63 | | | | | | | | | | | | | | | 0,66 | | | | | INADECUADO | |
| | | 8.2.4 Seguimiento y medición del producto y/o servicio | 1,38 | 1,38 | 1,25 | 1 | 0,75 | 0,75 | 0,75 | | | | | | | | | | | | | 1,04 | | | | | INADECUADO | |
| | 8.3 Control de producto y/o servicio no conforme | | 0,63 | 0,63 | 0,63 | 0,75 | 0,63 | 0,63 | 0,63 | 0,63 | | | | | | | | | | | | 0,65 | INADECUADO | | | 0,65 | INADECUADO | |
| | 8.4 Análisis de datos | | 0,88 | 1 | 0,88 | 0,88 | 0,88 | 0,88 | 0,88 | 1 | | | | | | | | | | | | 0,91 | INADECUADO | | | 0,91 | INADECUADO | |
| | 8.5 Mejora | 8.5.1 Mejora continua | | 1,25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1,25 | INADECUADO | | | 1,11 | INADECUADO | |
| | | 8.5.2 Acciones correctivas | | 1,38 | 1,5 | 0,75 | 1,13 | | | | | | | | | | | | | | | | 1,19 | | | | | INADECUADO |
| | | 8.5.3 Acciones preventivas | | 0,88 | 1 | 0,88 | 0,88 | 0,75 | | | | | | | | | | | | | | | 0,88 | | | | | INADECUADO |

Fuente: Autores del proyecto

Tabla 4 Valoración cuantitativa GP1000 (Resumen).

| | Puntaje por subsistema | Interpretación | Puntaje del Sistema | Interpretación |
|--|------------------------|----------------|---------------------|----------------|
| Sistema de Gestión de la Calidad | 1,32 | INADECUADO | 1,62 | INADECUADO |
| Responsabilidad de la Dirección | 1,83 | INADECUADO | | |
| Gestión de los Recursos | 2,47 | DEFICIENTE | | |
| Realización del producto o prestación del servicio | 1,53 | INADECUADO | | |
| Medición, análisis y mejora | 0,93 | INADECUADO | | |

Fuente: Autores del proyecto

4.5.4 Análisis DOFA

Se realizó el análisis DOFA (ver Tabla 5), el cual establece una topología de estrategias a seguir, para formular una directriz mediante el estudio y análisis de las oportunidades y amenazas del entorno y las fortalezas y debilidades de la empresa. Se contó con la participación del tutor empresa Javier García Gélvez y los estudiantes UIS. Los resultados se muestran en el diseño de estrategias.

Tabla 5 Matriz DOFA

| ENTORNO | |
|---|---|
| OPORTUNIDADES | AMENAZAS |
| <p>O1. La promulgación por el departamento administrativo de la función pública del nuevo MECI 1000:2005 el cual es compatible con la NTC GP 1000:2004.</p> <p>O2. Los decretos reglamentarios de la ley 909 de 2004 sobre empleo público, han adoptado un modelo de competencias que es compatible con los requisitos sobre gestión del talento humano de la NTC GP 1000:2004.</p> <p>O3. El Sistema obligatorio de garantía de calidad en la atención de los servicios de salud implementado con el decreto 1011 de 2006.</p> | <p>A1. Los plazos perentorios establecidos por la ley, para la implementación del nuevo MECI 1000:2005 (decreto 1599 de 2005) y la norma técnica de calidad en la gestión pública NTC GP 1000:2004 (ley 872 de 2003), que obligan a presentar resultados de su implementación.</p> <p>A2. La movilidad en los cuadros directivos de la E.S.E. Clínica Guane, puede significar cambios en la metodología de trabajo en las áreas funcionales, así mismo en las tareas y responsabilidades de los funcionarios lo cual podría afectar la normalización de los procesos.</p> |

| ENTORNO | |
|--|---|
| OPORTUNIDADES | AMENAZAS |
| <p>O4. Anexo Técnico 1: Manual Único de Estándares y de Verificación. Resolución 1043 de 2006</p> <p>O5. Anexo Técnico 2: Manual Único de Procedimientos de Habilitación.</p> <p>O6. Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares.</p> <p>O7. Resolución 1995 de 1999 y Resolución 1715 de 2005 “normas para el manejo de la historia clínica”.</p> <p>O8. Manual de Conductas de Bioseguridad</p> <p>O9. Manual de Procedimientos para Mantenimiento de Equipos Médicos</p> <p>O10. Reglamento Interno de Trabajo</p> | <p>A3. La posible movilidad de funcionarios con amplia experiencia, como resultado de la aplicación de los procesos de selección que contempla la nueva normatividad sobre el empleo público. Esto puede ocasionar pérdida del conocimiento organizacional y de los procesos.</p> <p>A4. Cambios en la normatividad, por ejemplo en la contratación pública, que podrían afectar los procedimientos que se elaboren en los procesos del Sistema de gestión de calidad.</p> |
| INTERIOR | |
| FORTALEZAS | DEBILIDADES |
| <p>F1. La declaración manifiesta del alcalde, secretarios de despacho y gerentes de entes descentralizados de implementar el SGC.</p> <p>F2. El proyecto de certificación del SGC está contemplado dentro del Plan de Desarrollo del municipio de Floridablanca como un objetivo específico definido en la ley 872 de 2003.</p> <p>F3. La disposición del gobierno nacional que tiene como objetivo fundamental la renovación de la administración pública, la construcción de un estado comunitario en una nueva cultura de gestión de lo público.</p> <p>F4. El apoyo del estado a través del DAFP en el establecimiento de modelos de gestión pública y la construcción de herramientas para la aplicación de esos modelos.</p> <p>F5. La implementación del MECI 1000:2005 permite adoptar modelos contemplados en la NTC GP 1000:2004.</p> <p>F6. En el marco de actividades ejecutadas para dar cumplimiento al Decreto 1599 de 2005, los funcionarios han levantado procesos y procedimientos con el acompañamiento de los agentes de cambio.</p> <p>F7. La identificación de los procesos de la E.S.E. Clínica Guane dentro del mapa operativo de la entidad.</p> <p>F8. La gestión realizada por grupos específicos de trabajo.</p> <p>F9. El Plan de Desarrollo del municipio de Floridablanca “Modernidad con Desarrollo Social”.</p> <p>F10. La receptividad de los funcionarios de la E.S.E. Clínica Guane en la reunión de socialización del SGC bajo la NCT GP 1000:2004.</p> | <p>D1. No están claramente identificados, formalizados e implementados los mecanismos de interacción dentro de un enfoque de gestión por procesos las áreas funcionales de la E.S.E. Clínica Guane.</p> <p>D2. El seguimiento y medición de los procesos no obedece a directrices y metodologías unificadas de manera corporativa y no incluye todos los componentes de eficiencia eficacia y efectividad requeridos por la NTC GP 1000:2004</p> <p>D3. No se hace medición sistemática de la satisfacción de los clientes ni se ha implementado una metodología centralizada para el manejo de las peticiones, quejas y reclamos de los clientes.</p> <p>D4. Se han utilizado diferentes esquemas para la documentación de procesos y procedimientos y muchos de ellos ya no dan cuenta de las actividades que pretenden describir porque fueron elaborados y están pendientes de una nueva revisión, actualización y presentación al comité de calidad para su aprobación.</p> <p>D5. Corporativamente no se han elaborado ninguno de los SEIS procedimientos exigidos dentro de la NTC GP 1000:2004.</p> |

Fuente: Autores del proyecto.

Planteamiento de estrategias

E1. Asegurar la participación de la Alta Dirección y Jefes de Áreas en los puntos clave del proyecto: capacitación y validación de las políticas y objetivos de calidad, plan de acción para los objetivos, mapa de procesos, caracterización de procesos, auditorías internas de calidad, revisión por la dirección y mejora continua.

E2. A partir del mapa de procesos de la E.S.E. Clínica Guane hacer la validación y revisión de los procesos dentro del marco del SGC.

E3. Articular el diseño del SGC y el MECI.

E4. Diseñar la caracterización de los procesos, que incluya la identificación de la interacción entre ellos (entradas y salidas), las actividades, los mecanismos de control, los mecanismos de seguimiento y medición y los recursos necesarios para llevarlos a cabo, así como los riesgos, su valoración y tratamiento.

E5. Diseñar una estructura documental para la caracterización de los procesos, y la edición de los procedimientos, instructivos y formatos que se vayan a elaborar en el SGC y para la revisión y ajuste de los existentes.

E6. Involucrar en la elaboración y ajuste de la documentación del SGC, a los ejecutores de las actividades de los procesos, a través de los equipos de mejoramiento continuo de cada proceso.

E7. Coordinar con la oficina de comunicaciones e imagen corporativa la divulgación de los mensajes relativos al proyecto de implementación del SGC (política y objetivos de calidad, mapa de procesos, responsabilidades, documentación del Sistema, resultados del seguimiento y medición, resultados de las auditorías entre otros).

E8. Desplegar la capacitación tanto como sea posible al mayor número de funcionarios valiéndose para ello de los diferentes estamentos privados y oficiales, además con el apoyo de los agentes de cambio incorporados en la E.S.E. Clínica Guane.

E9. Aplicar El Anexo Técnico N°.1 para verificar el cumplimiento de los estándares requeridos para el proceso de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía en la Calidad de la Salud.

E10. Sensibilización y motivación a todos los funcionarios (gerente, jefes de área, médicos, auxiliares, líderes de programa, odontólogos, servicios generales, fisioterapeutas, conductores, recepcionistas, cajeros, personal de seguridad, mantenimiento, asistentes de oficina, bacteriólogos) para que se involucren y participen del SGC.

Factores esenciales de éxito

A continuación del planteamiento de estrategias, el equipo identificó cuáles son los factores prioritarios sobre los que la organización debe orientar esfuerzos para con ello lograr los proyectos propuestos.

- Definir una estrategia corporativa para abordar el cumplimiento de las disposiciones de la ley general de archivos y sus resoluciones reglamentarias en toda LA E.S.E. Clínica Guane. En especial lo relacionado con el registro en medios magnéticos.
- Estandarizar los procesos de contratación e interventoría, con el objeto de asegurar que estos se lleven a cabo de la misma manera, con independencia del organismo o funcionario que la efectúa.

- Asegurar el control sobre los dispositivos de seguimiento y medición, mediante la identificación, almacenamiento, preservación y calibración, o verificación de los mismos.
- Diseñar, validar e implementar mecanismos de medición del impacto (efectividad) de la gestión de la E.S.E. Clínica Guane.
- Diseñar mecanismos que permitan la participación y compromiso de los líderes de procesos y agentes de cambio.
- Articulación del SGC con el MECI y el Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.
- Considerar a los agentes de cambio como un equipo de alto desempeño.

4.5.5 Validación del informe de diagnóstico

La socialización del informe preliminar de diagnóstico se llevo a cabo ante cada uno de los jefes de cada área funcional responsables de las actividades, quienes son la Gerencia, Subdirección Administrativa y Financiera, Subdirección Científica, Control Interno, Jurídica, Presupuesto, Almacén y Tesorería de la entidad con el fin de precisar detalles o aclarar inquietudes.

A partir de los resultados de las reuniones de socialización, se realizan los cambios y ajustes pertinentes del documento y se hace entrega del informe de diagnóstico validado al Dr. Edilberto Sarmiento Cuadros, Subdirector Científico de la entidad, pues es quien fue designado como representante de la dirección para el proceso.

4.5.6 Contenido del informe

- Conocimiento de las diferencias existentes entre lo que tiene la entidad y lo que debería tener frente a los requisitos de la norma NTC GP 1000:2004.
- Correlación entre los numerales afines de la NTC GP 1000:2004 y el MECI.

- Factores Claves de Éxito: Corresponde a los aspectos que pueden facilitar o dificultar la implementación del SGC, matriz DOFA.
- Recomendaciones para el diseño, implementación y verificación del SGC.

5. DISEÑO Y PLANIFICACIÓN

En éste capítulo se definieron aspectos tales como el Equipo de Trabajo, el cronograma de actividades o plan de trabajo, la nueva estructura de la Política de Calidad, los Objetivos de Calidad definidos para el Sistema Ajustado, el mapa de procesos, Alcance del Sistema y el diseño de los indicadores de gestión.

5.1. OBJETIVO DEL DISEÑO Y PLANIFICACIÓN

El objetivo de la planificación del SGC es la determinación de directrices que representen a la organización y su compromiso con sus clientes y/o usuarios, por medio del ofrecimiento de un servicio de alta calidad que ofrezca un alto grado de cumplimiento y satisfacción.

5.2 METODOLOGÍA

Para la planificación del SGC se definió la política, objetivo de calidad e indicadores de calidad, la determinación del mapa de procesos, el representante por la dirección y el comité de calidad con sus diferentes asignaciones de responsabilidades de la E.S.E. Clínica Guane.

5.3 RESPONSABLES¹²

5.3.1 Conformación del Equipo de Trabajo

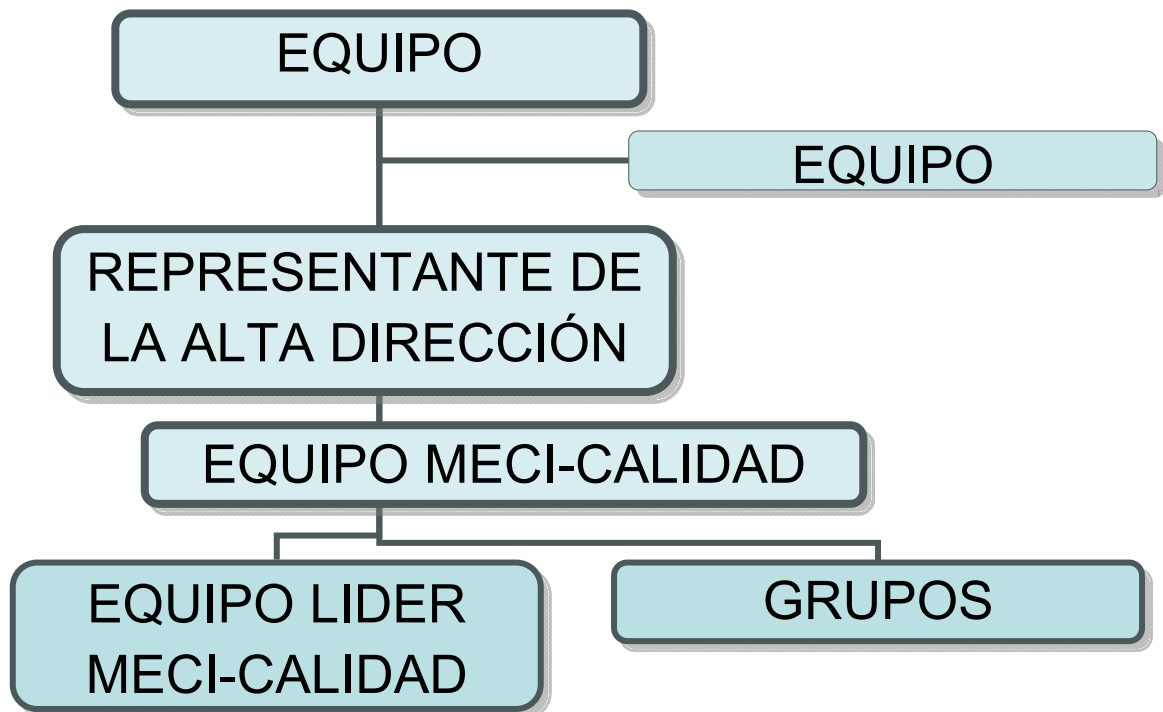
Con el objetivo de determinar responsabilidades y crear conciencia entre los funcionarios sobre la importancia de la implementación de un Sistema al interior de la E.S.E. Clínica Guane que permita un mejoramiento en sus procesos y en la prestación de sus servicios, se creó un grupo de trabajo con funciones de apoyo

¹² Resolución N° 0064 de 2008 de la E.S.E. Clínica Guane (ver **Anexo 6**)

en el establecimiento, ejecución y seguimiento de las actividades relacionadas tanto del SGC como del MECI de la Entidad.

El equipo de trabajo está conformado por el Gerente, el personal de planta, el Representante de la Alta Dirección y el Comité de Calidad. Dentro de sus responsabilidades incluye el manejo de la información y la determinación de los recursos necesarios, suficientes y pertinentes que aseguren la implementación, mantenimiento, seguimiento, mejora continua y modernización del SGC. En la figura 7, se muestra la estructura organizacional del Equipo MECI–calidad, constituido mediante la Resolución N° 0064 de 2008 donde se modificó la estructura para el diseño, implementación armonizada y mantenimiento del Modelo de Control Interno, definida en el Artículo primero de la Resolución 0060 del 21 de Agosto del 2008 de la siguiente manera:

Figura 7 Organigrama del Equipo MECI – CALIDAD



Fuente: Autores del proyecto.

5.3.2 Designación Equipo Directivo

Mediante la Resolución N° 0064 de 2008 se modificó la estructura y funciones del comité de coordinación de control interno, reconocido como Equipo Directivo, definidas en el Artículo Segundo, inciso a), de la Resolución 0060 de Agosto del 2008 de la siguiente manera:

- ***Integrantes del Equipo directivo MECI-Calidad***
 - Gerente
 - Subdirector Administrativo y Financiero
 - Subdirector Científico
 - Tesorero
 - Jefe de oficina Planeación y Presupuesto
 - Jefe oficina Jurídica
 - Jefe de Almacén
 - Jefe Oficina de Control Interno (invitado-Secretaria del comité)

- ***Funciones del Equipo directivo MECI-Calidad (Véase Anexo 6)***

5.3.3 Designación del Representante de la Alta Dirección

Se designó como Representante de la Dirección, al Subdirector Administrativo y financiera, quien tendrá la competencia para garantizar la operacionalización de las acciones necesarias al desarrollo, implementación y mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno bajo el Modelo Estándar de Control Interno 1000:2005, y el SGC, bajo la Norma Técnica de calidad NTC GP1000:2004.

- ***Funciones del Representante de la Alta Dirección (Véase Anexo 6)***

5.3.4 Designación Equipo Líder MECI CALIDAD

Mediante la Resolución N° 0064 de 2008 se modificó la Denominación, Estructura y las Funciones definidas en el Artículo Segundo, inciso b), de la Resolución 0080 de Agosto de 2008 para el Equipo Líder MECI, de manera que la conformación y responsabilidades del mismo obedezca a las acciones necesarias para garantizar el desarrollo técnico de los instrumentos, documentos y métodos de control requeridos por el SGC y el MECI.

- ***Integrantes del Equipo líder MECI-Calidad***

- Coordinador(a) de Enfermería
- Odontólogo de Promoción y Prevención
- Enfermero(a) Jefe
- Jefe de Archivo
- Subdirector Administrativo y Financiero
- Jefe de Mantenimiento
- Técnico de Saneamiento
- Coordinador(a) de Historias Clínicas

- ***Funciones del Equipo líder MECI-Calidad*** (Véase Anexo 6)

5.3.5 Designación de Grupos Primarios MECI CALIDAD

Mediante la Resolución N° 0064 de 2008 modifíco la Denominación, Estructura y las Funciones definidas en el Artículo Segundo, inciso d), de la Resolución 0060 de Agosto de 2003 para el Equipo Apoyo MECI, de manera que la conformación y responsabilidades del mismo obedezca a las acciones necesarias para garantizar el apoyo en desarrollo técnico de los instrumentos, documentos y métodos de

control requeridos por el SGC y el MECI, así como el cumplimiento de su efectiva implementación

- ***Integrantes de Grupos Primarios MECI-Calidad***

- Líderes de Procesos
- Personal delegado

- ***Funciones de Grupos Primarios MECI-Calidad (Véase Anexo 6)***

5.3.6 Designación del Grupo Evaluador MECI CALIDAD

Establecer las Funciones del Equipo Evaluado como grupo orientado a garantizar la evaluación independiente y objetiva del desarrollo, implementación, mantenimiento y mejoramiento continuo del MECI y el SGC, de la siguiente manera

- ***Funciones del Grupo Evaluador MECI-Calidad (Véase Anexo 6)***

5.4 PLAN DE TRABAJO (CRONOGRAMA)

Como parte de la planificación del Sistema de Gestión de Calidad, se elaboró un Plan Detallado de Trabajo para el año 2009-10 en el cual se evidencia cada una de las etapas contempladas en la metodología de implementación del SGC de la E.S.E. Clínica Guane. La Tabla 6, muestra claramente los tiempos en que se realizaron dichas etapas al interior de la E.S.E. Clínica Guane.

5.5 ALCANCE Y EXCLUSIONES

El alcance del Sistema de Gestión de la Calidad corresponde a “Los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación de la E.S.E Clínica Guane”.

Tabla 6 Plan de Trabajo de la E.S.E. Clínica Guane

| E.S.E CLÍNICA GUANE 2009-2010 | | | | | | |
|---------------------------------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-------|
| ACTIVIDADES | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | ENERO |
| DIAGNÓSTICO | | | | | | |
| DISEÑO Y PLANIFICACIÓN | | | | | | |
| SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN | | | | | | |
| DOCUMENTACIÓN | | | | | | |
| IMPLEMENTACIÓN | | | | | | |
| EVALUACIÓN | | | | | | |
| RETROALIMENTACIÓN Y MEJORA | | | | | | |
| REUNIONES DIRECCIÓN DE PROYECTO | | | | | | |

Fuente: Autores del proyecto.

Teniendo en cuenta las características propias del la ESE CLINICA GUANE Y SU RIS, los siguientes apartados del capítulo 7 de la norma NTC GP 1000:2004 han sido excluidos:

- Numeral 7.3 Diseño y desarrollo
- Numeral 7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio.

Ya que no presenta diseño y producción de un producto, porque es una entidad prestadora de servicios de salud.

5.6 POLÍTICA DE CALIDAD

5.6.1 Renovación de la Política de Calidad

La renovación de la política de calidad fue realizada por el representante de la Alta Dirección para el Sistema de Gestión de la Calidad junto a los auxiliares de Calidad y fue socializada con todos los funcionarios de la Administración Departamental a fin de evaluar su idoneidad.

La política de Calidad se determinó de la siguiente manera: “La E.S.E. Clínica Guane Planifica, dirige y promueve el Desarrollo Económico, Social, Cultural y Ambiental del departamento, actuando con sentido de pertenencia con procesos desarrollados bajo criterios de eficacia, eficiencia y efectividad, orientada a la satisfacción de nuestros clientes y bajo una cultura de mejoramiento continuo, genera competitividad institucional permitiendo fortalecer la imagen de la entidad.

5.6.2 Definición de los Objetivos de Calidad

Los objetivos de Calidad demuestran los resultados que se quieren lograr dando cumplimiento a las directrices establecidas en la política de calidad. Éstos objetivos se definieron teniendo en cuenta los requisitos de la norma en cuanto a que sean medibles y coherentes con la política de calidad y además que vinculados a la misión de la Organización.

El despliegue estratégico de la E.S.E. Clínica Guane en relación con el SGC se muestra en la Tabla 7, en la cual se ve claramente la relación entre los objetivos de calidad y las directrices que conforman la política de Calidad.

Tanto para la definición de la política como de los objetivos de Calidad fue de gran ayuda lo establecido en la entidad para el Sistema de Gestión de Calidad bajo la NTC GP1000:2004, pues se le dio un nuevo enfoque al Sistema en el cual se hacía énfasis en los recursos asignados para alcanzar los resultados planificados y el impacto que tendrían estos en la entidad.

Tabla 7 Objetivos de Calidad

| DIRECTRICES DE CALIDAD | OBJETIVOS DE CALIDAD |
|---|---|
| Prestar los mejores servicios médicos y paramédicos. | Mejorar los procesos misionales con el fin de atender las necesidades de los usuarios, con la mayor eficacia posible, optimizando los recursos disponibles. |
| Satisfacer oportunamente las necesidades y expectativas de sus usuarios. | Garantizar la pertinencia medica en el tratamiento de la salud de nuestros usuarios. |
| Contar con personal científico calificado, tecnología e infraestructura adecuada. | Garantizar la competencia del personal mediante el desarrollo y evaluación de programas de capacitación. |
| Desarrollar procesos de mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de la Calidad. | Diseñar e implementar programas de mejoramiento continuo, con el fin de fomentar la cultura proactiva en el talento humano de la clínica. |
| Cumplir los principios de eficiencia, transparencia, responsabilidad e imparcialidad. | Diseñar e implementar un programa de sensibilización para la generación de la cultura del autocontrol y autogestión en los servidores públicos. |
| Garantizar la participación comunitaria en las acciones administrativas. | Establecer estrategias de comunicación que permitan la retroalimentación de información de los procesos misionales y de apoyo entre la ESE y la comunidad. |

Fuente: Documentos del SGC de la E.S.E. Clínica Guane

5.7 MAPA DE PROCESOS

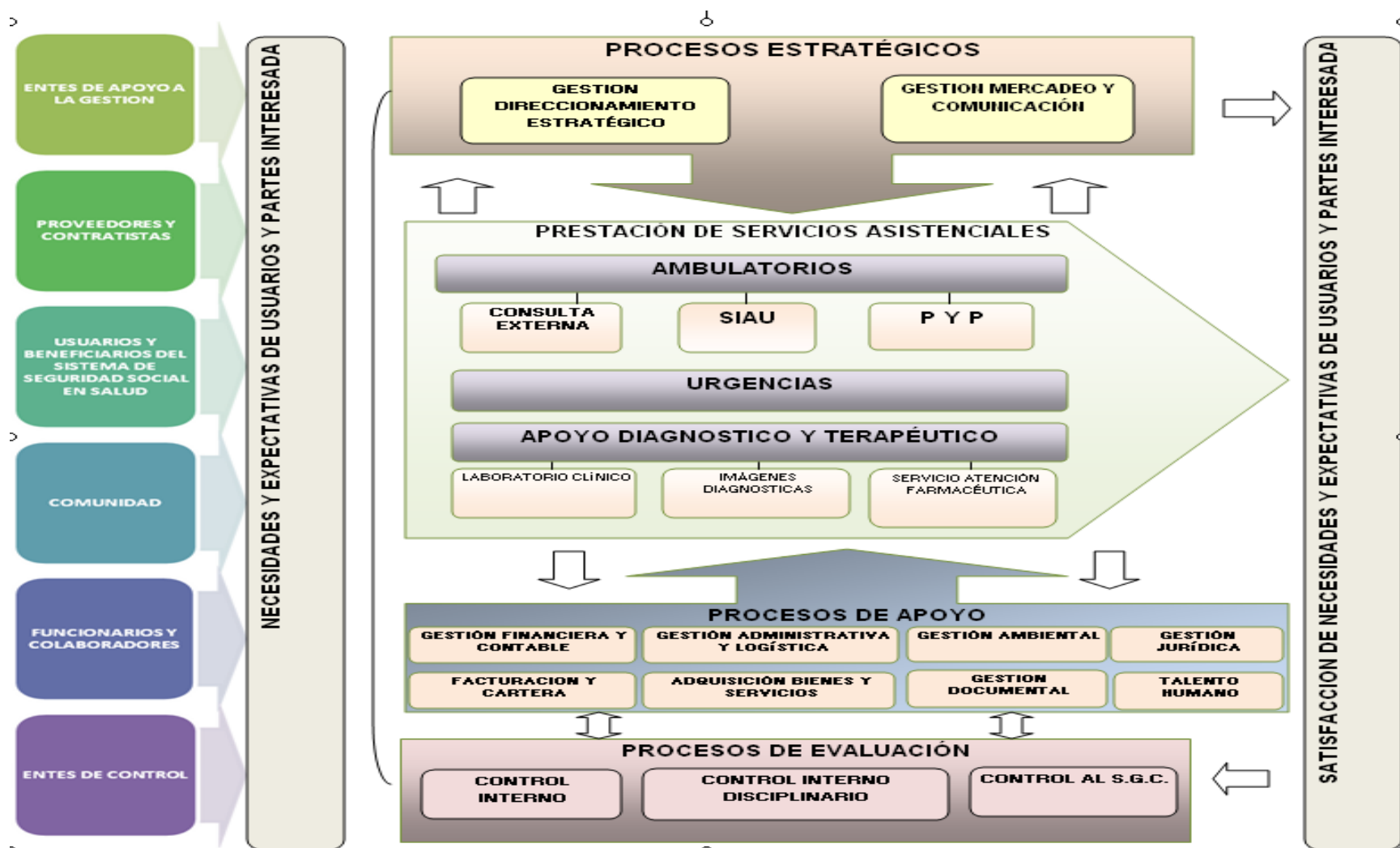
Para la construcción del Mapa de Procesos se tuvo en cuenta el concepto de “enfoque basado en procesos” como lo establece la norma NTC GP1000:2004 en los principios de gestión de la calidad para el sector público y otras entidades prestadoras de servicios de salud, con el fin de lograr la satisfacción de las necesidades de los clientes y así alcanzar el mejoramiento continuo al interior de la entidad.

Los procesos fueron agrupados de la siguiente manera:

- **Procesos Asistenciales:** Son los encargados de dar cumplimiento a la misión Institucional mediante actividades que influyen directamente sobre la satisfacción de las necesidades del cliente o usuario.
- **Procesos Estratégicos:** Son los que proporcionan directrices a los demás procesos y son realizados por la dirección. Estos procesos están relacionados con la elaboración, socialización y adopción de estrategias administrativas que permitan al logro de la misión de la Institución.
- **Procesos de Apoyo:** Son el conjunto de procesos encargados de dar soporte en la realización de las actividades de los procesos misionales de la Gobernación.
- **Procesos de Evaluación:** Son los encargados de medir y analizar el impacto y la efectividad de una política o estrategia implementada mediante actividades de control y evaluación que permiten estimar el desempeño del SGC.

En la figura 8, se muestra el nuevo Mapa de Procesos de la entidad.

Figura 8 Mapa de Procesos E.S.E Clínica Guane



Fuente: Documentos del SGC de la E.S.E. Clínica Guane

5.7.1 Procesos estratégicos

Gestión Direccionamiento Estratégico: Es el conjunto de procesos que orientan a la E.S.E hacia el futuro, a través del direccionamiento que alinea los esfuerzos y logra la solidaridad de todas las dependencias hacia el logro de los objetivos trazados.

Gestión Mercadeo y Comunicación: Es el conjunto de procesos que permiten establecer vínculos de comunicación con los usuarios de la ESE.

5.7.2 Procesos misionales

Consulta externa: Proporcionar atención médica integral, efectiva oportuna, segura y satisfactoria a pacientes ambulatorios.

SIAU: Garantizar solución o respuesta oportuna, eficiente y eficaz a las necesidades del usuario con respecto a solicitud de servicios, información, peticiones, quejas o reclamos, de interés general o particular y medir la satisfacción del usuario, contribuyendo a apoyar y fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud que presta la ESE CLINICA GUANE Y SU RIS en concordancia con su misión, dando cumplimiento a los requisitos del cliente, de ley y de la institución, con un tiempo de respuesta no superior a 15 días a las peticiones, quejas y reclamos.

Promoción y Prevención: Prestar servicios de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, fomentando el auto cuidado y la detección oportuna de los signos de alarma como mecanismo en el mejoramiento del estado de salud de los usuarios, su entorno familiar y comunitario, mediante la adherencia a los programas que permita el cumplimiento adecuado de las metas definidas, de conformidad con los requisitos de Ley, del cliente y de la ESE CLINICA GUANE.

Urgencias: Permiten brindar una atención inmediata a los usuarios que lo requieran.

Laboratorio Clínico: Proporcionar servicios de apoyo para el diagnóstico médico con atención personalizada de médicos especializados en medicina de laboratorio en constante actualización académica y por profesionales tecnólogos de amplia experiencia.

Imágenes Diagnosticas: Visualiza mediante rayos x o radiografías situaciones medicas no detectables al ojo y tacto del médico.

Farmacia: Proporciona los medicamentos acorde a la sintomatología de cada usuario.

5.7.3 Procesos de apoyo

Gestión Administrativa y Logística: Suministra los elementos necesarios a los funcionarios de la ESE CLINICA GUANE Y SU RIS y asegura el mantenimiento de los mismos, para facilitar la prestación efectiva de los servicios y contribuye al fortalecimiento de las capacidades, habilidades, destrezas, conocimientos y competencias del recurso humano de la Entidad.

Gestión Financiera y Contable: Establece las directrices para el manejo de la información financiera y contable que le garantice a los usuarios internos y externos confiabilidad en los reportes.

Gestión Jurídica: Garantiza el cumplimiento de los mandatos legales Nacionales, Departamentales y municipales en todos sus actos.

Talento Humano: Proporciona los recursos humanos a la ESE y asegura vinculación dentro del contexto legal.

Facturación y Cartera: Gestionan los recursos contratados a las EPS-S para sufragar los gastos generados por la ESE.

Gestión Documental: Proporciona las herramientas necesarias bajo la normatividad legal para el manejo, utilización y disposición final de los documentos de la institución.

Adquisición de Bienes y Servicios: Se encarga de comprar los bienes físicos y de garantizar su oportuna disposición, además de

Gestión Ambiental: Formula las acciones y estrategias encaminadas a la prevención, mitigación, compensación y corrección de los efectos negativos que puedan causarse por el manejo indebido de los residuos hospitalarios.

5.7.4 Procesos de evaluación

Control al S.G.C.: Asegurar la implementación y funcionamiento del SGC y la mejora continua, a través de la planificación, implementación, verificación y acción en los procesos de la organización, buscando satisfacer al cliente y cumplir los requisitos pertinentes a la institución.

Control Interno: Controlar y evaluar que todos los procesos se lleven de acuerdo a lo planificado y se cumplan los deberes funcionales

Control Interno Disciplinario: encargada de conocer y de fallar, en primera instancia, todos los procesos disciplinarios que se adelanten contra sus servidores y ex servidores públicos.

5.8 CARACTERIZACIONES

El manual de procesos u procedimientos se realizo de acuerdo con las siguientes fases de trabajo:

5.8.1 Primera Fase: Sesiones de Retroalimentación, Seguimiento y Evaluación.

El objeto de estas sesiones fue dar a conocer a los empleados de cada área funcional, el procedimiento y las actividades que se ejecutan en el desarrollo del mismo, así como recoger sugerencias y propuestas de ajuste para el proceso respectivo. Como resultado de estas sesiones, se realizaron modificaciones importantes, las cuales fueron incluidas en este Manual de Procesos y Procedimientos.

5.8.2 Segunda Fase: Ajustes y Validación

En esta fase se analizaron las propuestas de modificación sugeridas por los funcionarios y por el Equipo MECI – CALIDAD en las jornadas de retroalimentación, se realizaron y validaron los cambios pertinentes a los procedimientos, para su correspondiente implementación. Como parte del mejoramiento continuo de los Procesos y Procedimientos, se estudiaron, analizaron y establecieron en conjunto con las dependencias de la ESE CLINICA GUANE Y SU RIS, que intervienen en cada uno de ellos, los cambios de cada actividad o fase desarrollada, lo cual permitirá, tanto a los responsables como a los usuarios, evaluar y controlar su ejecución, facilitando de esta forma, evaluar las responsabilidades, en su seguimiento, como tarea de la oficina de Control Interno.

5.8.3 Tercera Fase: Jornadas de Socialización

Se realizaron jornadas de Socialización, (Ver figura 9) en las cuales se presentaron los diferentes diagramas de flujo de los procesos con su simbología (Ver **anexo 7**), formalizados en norma interna, los cuales sufrieran las modificaciones inherentes al cambio de estructura orgánica para la vigencia 2010.

Figura 9 Socialización Caracterización procesos



Fuente: Autores del proyecto.

5.8.4 Elementos contenidos en una caracterización de procesos

La caracterización reúne todo aquello que hace parte del proceso, como se describe a continuación y realizado con un formato para caracterizar procesos (Ver **Anexo 8**). Los procesos caracterizados y sus respectivas codificaciones caracterizaciones se muestran en la Tabla 8.

Objetivo:Cuál es el propósito del proceso, qué pretende alcanzar o cumplir para contribuir con el SGC.

Responsable: El cargo de la persona que lidera el proceso, su figura en el SGC es conocida como el dueño del proceso.

Participantes: Cargos de los colaboradores del proceso.

Entradas: Aquello que recibe el proceso para operar correctamente, como información, recursos, etc.

Actividades: Las actividades están organizadas según el ciclo PHVA, primero se definen las actividades que son propias del planear del proceso, después se definen las actividades que son propias del hacer, luego la forma en que se verifica la conformidad de las acciones del proceso y por último actividades del actuar, que contribuyan al proceso de mejora continua.

Salidas: Son los resultados obtenidos en el proceso, como información, productos o servicios.

Usuarios: A quien van dirigidos los resultados del proceso, pueden ser los asociados y clientes, otros procesos, entidades, etc.

Recursos: Es todo aquello que requiere el proceso para poder desarrollar a cabalidad todas sus actividades, dentro de estos recursos esta el talento humano, los muebles, equipos de oficinas, software etc.

Requisitos: Hace referencia a los requisitos legales, como son los reglamentos internos, normas, leyes, resoluciones o decretos que rigen cada proceso.

Documentación: Son todos los documentos que pertenecen al proceso en mención, como guías, procedimientos, manuales, etc.

Registros: Son los registros que se manejan en el proceso, que sirven como evidencia de sus operaciones.

Seguimiento y monitoreo: Son aquellas herramientas o actividades que permiten hacer seguimiento de la eficacia del proceso.

Medición: Son aquellos indicadores que miden la gestión del proceso.

Competencias, habilidades y entrenamiento: Son aquellas competencias y habilidades con las que debe contar el personal que desempeñe las actividades que están relacionadas en la caracterización.

Glosario: Aquellos términos desconocidos o de carácter técnico que necesite ser referenciado.

Control de cambios: Cuadro donde se registran las versiones actuales y cuál ha sido el cambio realizado de su versión pasada.

5.9 INDICADORES (MANUAL DE INDICADORES)

Se intento con este manual hacer un aporte al desarrollo del ejercicio del Control de la Gestión en la ESE Clínica Guane y su RIS, convirtiéndose en un instrumento que suministre a la alta gerencia información oportuna, veraz y objetiva que sirva como una herramienta para ejercer el control y el proceso de retroalimentación comparándose frente a sus resultados en busca de una mejor y optima proyección gerencial. De otra parte, en armonía con la Ley 872 de 2003 y del Decreto 4110 de 2004, las entidades deberán diseñar indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad:

Los indicadores de Eficiencia establecen la relación entre los costos de los insumos y los productos de proceso; determinan la productividad con la cual se administran los recursos, para la obtención de los resultados del proceso y el cumplimiento de los objetivos; los de Eficacia: miden el grado de cumplimiento de los objetivos definidos en el Modelo de Operación y los de Efectividad o impacto miden la satisfacción de las necesidades de la ciudadanía o partes interesadas.

Tabla 8 Resumen de procesos

| DESCRIPCIÓN | CODIGO |
|---|-----------|
| PROCESOS ESTRATÉGICOS | |
| GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y LOGÍSTICA | |
| GESTIÓN ESTRATÉGICA | FDE - 001 |
| COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL | FCI - 001 |
| COMUNICACIÓN Y MERCADEO | |
| GESTIÓN DE COMUNICACIÓN Y MERCADEO | FCM - 001 |
| PROCESOS ASISTENCIALES O MISIONALES | |
| SERVICIOS ASISTENCIALES AMBULATORIOS | |
| ATENCION AL USUARIO | FUS - 001 |
| COORDINACION DE P Y P | FPP - 001 |
| CONSULTA EXTERNA | FCE - 001 |
| URGENCIAS | |
| ATENCIÓN DE URGENCIAS | FUR - 001 |
| APOYO DIAGNÓSTICOS | |
| LABORATORIO CLINICO | FLC - 001 |
| IMAGINES DIAGNOSTICAS | FID - 001 |
| FARMACIA | FFR - 001 |
| PROCESOS DE APOYO | |
| GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y LOGÍSTICA | |
| ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS | FBS - 001 |
| GESTION AMBIENTAL | FGA - 001 |
| DOCUMENTACION Y ARCHIVO | FDA - 001 |
| MANTENIMIENTO Y SOPORTE | FMS - 001 |
| ALMACENAMIENTO | FAL - 001 |
| SERVICIOS GENERALES | FSG - 001 |
| GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE | |
| PRESUPUESTO | FPR - 001 |
| TESORERIA | FTE - 001 |
| FACTURACION Y CARTERA | FCA - 001 |
| GESTION FINANCIERA Y CONTABLE | FFC - 001 |
| GESTIÓN JURÍDICA | |
| ASESORAMIENTO JURIDICO | FJU - 001 |
| TALENTO HUMANO | |
| GESTION DEL TALENTO HUMANO | FTH - 001 |
| PROCESOS DE EVALUACION | |
| EVALUACIÓN | |
| CONTROL INTERNO | FCI - 001 |
| CONTROL INTERDISCIPLINARIO | FID - 001 |
| GESTION DE LA CALIDAD | FGC - 001 |

Fuente: Documentos del SGC de la E.S.E. Clínica Guane

Estos indicadores hacen parte del Plan Estratégico de la Entidad como de las fichas de caracterización de los procesos, los cuales se encuentran en desarrollo y que deben ser complementados con el fin de tener en definitiva el Manual de Indicadores (Ver **Anexo 9**). Igualmente el diseño de los indicadores de efectividad, como parte fundamental de los indicadores de la entidad.

Se presenta los indicadores en el formato establecido en el Manual de Implementación de Control Interno MECI del DAFP. Formato **2.1.4** Diseño de Indicadores. (Ver **Anexo 10**)

5.9.1 Propiedades de los indicadores

Las cualidades más representativas son las siguientes

- **VALIDEZ.** Reflejar y medir los efectos y resultados del programa o proyectos, y los factores externos a estos.
- **PERTINENCIA.** Guardar correspondencia con los objetivos y la naturaleza del programa o proyecto, así como con las condiciones del contexto (medio social) en donde se gestiona.
- **SENSIBILIDAD.** Reflejar el cambio de la variable en el tiempo, es decir, debe cambiar efectiva y en forma persistente a lo largo del periodo de análisis.
- **RELEVANCIA.** Servir efectivamente al usuario para la toma de decisiones. Es decir deben, captar un aspecto esencial de la realidad que buscan expresar, en términos cuantitativos en su dimensión temporal.

- **REPRESENTATIVIDAD.** Expresar efectivamente el significado que los actores le otorgan a determinada variable.
- **CONFIABILIDAD.** Las mediciones que se hagan, por diferentes personas deben arrojar los mismos resultados.
- **DEMOSTRABLES.** Evidenciar los cambios buscados.
- **FÁCTICOS.** Objetivamente verificables.
- **EFICIENTES.** Exactos al expresar el fenómeno.
- **SUFICIENTES.** Expresar el fenómeno, sin ser redundantes.
- **FLEXIBLES.** Adecuarse a la realidad de lo que se pretende medir y a la disponibilidad y confiabilidad de la información.

Su elaboración corrió a cargo de cada una de las dependencias quienes tienen que diseñar, aplicar y evaluar sus propios indicadores. Para ello deben tener en cuenta:

- Los objetivos, planes y programas de la entidad, los proyectos específicos de cada dependencia, cada uno de estos se encuentran establecidos en el Plan de Acción Institucional que se desarrolla para cada vigencia;
- Las funciones específicas definidas en las distintas resoluciones que organizan y establecen las distintas dependencias y/o grupos de trabajo internos;
- Las variables que maneja expresadas en términos de recursos y resultado esperado (Metas).

Para su aplicación deben definirse las variables, las unidades de medida y los parámetros a los cuales se medirá la gestión de los procesos, el desempeño de los funcionarios, los riesgos que afectan las operaciones, la gestión y el impacto de los resultados sobre bienes y servicios prestados, ya sean internos o externos.

Se elaboraron varias fichas en formato Excel donde se especifican los diferentes indicadores a cumplir en cada una de las dependencias de la E.S.E Clínica Guane se dividieron así:

- Evaluación y Control.
- Financiera y Contable.
- Gestión Estratégica.
- Oficina Jurídica.
- Mantenimiento.
- Talento Humano.
- Indicadores Misionales según resolución 1446 de 8 de Mayo de 2006.

Los indicadores de proceso, son controlados por cada líder de proceso, quien es el responsable de la definición de planes de acción cuando no se alcance la meta planteada.

6. SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN

Este capítulo presenta la forma en que se llevó a cabo las jornadas de capacitación desarrolladas mediante los temas pertinentes a la norma NTC GP 1000:2004 y el resultado de participación del personal de la clínica.

6.1 OBJETIVO

Involucrar a todos los empleados de la E.S.E. Clínica Guane en el desarrollo de las diferentes etapas del SGC en el sentido que se sientan los protagonistas del éxito del mismo.

Se debe crear sentido de pertenencia por la organización para que las políticas de autocontrol y pro actividad desarrollen líderes internos para los diferentes procesos teniendo en cuenta que el enfoque que los lidera es el de mejora continua y de esta manera exista además del cambio de cultura entre los miembros de la organización una cultura de cambio que permita enfrentar los nuevos desafíos con que la E.S.E. Clínica Guane enfrente.

6.2 REUNIONES DE SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN

En el proceso de formación de los empleados, de las diferentes áreas funcionales de la E.S.E. Clínica Guane, se decidió diseñar las jornadas de sensibilización y capacitación por etapas de manera tal que la etapa sucesora reforzará el contenido temático de su antecesora, edificando así los diferentes conceptos referentes al SGC y su posterior correlación con el MECI. La agenda de reuniones se desarrollo con el siguiente contenido temático:

- Calidad, Principios y Sistema de Gestión
- Sensibilización de la Norma GP 1000:2004

- Fundamentación de la Norma GP 1000:2004
- Documentación de la Norma GP 1000:2004
- Producto NO Conforme, Acciones Correctivas y Preventivas
- Auditorías Internas
- Correlación con MECI

6.3 METODOLOGÍA DE FORMACIÓN

El equipo de líderes del SGC se formó mediante las reuniones teóricas de inducción y reuniones personalizadas de solución de dudas para reforzar los conceptos tratados en las diferentes fases de implementación de la norma con cada uno de los líderes de los procesos con el objeto que sean multiplicadores dentro de su área funcional de las temáticas que hacen parte del Sistema.

Se complementó además con el apoyo del comité MECI-Calidad quien ha desarrollado con anterioridad reuniones de capacitación con temas afines o propios de la norma GP 1000:2004. El Apoyo de la gerencia se evidenció en la facilitación de los equipos técnicos para el desarrollo de las reuniones y el permiso a los asistentes para asistir a estas jornadas.

6.4 PLAN REUNIONES CAPACITACIÓN

Los temas previstos para las reuniones de capacitación se describen en Programa de capacitación y sensibilización de la Tabla 9 describe las fechas de realización de estos junto con sus objetivos y método de aprendizaje. La figura 10 muestra la socialización de las temáticas expuestas en la tabla descrita

Tabla 9 Programa de capacitación y sensibilización

| TEMA | FECHA | OBJETIVO | MÉTODO |
|--|-----------------------------------|--|--------------------------|
| Calidad, Principios y Sistema de Gestión | Jueves 15 de Octubre de 2009 | Instruir a los líderes de los procesos la importancia de los Sistemas de gestión y los principios que los rigen | Reunión teórico-práctica |
| Sensibilización | Jueves 15 de Octubre de 2009 | Identificar la utilidad y ventajas que proporciona las herramientas contenidas dentro de los Sistemas de Gestión de la calidad | Reunión teórico-práctica |
| Fundamentación | Jueves 15 de Octubre de 2009 | Analizar las generalidades de la norma junto con su aporte a la iteración de los procesos de la E.S.E. Clínica Guane | Reunión teórico-práctica |
| Documentación | Jueves 22 de Octubre de 2009 | Establecer el modelo de construcción de la información y la estandarización de la misma para cada proceso | Reunión teórico-práctica |
| Producto NO Conforme, Acciones Correctivas y Preventivas | Miércoles 18 de Noviembre de 2009 | Conocer la utilidad de las herramientas que proporciona la norma GP 1000:2004 en el capítulo 8 (<i>Medición ,análisis y mejora</i>) | Reunión teórico-práctica |
| Auditorías Internas | Miércoles 18 de Noviembre de 2009 | A partir del concepto de mejoramiento continuo aprender la forma de evaluar el cumplimiento de los requisitos de la norma en cada uno de los procesos de la organización | Reunión teórico-práctica |
| Correlación MECI | Miércoles 18 de Noviembre de 2009 | Establecer la importancia de empalmar los elementos afines de las dos normas con el ánimo de fortalecer los procesos y ahorrar esfuerzos en temas que se yuxtapongan, es decir, aquellos comunes | Reunión teórico-práctica |

Fuente: Autores del proyecto.

Figura 10 Jornadas de capacitación y sensibilización



Fuente: Autores del proyecto

6.5 RESPONSABLES

Las jornadas de capacitación y sensibilización se llevaron a cabo bajo la responsabilidad de los estudiantes practicantes UIS y el tutor de la empresa, Javier García Gélvez.

El asesor externo de la organización desarrollo jornadas adicionales de capacitación de temas puntuales pero afines también al SGC.

La evaluación y retroalimentación de la agenda de sensibilización y capacitación estuvo a cargo de los practicantes UIS y de Mery Luz Hernández y Javier García Gélvez, quienes hacen parte del comité MECI-Calidad.

6.6 RESULTADOS Y MEDICIÓN

La etapa de capacitación y sensibilización, se hace factor determinante, orientando los esfuerzos de la E.S.E Clínica Guane hacia el establecimiento, documentación, implementación y mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad y la mejora continua de su eficacia en relación con los numerales contenidos en la norma GP 1000:2004

Se desarrollaron convocatorias a tres jornadas de capacitación a través de circulares firmadas por Javier García Gélvez, tutor de la empresa y jefe del área de Calidad.

En las jornadas 1 y 2 se citaron grupos de 50 personas del personal general para la sensibilización y capacitación; el comité directivo MECI-Calidad conformado por los empleados de planta ya tenían los conocimientos de las temáticas de estudio y por esta razón se estableció que no era necesaria su asistencia. Sin embargo, para la última jornada, se citaron los 8 integrantes del equipo directivo MECI-Calidad como líderes de los procesos y responsables del éxito de las jornadas de auditoría de la norma.

Los registros de asistencia a dichas reuniones (véase **Anexo 11**) se conservan en la oficina de calidad como evidencia de la gestión y realización del proceso, estos registros muestran la participación de los líderes de los procesos y del comité MECI-Calidad, quienes deberán ser multiplicadores de las temáticas tratadas al interior de su área funcional.

El análisis de la asistencia a las jornadas de sensibilización y capacitación fue representativo evidenciando el compromiso de la alta dirección con el proceso. La Tabla 10 evidencia el nivel de asistentes a las jornadas.

Tabla 10. Asistencia a Capacitaciones

| TEMÁTICA | PERSONAL CITADO | NUMERO DE ASISTENTES | PORCENTAJE DE ASISTENCIA |
|--|----------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Calidad, Principios y Sistema de Gestión | 50 | 49 | 98% |
| Sensibilización | 50 | 49 | 98% |
| Fundamentación | 50 | 49 | 98% |
| Documentación | 50 | 40 | 80% |
| Producto NO Conforme, Acciones Correctivas y Preventivas | 8 | 7 | 87,5% |
| Auditorías Internas | 8 | 7 | 87,5% |
| Correlación MECI | 8 | 7 | 87,5% |

Fuente: Autores del proyecto.

7. DOCUMENTACIÓN

A continuación se describe la documentación como soporte del Sistema de Gestión de la Calidad, pues en ella se origina no sólo las formas de operar de la Organización sino toda la información que permite el desarrollo de los procesos, seguimiento, control y directrices.

7.1 OBJETIVO

Describir y documentar las actividades que la E.S.E Clínica Guane, considera necesarias para el excelente funcionamiento del SGC, además de los procedimientos exigidos por la Norma GP1000:2005 .

7.2 METODOLOGÍA

Antes de la elaboración de los documentos, se establecieron los lineamientos estándar a tener en cuenta, como es el tipo y tamaño de letra, el encabezado, la codificación, el contenido y las excepciones, como es el caso de los formatos todo esto contenido en una guía de elaboración de documentos la Política Documental. Primero se reviso e identifico la documentación existente y se reseña cuales son las versiones obsoletas.

Posteriormente de la elaboración de los documentos, se realizo las respectivas correcciones por parte de los participantes del proceso y finalmente se aprobaron los documentos.

Para la fase de elaboración, revisión y aprobación de documentos se hizo utilizando la revisión de los documentos existentes haciendo las respectivas modificaciones y reseñando cuales documentos hacían falta, con el equipo de cada colaborador, esta metodología permitió disminuir los tiempos de corrección y

revisión de los documentos, ya que cuando surgían modificaciones se informo de forma inmediatamente a los estudiante de práctica UIS, quien los modificaban según las observaciones recibidas. Esta modificación se actualizaba inmediatamente, que se revisaba con el tutor de empresa y era aprobado si cumplía las especificaciones.

7.2.1 Revisión e Identificación de la Documentación


Para iniciar con la implementación del SGC bajo la norma NTC GP1000:2004, la E.S.E Clínica Guane apoyado en la Oficina de Calidad procedió a revisar y validar la documentación existente procedente del SGC bajo la norma ISO 9001:2000. Ésta revisión permitió identificar las necesidades de creación, modificación y/o actualización de los procesos, procedimientos, formatos, guías y demás que debían ser documentados o aquellos que debían ser mejorados para su aplicación; todo con el fin de dar cumplimiento al numeral 4.2 de la norma. En ésta fase de la documentación se identificaron los documentos y formatos obsoletos y se analizó la importancia de estar utilizando las versiones actuales.

7.2.2 Diseño y Elaboración de los Documentos

Para la elaboración de los documentos se procuró dar continuidad con la estandarización establecida por el SGC bajo la NTC GP1000:2004, con el objeto de no duplicar esfuerzos ni generar traumatismos en los funcionarios que implica dicho cambio.

La estandarización establecida se evidencia en la Figura 11, la cual se muestra a continuación:

Figura 11 Encabezado de los Documentos y Registros

| | | | |
|---|-----------------------------|----------|------------------------------|
|  | GESTION DOCUMENTAL | | |
| | Título del Documento | | |
| | Fecha: | AA/MM/DD | Código: |
| | | | Versión : 01 Pág. 92 de 1 |

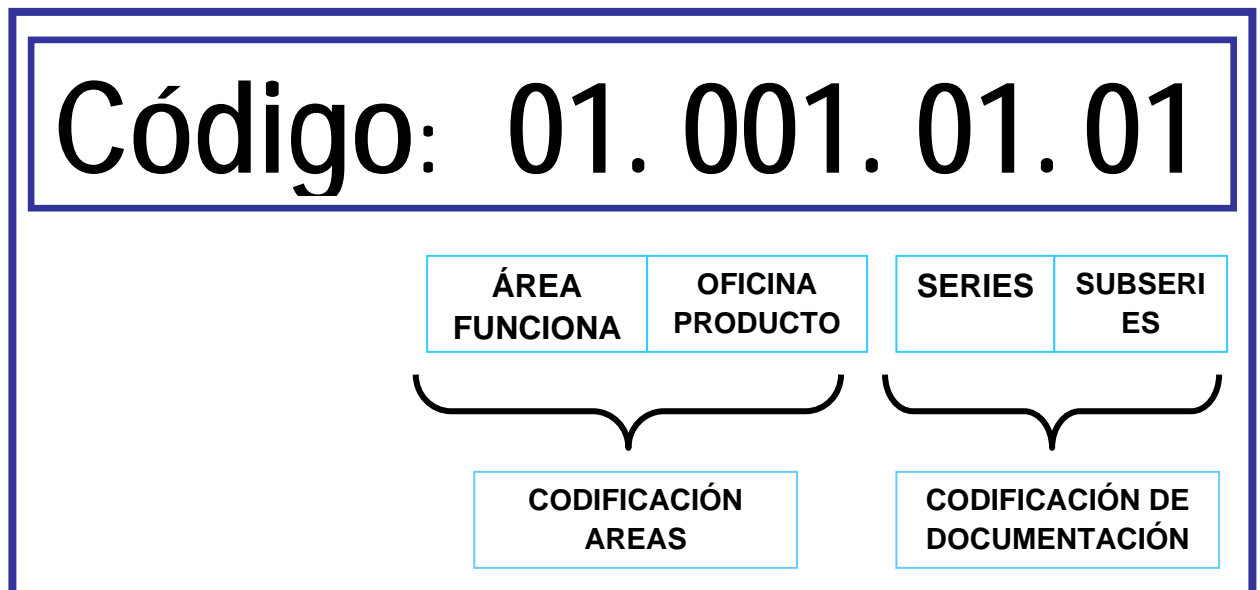
Fuente: Documentos del SGC de la E.S.E. Clínica Guane

Nombre de la Entidad: Identificación de la Entidad que genera el documento.

Título del Documento: Nombre del Documento.

Código: Indica numéricamente la clasificación de los documentos para su fácil ubicación y recuperación. (Ver figura 12).

Figura 12 Estructura del Código



Fuente: Autores del Proyecto.

Esta indican cada unas de las dependencias y tipo de documento dentro de la E.S.E. Clínica Guane (ver Anexo 12).

Fecha: Fecha en la cual fue aprobado el documento y queda listo para su emisión.

Versión: Indica el número de revisiones o modificaciones que ha tenido el documento a partir de su publicación inicial.

Pág. _ de _: Indica el número de página respectivo en relación con el total de páginas que hace parte del documento.

Pie de Página: Indica los funcionarios responsables de la elaboración y aprobación del documento. (Ver Figura 13)

Figura 13 Pie de página

| | | | | | |
|----------|--|---------|--|---------|--|
| Elaboro: | | Reviso: | | Aprobó: | |
| Fecha: | | Fecha: | | Fecha: | |

Fuente: Documentos del SGC de la E.S.E. Clínica Guane

Elaboro: Indica el cargo del responsable de documentar la actividad.

Reviso: Indica el cargo firma del responsable de revisar y aprobar el contenido del documento.

Aprobó: Indica el cargo del responsable de aprobar el contenido del documento.

Copia controlada / Copia no controlada: Indica si la copia es o no controlada y se relaciona a su vez el área o cargo al cual se le emite el documento.

7.3 MANUAL DE CALIDAD

El manual tiene como finalidad describir el Sistema de Gestión de Calidad implementado por la **ESE CLINICA GUANE Y SU RIS**, para el aseguramiento de la calidad en la prestación de sus servicios, cumpliendo con los estándares de calidad de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004. Sistema de Gestión de la Calidad, cuya estructura está reglamentada por los requisitos de la norma NTC GP1000:2004 y se define a continuación:

- Gestión, control del manual de Calidad
- Alcance y exclusiones del Sistema de Gestión de Calidad.
- Definiciones.
- Descripción de la E.S.E Clínica Guane.
- Política y objetivos de Calidad.
- Mapa de procesos.
- Caracterización de los diferentes procesos que conforman el SGC.

El Manual de Calidad de la **ESE CLINICA GUANE Y SU RIS** se encuentra a disposición de todos los usuarios, servidores y partes interesadas en nuestro Sistema de Gestión de Calidad como guía fundamental para el buen entendimiento de la estructura, composición y compromiso de la entidad (ver **Anexo 13**).

7.4 CARACTERIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Los procedimientos exigidos por la norma se encontraban documentados y aprobados cuando se realizó la implementación del SGC bajo ISO 9001:2000.

Estos procedimientos fueron revisados y actualizados para el nuevo Sistema con el objeto de verificar si era necesario realizarles alguna modificación que permitiera el mejoramiento continuo de todos los procesos. Estos procedimientos tienen un formato (ver **Anexo 14**)

7.4.1 Elementos de las caracterizaciones

Proceso: Nombre del proceso al cual pertenece el procedimiento.

Procedimiento: Identificación de la actividad descrita.

Objetivo: Describe de manera más detallada el logro específico que se espera alcanzar en la ejecución del procedimiento; es decir, los resultados que cumplan con requisitos previamente definidos.

Alcance: Delimitación de las actividades cubiertas y descritas dentro del documento.

Código: Identificación alfanumérica que se asigna a cada procedimiento.

Tareas: Trabajo que debe hacerse en un tiempo limitado.

Responsables: Identifica el área y el cargo del funcionario bajo el cual cae la responsabilidad de determinada actividad dentro del procedimiento.

Proveedores: Son las Entidades externas o personas que suministran la información o insumo para el desarrollo de la actividad.

Punto de control: Mecanismos o acciones que permiten conocer el grado de avance del procedimiento.

Registros: Hace referencia a los documentos o formatos que resultan de la ejecución del procedimiento.

Usuarios: Es quien recibe el servicio del desarrollo de la tarea.

Salida del procedimiento: Son los resultados que se obtiene al ejecutar las tareas del procedimiento.

Definiciones: Son aquellas palabras o conceptos específicos que son mencionados en la descripción del procedimiento.

Documentos Internos: Son aquellos documentos que la Entidad genera para el normal desempeño de las actividades en cada uno de los procesos.

Documentos Externos: Son aquellos documentos que la Entidad no genera, pero que utiliza para el normal desempeño de las actividades en cada uno de los procedimientos.

Requisitos Organizacionales: Se requiere a los requisitos establecidos por la propia Entidad para llevar a cabo el procedimiento.

Requisitos Legales y Reglamentarios: Se refiere a aquellas disposiciones del Estado que establecen lineamientos para la ejecución del procedimiento.

Diagrama de Flujo: Representación gráfica de la secuencia de las actividades que componen el procedimiento.

Elabora: Persona competente y responsable de elaborar el documento

Revisó: Persona competente, responsable y con la autoridad necesaria para la revisión de los documentos, pudiendo aportar ideas al documento con el fin de liberarlo hacia la aprobación o desestimarlos si lo considera conveniente.

Aprobó: Persona competente, responsable y con la autoridad necesaria para aprobar o desestimar los documentos una vez hayan sido revisados.

Glosario: Aquellos términos desconocidos o de carácter técnico que necesite ser referenciado.

Control de cambios: Cuadro donde se registran las versiones actuales y cuál ha sido el cambio realizado de su versión pasada.

Los procedimientos caracterizados y sus respectivas codificaciones caracterizaciones se muestran en el **Anexo 15**.

7.5 REGISTROS.

Es documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

El procedimiento de control de registros (Ver **Anexo 16**) establece en forma exacta y breve la manera como se deben establecer y mantener los registros del SGC de nuestra organización, para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del SGC. Según el tipo de presentación, los registros se clasificaron como se expone a continuación:

- Medio impreso: corresponde a los registros diligenciados en manuscrito, pre-impresos para diligenciamiento o impresos por computador u otros métodos. Se consideran dentro de los impresos las imágenes fotográficas reveladas en papel para fotografía y las impresas por computador.

- Medio magnético o programas de computador: corresponde a los registros generados por medios electrónicos y usualmente almacenados en discos ópticos, discos duros, cintas para almacenamiento de datos, disquetes, Cds, Dvds y memorias. Se incluyen dentro de esta clasificación las imágenes almacenadas en medios magnéticos obtenidas por exploradores electrónicos de imágenes o cámaras fotográficas o de video digitales.
- Autoría del responsable: Corresponden a los medios impreso o magnético. Como fotocopias de listas las cuales no son hechas por la E.S.E Clínica Guane

La recolección de todos los registros se realizó visitando todas las dependencias y anotando las diferentes cualidades de cada registro como:

- Dependencia productora.
- Responsable.
- encargado de diligenciarlo.
- Tipo de formato.
- Tipo de proceso.
- Periodicidad.

Para completar el listado de registros se le asignó un código Único a cada registro no importando que un registro lo utilizaran varias dependencias. El listado maestro de registros se presenta en el **Anexo 17**, todos estos registros en su forma física se encuentran Archivados en la oficina de Calidad.

8. IMPLEMENTACIÓN

A partir de la finalización de la etapa de documentación se desarrollo la etapa de implementación del SGC basado en la norma NTC GP 1000:2004.

8.1 OBJETIVO

Aplicar los elementos que componen el SGC dentro de cada uno de los procesos y procedimientos de las diferentes áreas funcionales de la E.S.E. Clínica Guane, buscando el compromiso para la estandarización de las actividades independientemente del personal de turno.

8.2 RESPONSABLES

La responsabilidad de esta etapa del proyecto estuvo a cargo de los estudiantes practicantes UIS y el tutor de la E.S.E. Clínica Guane, se contó con la colaboración en cuanto a la disponibilidad de espacios y tiempos por parte de la alta dirección y de las herramientas para su instalación en cada una de las áreas funcionales de la organización.

8.3 METODOLOGÍA

Las directrices y elementos integrantes del SGC enmarcadas dentro de la Política de la Calidad y objetivos de la E.S.E Clínica Guane, se implementaron a través de una herramienta interactiva diseñada por los autores del proyecto en Excel titulada “Interface Modulo de Calidad” (ver Figura 14) y que permiten a todo el personal de la organización acceder a la información del mismo de manera oportuna, presentándose además, como un elemento de motivación para que los empleados de la empresa conozcan los elementos que esta contiene, se ubique al interior de la organización identificándose y creando un sentido de pertenencia por la misma.

Lo anterior pretende lograr un aporte a la mejora continua de los procesos enriquecido por las sugerencias de todos los integrantes de la organización.

Figura 14. Menú Principal Interface Modulo de Calidad Clínica Guane



Fuente: Autores del proyecto

La interface presenta 20 opciones de acceso en el menú principal a los diferentes elementos del SGC, quienes a su vez contienen la información detallada de todos los elementos exigidos por la norma NTC GP 1000:2004 y otros propios de la E.S.E. Clínica Guane; dentro de los elementos de la interface se podrán encontrar listas desplegables que proporcionan a el usuario una breve descripción de cada uno de los elementos que conforman la temática accedida y los documentos reales administrados por la oficina de calidad como el manual de calidad, de procesos y procedimientos, entre otros.

En el menú principal se puede observar la dirección de correo electrónico de los autores del proyecto quienes diseñaron la interface y también la dirección del tutor de la empresa y responsable de la oficina de calidad para cualquier inquietud y

sugerencia acerca de la misma. La figura 15 muestra las listas desplegables al lado izquierdo de la pantalla que resumen los contenidos de los documentos reales y en el final del menú de cada elemento esta un hipervínculo con el logo de la E.S.E. Clínica Guane que accede a el documento completo del elemento accedido.

Figura 15 Listas desplegables e Hipervínculos Interface



Fuente: Autores del proyecto

8.4 IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE LA CALIDAD Y LOS OBJETIVOS DE CALIDAD

La política de la calidad y objetivos fueron aprobados por de la junta Directiva y presentados a los empleados dentro de las jornadas de inducción realizadas en el proceso de contratación de la E.S.E. Clínica Guane.

Para la socialización de la política y objetivos se uso la interface diseñada por los estudiantes UIS junto con otras temáticas complementarias como la descripción

de la organización, el nuevo mapa de procesos y el nuevo organigrama funcional de desarrollado por los autores de este proyecto; lo anterior estuvo a cargo de el tutor de la empresa para este proyecto Javier García Gélvez y contó con el apoyo de los estudiantes UIS.

El módulo de la calidad, es una herramienta facilitadora para el entendimiento del contexto propio de la E.S.E. Clínica Guane, pues permite acceder a información actualizada en la medida que es responsabilidad de la oficina de calidad actualizar la información en la medida en que existan nuevas versiones de cualquier documento en el contenido.

Lo que se pretende es usar el enfoque basado en procesos para que sean los propios clientes internos quienes aporten al mejoramiento continuo del SGC, es decir, usar la relación de los diferentes procesos de la clínica para que se creen sugerencias a partir de las necesidades tanto de usuarios como demás partes interesadas. La figura 16 muestra la manera en que se socializaron la política de calidad y demás temas descritos durante las jornadas de inducción y la Figura 17 el contenido que suministra la interface en relación a los temas descritos.

Figura 16 Socialización de Política de calidad y Objetivos de Calidad



Fuente: Autores del proyecto

Figura 17 Política de calidad y otros en la Interface diseñada para la E.S.E. Clínica Guane



Fuente: Autores del proyecto

8.5 IMPLEMENTACIÓN DE DOCUMENTOS

La implementación de los documentos propios del SGC de la E.S.E. Clínica Guane quienes son un conjunto de archivos elaborados en Microsoft Word y Excel se hizo mediante la interface gráfica interactiva a través de una jornada de capacitación en el manejo de la misma con los líderes de los procesos de la entidad (véase **Anexo 18**) quienes a su vez deberán ser multiplicadores en la socialización del tema con el personal a su cargo.

La interface grafica deberá ser administrada por Jefe de la oficina de calidad y tutor por parte de la empresa en el proyecto, el señor Javier García Gélvez, y cualquier cambio de versión a algún documento o incorporación de otros al SGC estará enmarcado dentro de las TRD aprobadas para la empresa y que pueden visualizarse en la interface, se deberá seguir además la política documental presentada también en el modulo de gestión documental del menú principal de la interface, deberá ser responsabilidad única y exclusivamente de esta oficina.

La información, documentos y registros contenidos en la interface, están controlados y protegidos como archivos PDF¹³ para salvaguardar los intereses de la empresa. La Figura 18 muestra el icono del menú principal de la interface denominado Gestión Documental.

El funcionamiento de la interface del SGC se pone en marcha a partir del cumplimiento de los pasos de la guía Interface SGC Clínica Guane, sin embargo este documento queda como soporte dado que la explicación y montaje ya se ha llevado a cabo en todos los equipos de la sede principal de la empresa.

En el menú principal de la interface se pueden visualizar los siguientes accesos:

¹³ Acrónimo del inglés *portable document format*, está especialmente ideado para documentos susceptibles de ser impresos, ya que especifica toda la información necesaria para la presentación final del documento

Descripción de la organización, Organigrama, Mapa de procesos, Política de calidad, Objetivos de calidad, Manual de calidad, Manual de procesos y procedimientos, Caracterización, Manual de indicadores, Matriz de correlación, Gestión de los recursos, Listado maestro de documentos, Listado maestro de registros, Gestión documental, Compras y prestación del servicio, Seguimiento y edición, Auditoría interna, Producto NC y no conformidades, Análisis de datos y Mejora, AC y AP

Figura 18 Implementación Gestión Documental E.S.E. Clínica Guane



Fuente: Autores del proyecto

8.6 IMPLEMENTACIÓN DE INDICADORES

La implementación de indicadores comenzó una vez se terminó la definición de los diferentes indicadores misionales contemplados en la resolución 1446 de 2006 para entidades públicas prestadoras de servicios de salud y los indicadores de apoyo establecidos para la E.S.E. Clínica Guane Ver Tabla 11, 12 y 13. Para diligenciar los indicadores se pidió información a todas las oficinas productoras y se presentó el documento respectivo (ver **Anexo 19**).

Tabla 11 Indicadores 1446

| NORMA QUE LO REGLAMENTA | NOMBRE DEL INDICADOR | CUALIDAD DEL SGC | NUMERADOR | DENOMINADOR | VALORES OPERATIVOS | | RESULTADO | | META |
|-------------------------|---|-----------------------------|---|---|--------------------|-----------------|-----------|----------|-------------|
| | | | | | MAR 2009 | MAR 2010 | MAR 2009 | MAR 2010 | |
| resolución 1446 de 2006 | I,1,1 OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITA EN CONSULTA MEDICA GENERAL | ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD | Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual es paciente solicita cita para ser atendido en la consulta medica general y la fecha en la cual es asignada la cita | Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución | 62850 20950 | 181170 60390 | 3 | 3 | ≤3 DIAS |
| resolución 1446 de 2006 | I,1,4, OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN CONSULTA DE URGENCIAS | ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD | Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico | Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias | 192810 12854 | 318260 15913 | 15 | 20 | ≤20 MINUTOS |
| resolución 1446 de 2006 | I,1,5, OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA | ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD | Sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de Imagenología y el momento en el cual es prestado el servicio. | Total de atenciones en servicios de Imagenología | 11175 3725 | 4159 4159 | 3 | 1 | ≤2 DIAS |
| resolución 1446 de 2006 | I,1,6, OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN CONSULTA DE ODONTOLOGIA GENERAL | ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD | Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita para ser atendido en la consulta de odontología general y la fecha para la cual es asignada la cita | Número total de consultas odontológicas generales asignadas en la institución | 27144 13572 | 29630 14815 | 2 | 2 | ≤5 DIAS |
| resolución 1446 de 2006 | I.2.2. PROPORCION DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL | CALIDAD TECNICA | Número total de pacientes que seis meses después de diagnosticada su hipertensión arterial | Número total de pacientes hipertensos diagnosticados | 9791 | 2575 | 80% | 80% | 100% |

| NORMA QUE LO REGLAMENTA | NOMBRE DEL INDICADOR | CUALIDAD DEL SGC | NUMERADOR | DENOMINADOR | VALORES OPERATIVOS | | RESULTADO | | META |
|-------------------------|--|-----------------------------|---|---|--------------------|----------|-----------|----------|------|
| | | | | | MAR 2009 | MAR 2010 | MAR 2009 | MAR 2010 | |
| | CONTROLADA | | presentan niveles de tensión arterial esperados de acuerdo con las metas recomendadas por la Guía de Práctica Clínica basada en Evidencia | | 12239 | 3200 | | | |
| resolución 1446 de 2006 | I,3,3, PROPORCION DE VIIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS | GERENCIA DEL RIESGO | Número total de eventos adversos detectados | Número total de eventos adversos gestionados | 1 | 1 | 100% | 100% | 100% |
| | | | | | 1 | 1 | | | |
| resolución 1446 de 2006 | I,4,1, TASA DE SATISFACCION GLOBAL | Encuestas de satisfacción | Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la ESE | Número total de pacientes encuestados por la ESE | 78 | 1100 | 44% | 93% | 100% |
| | | | | | 178 | 1180 | | | |
| resolución 1446 de 2006 | E,1,4,OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS POS | ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD | Número total de medicamentos POS ordenados por el Medico que son entregados por la farmacia desde la primera vez que el afiliado o su representante presenta la fórmula | Número total de medicamentos POS solicitados a la farmacia por el periodo | 1478985 | 1617496 | 94% | 100% | 100% |
| | | | | | 1575692 | 1617496 | | | |
| resolución 1446 de 2006 | E,2,1, PROPORCION DE ESQUEMAS DE VACUNACION ADECUADOS EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO | CALIDAD TECNICA | Registro de farmacia | Número total de niños menores de un año afiliados a la EAPB | 28756 | 31673 | 94% | 100% | 100% |
| | | | | | 30651 | 31673 | | | |
| resolución 1446 de 2006 | EFICIENCIA EN LA EJECUCION DE ENCUSTAS DE SATISFACCION PROGRAMADAS | EFICIENCIA | Numero de encuestas de satisfacción programadas | Numero de encuestas de satisfacción realizadas | 954 | 1180 | 80% | 98% | 100% |
| | | | | | 1200 | 1200 | | | |

Fuente: Documentos del SGC de la E.S.E. Clínica Guane

Tabla 12 Indicadores de Apoyo I

| PROCESO | NOMBRE DEL INDICADOR | CUALIDAD DEL SGC | NUMERADOR | DENOMINADOR | VALORES OPERATIVOS | | RESULTADO | | META |
|------------------------------------|--|----------------------|---|---|--------------------|----------|-----------|----------|------|
| | | | | | MAR 2009 | MAR 2010 | MAR 2009 | MAR 2010 | |
| MANTENIMIENTO | EJECUCION DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS | EFICIENCIA | Numero de equipos a los que se le ha hecho mantenimiento | Numero total de equipos de la institución | 130 | 147 | 88% | 100% | 100% |
| | | | | | 147 | 147 | | | |
| | PORCENTAJE DE EQUIPOS CON COPIA DE SEGURIDAD | EFICACIA | Numero de copias de seguridad efectuadas a los computadores | Numero de computadores con información institucional | 35 | 52 | 90% | 100% | 100% |
| | | | | | 39 | 52 | | | |
| TALENTO HUMANO | PORCENTAJE EJECUTADO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO A BIENESTAR SOCIAL | EFICIENCIA | Presupuesto ejecutado para bienestar social | Presupuesto asignado a bienestar social | 12866000 | 17351000 | 64% | 87% | 100% |
| | | | | | 20000000 | 20000000 | | | |
| | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE CAPACITACION | EFICACIA | No. De capacitaciones realizadas | No. De capacitaciones programadas | 15 | 21 | 71% | 100% | 100% |
| | | | | | 21 | 21 | | | |
| | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE BIENESTAR SOCIAL | EFICACIA | No. De eventos de bienestar social realizados | No. De eventos de bienestar social programados | 1 | 3 | 100% | 100% | 100% |
| | | | | | 1 | 3 | | | |
| | PORCENTAJE DE ACCIDENTABILIDAD LABORAL | EFICIENCIA | No. De accidentes laborales | No. Total de funcionarios | 0 | 0 | 0% | 0% | ≤5% |
| | | | | | 10 | 10 | | | |
| EVALUACION Y CONTROL | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA LABOR DE AUDITAGE DE LA ENTIDAD | EFICACIA | Auditorías realizadas | Auditorías programadas | 32 | 26 | 78% | 100% | 100% |
| | | | | | 41 | 26 | | | |
| | INDICE DE SATISFACCION DEL USUARIO | EFICACIA | No. De encuestas de satisfacción aplicadas | No. De encuestas de satisfacción programadas | 100 | 1180 | 63% | 98% | 100% |
| | | | | | 160 | 1200 | | | |
| | PORCENTAJE DE ACCIONES PREVENTIVAS | EFICIENCIA | Acciones preventivas | Acciones preventivas y correctivas | 10 | 8- | 56% | 80% | ≥25% |
| | | | | | 18 | 10- | | | |
| PORCENTAJE DE ACCIONES CORRECTIVAS | EFICIENCIA | Acciones correctivas | Acciones preventivas y correctivas | 8 | 11- | 44% | 65% | ≥10% | |
| | | | | 18 | 17- | | | | |
| | ACCIONES CORRECTIVAS REINCIDENTES | EFICIENCIA | Acciones correctivas reincidentes | Acciones correctivas reincidentes y correctivas | 6 | 0 | 25% | 0 | ≤5% |
| | | | | | 24 | 0 | | | |
| JURIDICA | OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A DERECHOS DE PETICION | EFICIENCIA | Derechos de petición resueltos dentro de los términos legales | Derechos de petición recibidos en la oficina jurídica | 15 | 4 | 100% | 100% | 100% |
| | | | | | 15 | 4 | | | |
| | PORCENTAJE DE RESPUESTA DE CONCEPTOS JURIDICOS | EFICACIA | No. De conceptos jurídicos emitidos | No. De Conceptos jurídicos solicitados | 6 | 9 | 100% | 75% | 100% |
| | | | | | 6 | 12 | | | |
| GERENCIAL | CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO | EFICIENCIA | No. De planes ejecutados satisfactoriamente | Total de planes emitidos | 4 | 4 | 100% | 100% | 100% |
| | | | | | 4 | 4 | | | |

Fuente: Documentos del SGC de la E.S.E. Clínica Guane

Tabla 13 Indicadores de Apoyo II

| PROCESO | NOMBRE DEL INDICADOR | CUALIDAD DEL SGC | NUMERADOR | DENOMINADOR | VALORES OPERATIVOS | | RESULTADO | | META |
|--|---|---|--|---|--------------------|------------|-----------|----------|------|
| | | | | | MAR 2009 | MAR 2010 | MAR 2009 | MAR 2010 | |
| GESTION FINANCIERA | Porcentaje de cumplimiento en la presentación de informes ante el Ministerio de la Protección Social (decreto 2193 de 2004) | EFICIENCIA | No. De informes presentados | No. De informes que se deben presentar | 5 | 5 | 100% | 100% | 100% |
| | | | | | 5 | 5 | | | |
| | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE CONCILIACIONES BANCARIAS | EFICIENCIA | No. Total de conciliaciones realizadas | No. De cuentas bancarias | 5 | 2 | 100% | 100% | 100% |
| | | | | | 5 | 2 | | | |
| | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE INFORMES DE CARTERA PRESENTADOS | EFICIENCIA | No. De informes de cartera presentados | No. De informes de cartera que se deben presentar | 5 | 5 | 100% | 100% | 100% |
| | | | | | 5 | 5 | | | |
| | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LOS PAGOS EFECTUADOS | EFICACIA | No. De pagos efectuados | No. De órdenes de pago recepcionadas en tesorería | 4589021263 | 7100952624 | 87% | 94% | 100% |
| | | | | | 5274737084 | 7554204920 | | | |
| | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA PRESENTACION DE DECLARACIONES ANTE LA DIAN | EFICIENCIA | No. De declaraciones presentadas oportunamente | No. De declaraciones que se deben presentar oportunamente | 13 | 13 | 100% | 100% | 100% |
| | | | | | 13 | 13 | | | |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA PRESENTACION DE INFORMES A LA CONTADURIA GENERAL DE LA NACION | EFICIENCIA | No. De informes presentados oportunamente | No. De informes que se deben presentar oportunamente | 4 | 5 | 80% | 100% | 100% | |
| | | | | 5 | 5 | | | | |
| PORCENTAJE DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS | EFICACIA | Valor total de gastos ejecutados | Valor total de gastos presupuestados | 5621337366 | 7554204920 | 88% | 96% | 100% | |
| | | | | 6370446381 | 7862670389 | | | | |
| PORCENTAJE DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE INGRESOS | EFICACIA | Valor total de ingresos ejecutados | Valor total de ingresos presupuestados | 6370446381 | 6594699662 | 93% | 84% | 100% | |
| | | | | 6813941560 | 7862670389 | | | | |
| EJECUCION DE COMPRAS DE BIENES | EFICIENCIA | Valor compras del periodo | Plan de compras del periodo | 795758705 | 1512209702 | 81% | 98% | 100% | |
| | | | | 977899283 | 1546066717 | | | | |

Fuente: Documentos del SGC de la E.S.E. Clínica Guane

El documento que define todos los indicadores de la empresa clasificados a demás por área funcional puede ser observado en la interface del SGC, en donde además están los resultados de estos para la vigencia 2009.

8.7 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

Medir el nivel de satisfacción de los clientes de la E.S.E. Clínica Guane es fundamental para establecer el nivel de cumplimiento de los servicios ofrecidos.

8.7.1 Metodología

Inicialmente se identificó que lo que quería medirse era el nivel de satisfacción respecto a los servicios de consulta externa y urgencias, en la medida que estos son los procesos que fueron considerados más relevantes dentro de la cadena de valor de prestación de los servicios

Se diseñó una encuesta, aprobada por la alta dirección con la que se pretende establecer la percepción del servicio por parte de la comunidad.

8.7.2 Formato de la Encuesta

La encuesta se elaboró en Microsoft Word, una para evaluar el servicio de consulta externa y otra para el proceso de urgencias. El formato de la encuesta contiene una serie de preguntas que buscan conocer el nivel de satisfacción de los usuarios respecto de los servicios ofrecidos por la clínica. Los formatos de la encuesta se encuentran en el icono de seguimiento y medición del menú principal de la interface y se pueden observar en el **Anexo 20 y Anexo 21**.

8.8 MEDICIÓN DEL CLIMA LABORAL

Se diseñó y aplicó una encuesta de clima laboral para medir el grado de aceptación con que los empleados de la organización desarrollan sus actividades productivas.

8.8.1 Metodología

La encuesta de medición del clima laboral de la E.S.E. Clínica Guane, fue creada por la oficina de calidad, revisada por el comité MECI-Calidad y aprobada por la gerencia. Su implementación se hará por parte de la oficina de calidad a la totalidad del personal de la organización 1 vez por semestre como mínimo. La Figura 19 muestra la manera de acceder a esta información por medio de la interface del modelo de calidad diseñado para la implementación del SGC.

Figura 19 Encuesta medición clima laboral



Fuente: Autores del proyecto

8.8.2 Formato de la encuesta.

La encuesta de Clima Laboral de la E.S.E. Clínica Guane, permite evaluar la percepción de las siguientes variables:

- Igualdad de condiciones laborales
- Manejo de autoridad y comunicación
- Condiciones de Trabajo y ambiente laboral
- Liderazgo y relaciones de trabajo
- Desarrollo Humano y crecimiento personal

8.9 MANEJO DE QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS

El manejo de estos ítems por parte de los usuarios y clientes se estableció a través de la documentación de un procedimiento que permite establecer las quejas, reclamos y sugerencia como entradas y dar soluciones a los usuarios.

Las sugerencia no solo serán de los usuarios sino además de los clientes internos que deberán enviar sus comentarios y recomendaciones a las direcciones de correo electrónico presentadas en el menú principal de la interface.

8.10 PRODUCTO NO CONFORME Y NO CONFORMIDADES

El incumplimiento a uno o varios de los requisitos, afectando a los usuarios, se considera producto NC mientras que las no conformidades son aquellos incumplimientos identificados internamente que aún no han afectado al cliente. Se establece el procedimiento para dar trámite a estos incumplimientos en el **Anexo 22**.

Se procede a hacer manejo de correcciones para solucionar el inconveniente presentado, y si es el caso desarrollar acciones correctivas para eliminar la causa real del problema.

8.10.1 Metodología

Se documentó e implementó el procedimiento contenido en el Manual de Procesos y Procedimientos “Control de producto no conforme” y al que se puede acceder nuevamente desde la interface, en el, se especifican las actividades que se deben seguir para el tratamiento de un producto no conforme identificado, asignando responsabilidades.

En las reuniones del comité MECI-Calidad, los líderes de los procesos presentan los productos no conformes identificados para su análisis y consecuente forma de solución. La figura 20 presenta la vía de acceso desde el modulo de calidad a dicho procedimiento.

Figura 20 Implementación procedimiento para Producto NC y No conformidades



Fuente: Autores del proyecto

8.11 ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

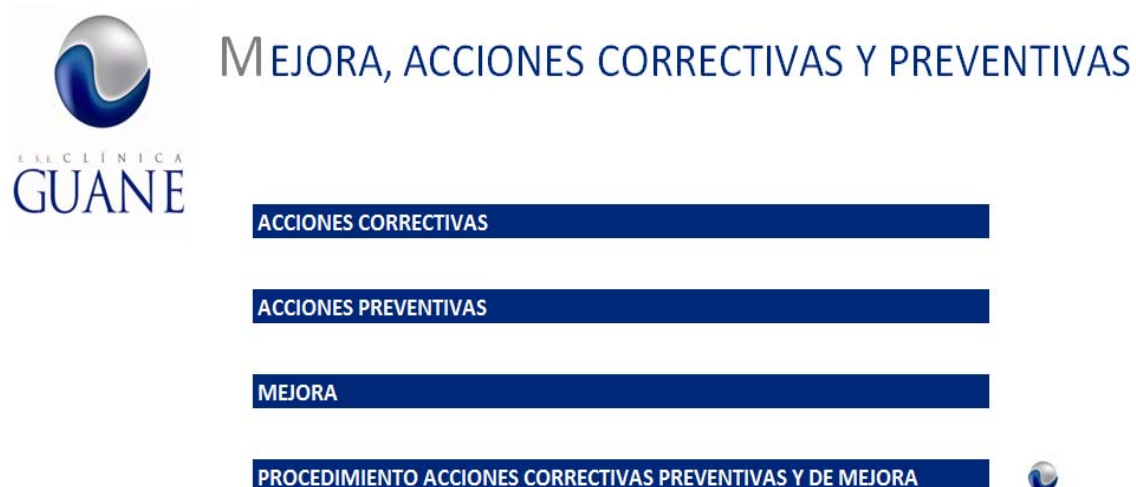
La implementaron de acciones, tanto correctivas, las cuales eliminan causas reales de un problema, es decir, se levantan posteriores a una no conformidad que evidenció un problema para que éste no vuelva a ocurrir; como preventivas quienes pretenden evitar el suceso de una no conformidad, eliminando la causa del riesgo latente, se establecer con base en el procedimiento documentado con el mismo nombre contenido en el Manual de Procesos y Procedimientos y de fácil acceso

mediante el ítem “Mejora, AC y AP” del menú principal de la interface del SGC. La figura 21 presenta el camino a seguir para encontrar la información referente a este tipo de acciones y oportunidades de mejora Ver **Anexo 23** y **Anexo 24**.

8.11.1 Metodología

El objetivo del procedimiento es definir el método para la toma de acciones correctivas que limiten el efecto del problema presentado o realizar acciones preventivas que eliminen la causa raíz de hallazgos de problemas reales o potenciales para prevenir que ocurran.

Figura 21 Implementación del procedimiento para AC, AP Y Mejora



Fuente: Autores del proyecto

9. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Con el objetivo de determinar la eficacia de la etapa de implementación del SGC en la E.S.E Clínica Guane se planificó la etapa de evaluación mediante la realización de dos auditorías internas y su correspondiente revisión por la dirección. Los resultados obtenidos dan origen a los planes de seguimiento para la mejora continua del Sistema.

9.1 PROGRAMACIÓN DE AUDITORÍA

Las auditorías internas se realizaron para inspeccionar, verificar y validar el cumplimiento de los numerales de la NTC GP 1000:2004 y presentar como objetivo el seguimiento al estado del SGC. El procedimiento que se desarrolló en cada una de las auditorías se encuentra documentado en el Manual de Procesos y Procedimientos contenido en la interface diseñada para la etapa de Implementación y se denomina PAI-001 (Véase **Anexo 25**).

Se establece el PAMEC¹⁴ para el año 2010 que intenta encontrar hallazgos en las auditorías que midan el nivel de madurez de los procesos, además de las fortalezas y falencias de los mismos. La realización de la primera auditoría se estableció para los días 12 y 13 de Enero de 2010, la segunda auditoría se ejecutó los días 10 y 11 de Marzo de 2010 (Ver **Anexo 26**).

9.2 PLANEACIÓN

Se constituyó un Plan de Auditorías (Véase **Anexo 27**) que contiene el objetivo, alcance, equipo auditor y la lista de preguntas para la entrevista al personal auditado. (Véase **Anexo 28**).

¹⁴ Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud

La primera auditoría interna realizada en la E.S.E. Clínica Guane estuvo a cargo del asesor externo de la empresa Laura Mercedes Duarte, quien estableció el alcance del mismo y estuvo apoyado por los estudiantes UIS.

9.3 EJECUCIÓN

La ejecución de la auditoría consta de tres etapas fundamentales, la primera es la reunión de apertura (Ver **Anexo 29**), donde el auditor presenta el plan de auditoría para ser socializado y aprobado.

Seguidamente se realizaron las entrevistas en cada uno de los 16 procesos, las cuales fueron guiadas por el auditor líder, quien determinó la metodología basada en la evidencia¹⁵ vs el criterio de evidencia.

Finalmente, se realizó la reunión de cierre donde se presentan los hallazgos obtenidos, las no conformidades y observaciones, todo esto consolidado en un informe de auditoría. (**Anexo 30**)

La segunda auditoría interna al SGC presentó como auditor líder a los autores del proyecto y fue acompañada por el tutor de la organización Javier García Gélvez, con excepción del proceso al cual pertenece. Se auditaron todos los procesos y los resultados están contenidos en informe de auditoría. (**Anexo 31**)

9.4 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

La revisión se llevó cabo por el equipo directivo MECI-Calidad, donde se evaluaron las evidencias que reflejaban el funcionamiento del SGC y se procedió a tomar decisiones que permitieran implementar planes de mejora, se efectuó recibiendo información a través de los diferentes elementos del Sistema que

¹⁵ Prueba o registros

evidenciaron el desempeño desde la perspectiva de los clientes internos y externos (clima laboral, encuestas de satisfacción, quejas y reclamos); el comportamiento de los procesos (indicadores de gestión), informe de la auditoría interna, el estado de las acciones correctivas y preventivas. El **Anexo 32** muestra el programa de revisión por la dirección.

9.5 SEGUIMIENTO Y MEJORA

La realización de las auditorías permitió establecer *hallazgos* evidenciados en forma de *no conformidades* u *oportunidades de mejora*, los cuales fueron intervenidos mediante los procedimientos para acciones preventivas o correctivas (Véase **Anexo 23 y Anexo 24**), a continuación se diseñó un plan de acción con el objeto de eliminar la raíz de los problemas. Estas acciones fueron monitoreadas por comité MECI-Calidad.

Se presenta en la Tabla 14 las acciones correctivas en relación a las no conformidades registradas en el informe de la primera auditoría interna y su respectivo estado actual. Posteriormente, se siguió un proceso similar para el resultado de la segunda auditoría, la Tabla 15 muestra las acciones correctivas tomadas para dar solución a los hallazgos; la revisión por la dirección estuvo delegada en el comité MECI-Calidad.

Partiendo de los resultados arrojados por las auditorías se diseñó un plan de mejora donde se detallan las actividades, se asignan los recursos y se definen las responsabilidades, con el propósito de incrementar el desempeño del Sistema. La Tabla 16 visualiza el avance de dicho plan y determina el porcentaje de cumplimiento a 31 de Marzo de 2010. La ejecución total de las actividades se planeó para un máximo de tres meses de manera tal que el SGC evidencie el cumplimiento total de los requisitos exigidos por la norma y se programe la auditoría de certificación.

Tabla 14 Acciones Correctivas primera Auditoría

| PROCESO | HALLAZGO | TIPO | ACCIÓN CORRECTIVA Y/O MEJORA | FECHA LÍMITE | ESTADO |
|----------------------------------|---|-----------------------|--|--------------|---------|
| Control Interno | No se evidencia que se haga verificación y seguimiento periódico de la información de acuerdo a lo establecido en la caracterización del proceso FCI-001 | No Conformidad | NO. 001 Efectuar un programa de seguimiento para ejercer control a los procesos que suministran las entradas del proceso de Control Interno | 09-02-2010 | Cerrada |
| Todos | Actualización, aplicación y socialización del manual de procedimientos Y procedimientos | No Conformidad | NO. 002 Recolectar la información pertinente a los procesos y realizar su respectiva caracterización. NO.003 Diseñar e implementar un único formato de caracterización NO. 004 Recopilar los procedimientos establecidos para cada proceso y crear los faltantes requeridos por la organización y exigidos por la norma. NO. 005 Elaborar, implementar y socializar el manual con su respectivo acto administrativo | 09-02-2010 | Cerrada |
| Gestión documental | La entidad incumple la ley 594 (ley archivística) | No Conformidad | NO. 006 Diseñar e implementar las tablas de retención documental | 09-02-2010 | Cerrada |
| Gestión documental y Control SGC | La organización no desarrolla el control de registros (numeral 4.2.4 NTC GP 1000:2004), pues existen algunos que no presentan el encabezado institucional y no están pre impresos | No Conformidad | NO. 007 Se realizó e implementó el procedimiento de control de registros. | 09-02-2010 | Cerrada |
| Control SGC | Ausencia de Procedimientos requisitos de la Norma y la no socialización de los existentes frente a lo establecido en el Numeral 4 de la norma. | No Conformidad Mayor | NO. 008 Se realizó e implementó los procedimientos exigidos por la norma NO. 009 Realizar listado maestro de registros. | 09-02-2010 | Cerrada |
| Control Interno y Control SGC | Asegurarse de aplicar los controles establecidos para socializar la documentación particular generada en cada proceso. | No Conformidad | NO. 006 Diseñar e implementar las tablas de retención documental NO. 010 Implementar política documental en cada documento unificándolos. NO. 011 Diseñar Sistema que permita la consulta de los documentos del SGC | 09-02-2010 | Cerrada |
| Control SGC | Establecer un Sistema que permita la consulta de los documentos del SGC a todos los servidores públicos, | Oportunidad de mejora | NO. 011 Diseñar Sistema que permita la consulta de los documentos del SGC | 09-02-2010 | Cerrada |

| PROCESO | HALLAZGO | TIPO | ACCIÓN CORRECTIVA Y/O MEJORA | FECHA LÍMITE | ESTADO |
|--|---|-----------------------|--|--------------|---------|
| | asegurando que estos no sean modificados- | | | | |
| Gestión direccionamiento o estratégico | La alta dirección debe asegurarse de proporcionar los recursos necesarios para implementar y mantener el SGC asegurando su mejora continua y eficacia. | No Conformidad | NO. 012 Establecer compromiso mediante resolución. | 09-02-2010 | Abierta |
| Gestión direccionamiento o estratégico | La alta dirección debe asegurarse de revisar dicho Sistema periódicamente, no se demostró evidencia que demuestre tal aplicación | No Conformidad | NO. 013 Establecer programa de revisión por la dirección al SGC a intervalos de tiempo planificados. | 09-02-2010 | Abierta |
| Gestión administración y logística/ Gestión financiera y contable | La organización debe mejorar la metodología para determinar y proporcionar los elementos necesarios para mantener la infraestructura principal para lograr la conformidad con los requisitos del servicio | No Conformidad | NO. 014 Establecer en el presupuesto el rublo asociado. NO. 015 Redistribución de oficinas | 09-05-2010 | Abierta |
| Todos | Asegurarse de aplicar las disposiciones establecidas para controlar los servicios no conformes | No Conformidad | NO. 008 Se realizó e implementó los procedimientos exigidos por la norma | 09-02-2010 | Cerrada |
| Misionales | No se encontró medición de satisfacción del servicio. | Oportunidad de mejora | NO. 016 Realizar un estudio de seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la Entidad | 09-02-2010 | Cerrada |
| Todos | La organización debe asegurarse de aplicar los métodos establecidos para la medición de los procesos del SGC | Oportunidad de mejora | NO. 017 Definir o registrar indicadores de Gestión en las Caracterizaciones así como otros procesos de apoyo. | 09-02-2010 | Cerrada |

Fuente: Autores del proyecto

Tabla 15 Acciones Correctivas Segunda Auditoría

| PROCESO | HALLAZGO | TIPO | ACCIÓN CORRECTIVA Y/O MEJORA | FECHA LÍMITE | ESTADO |
|--|--|----------------|---|--------------|---------|
| Gestión Direccionamiento Estratégico | La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del SGC, así como con la mejora continua de su eficacia. No se encontró programación de reuniones de revisión por la dirección del SGC (Numeral 5.1 d), la disponibilidad de recursos físicos para la oficina de calidad es insuficiente (Numeral 5.1 e). | No Conformidad | NO. 001 Establecer compromiso mediante resolución. | 09-04-2010 | Cerrada |
| Gestión Direccionamiento Estratégico | La alta dirección debe designar un miembro de la dirección quien, con independencia de otras responsabilidades, debe tener la responsabilidad que incluya los numerales 5.2.2 (a), (b), (c) de la norma. El representante designado por la alta Dirección es el Dr. Samuel Ardila, sin embargo sus responsabilidades no son independientes y además sus funciones como Subdirector Administrativo de la Clínica no le permiten tener el tiempo necesario para monitorear el SGC. | No Conformidad | NO. 002 Designar nuevo representante de la dirección por medio de resolución. | 07-05-2010 | Abierta |
| Talento Humano | La organización no determina la competencia necesaria del personal en relación a que en la resolución 108 de 2005 solo se registra lo relacionado a los cargos de planta de la entidad y no a los cargos hechos por orden de prestación de servicios. | No Conformidad | NO. 003 Reunir la información sobre las competencias de todos los cargos de la institución de los contratos de estos. NO. 004 hacer el manual competencias y responsabilidades. | 09-04-2010 | Cerrada |
| Facturación y cartera, Gestión Ambiental y Control SGC | La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad en la prestación de los servicios. Se evidencio que el espacio de trabajo (6.3a) no es el adecuado para oficinas como facturación y cartera. En cuanto a los equipos de apoyo para la labor productiva (6.3b), el hardware en los procesos de calidad y gestión ambiental es insuficiente | No Conformidad | NO. 005 Establecer en el presupuesto el rublo asociado. NO. 006 Redistribución de oficinas | 10-09-2010 | Abierta |
| Asistenciales (Urgencias, Ambulatorios, Apoyo Diagnóstico) | Los dispositivos de seguimiento y medición no son calibrados y verificados a intervalos de tiempo planificado, es decir, no son evaluados con patrones trazables. Elementos como rayos x deben presentar certificados especiales de utilización de la Secretaria de Salud Departamental. Numeral 7.6 | No Conformidad | NO. 007 Actualizar hoja de vida de los equipos de la E.S.E. Clínica Guane. NO. 008 Contratar a una empresa encargada de prestar estos servicios de calibración y pedir los certificados. | 10-09-2010 | Abierta |

| PROCESO | HALLAZGO | TIPO | ACCIÓN CORRECTIVA Y/O MEJORA | FECHA LÍMITE | ESTADO |
|------------------------------|---|-------------------------|---|--------------|--------|
| Todos | Asegurarse de "controlar" todos los documentos y registros del SGC, los documentos deberán realizarse de acuerdo a la política documental y en coordinación a los códigos establecidos por las TRDS, los registros deberán unificarse de acuerdo al nuevo encabezado establecido para la empresa. | Oportunidades de mejora | NO.009 Volver a implementar y socializar las políticas documentales de la institución. NO.010 Crear Mecanismos de Seguimiento y Control de documentos. | 10-09-2010 | |
| Control al SGC | Establecer capacitaciones durante las jornadas de inducción del personal para asegurarse de socializar la documentación particular generada en cada proceso y la general aplicable a todos los procesos.(Política y Objetivos de Calidad, Manuales de Calidad, Procesos y Procedimientos) | Oportunidades de mejora | NO. 011 Aumentar la periodicidad de estas capacitaciones ya que existe una alta rotación del personal. | 10-05-2010 | |
| Todos | Establecer un sistema de retroalimentación y evaluación de la interface para verificar si la documentación se encuentra en la versión actual. | Oportunidades de mejora | NO. 012 Crear un canal de comunicación entre las personas de la institución y la oficina de calidad. | 09-04-2010 | |
| Todos | Asegurarse de aplicar las disposiciones establecidas para controlar los servicios no conformes, según procedimiento respectivo; los procedimientos para AC y AP deberán adoptarse con el mayor sentido de pertenencia posible. | Oportunidades de mejora | NO. 013 Efectuar un programa de seguimiento para ejercer control a los procesos que suministran las entradas del proceso de Control Interno | 09-04-2010 | |
| Control al SGC | El seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos deberá ser evaluado por la dirección a intervalos específicos que aun no han sido establecidos. | Oportunidades de mejora | NO. 014 Realizar un estudio de seguimiento de la información relativa a la percepción del servicio por el cliente. | 10-09-2010 | |
| Direccionamiento Estratégico | Los indicadores diseñados para cada uno de los procesos establecen metas que deberán ser verificadas. Cuando no se alcancen los resultados planificados, deben asegurarse de llevar a cabo correcciones y acciones correctivas. | Oportunidades de mejora | NO. 015 Definir o registrar indicadores de Gestión en las Caracterizaciones así como otros procesos de apoyo y controlar su periodicidad. | 09-04-2010 | |
| Bienes y servicios | Establecer un documento para evaluación de proveedores que suministre más elementos de juicio a la hora de adjudicar licitaciones y hacer compras. | Oportunidades de mejora | NO. 016 Crear un documento para la calificación de proveedores. | 09-04-2010 | |

Fuente: Autores del proyecto

Tabla 16. Plan de Mejoramiento

| Actividad | Responsable | Recursos | Mes | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--------|---|---|---|---------|---|---|---|--------|---|---|---|
| | | | Enero | | | | Febrero | | | | marzo | | | |
| | | | Semana | | | | Semana | | | | Semana | | | |
| Objetivo: Planeación de actividades para la mejora continua del SGC | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. Actualizar la política de calidad integradora de los dos Sistemas de Gestión. | Comité MECI Calidad Estudiantes UIS | Oficina Talento humano Computador | | | | | | | | | | | | |
| 2. Actualización de las Tablas de Retención Documental mediante acto administrativo de manera que contenga los manuales hechos durante el proyecto. | Oficina calidad Oficina Gestión Documental Estudiantes UIS | Oficina Talento humano Computador | | | | | | | | | | | | |
| 3. Modificación y actualización del Manual de Procesos y Procedimientos a partir de las oportunidades de mejora establecidas en las auditorías. | Comité MECI Calidad Estudiantes UIS | Oficina Talento humano Computador | | | | | | | | | | | | |
| 4 Diseño Manual Funciones para los cargos no contemplados en la Resolución 108 de 2005 de la entidad. | Oficina calidad Líderes de los procesos Estudiantes UIS | Oficina Talento humano Computador | | | | | | | | | | | | |
| 5. Actualizar las caracterizaciones de Procesos y Procedimientos contemplando las funciones y competencias de los funcionarios. | Oficina calidad Líderes de los procesos Estudiantes UIS | Oficina Talento humano Computador | | | | | | | | | | | | |
| 6. Actualización de Listado Maestro de Documentos en relación a las disposiciones de los decretos de Emergencia Social y su vigencia hasta Diciembre de 2010 según fallo Corte Constitucional. | Oficina calidad Estudiantes UIS | Oficina Talento humano Computador Decretos 128 y 131 de 2010 | | | | | | | | | | | | |
| 7. Diseñar el Plan de Seguimiento para la revisión por la dirección. | Gerencia Comité MECI Calidad Estudiantes UIS | Oficina Talento humano Computador | | | | | | | | | | | | |
| 8. Diseñar e implementar nuevas encuestas para medir el clima laboral y satisfacción de clientes externos e internos. | Oficina calidad Estudiantes UIS Todos los empleados | Oficina Talento humano Computador | | | | | | | | | | | | |
| 9. Actualizar las fichas de indicadores. | Oficina calidad | Oficina | | | | | | | | | | | | |

| Actividad | Responsable | Recursos | Mes | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--------|---|---|---|---------|---|---|---|--------|---|---|---|
| | | | Enero | | | | Febrero | | | | marzo | | | |
| | | | Semana | | | | Semana | | | | Semana | | | |
| Objetivo: Planeación de actividades para la mejora continua del SGC | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Diseñar y documentar Planes de Acción para indicadores que no cumplan metas. | Líderes de los procesos Estudiantes UIS | Talento humano Computador | | | | | | | | | | | | |
| 10. Determinar la provisión de los recursos necesarios para el mantenimiento y mejora del SGC. | Oficina calidad Estudiantes UIS | Oficina Talento humano Computador | | | | | | | | | | | | |
| 11. Actualización de la interface del SGC y MECI. | Oficina calidad Estudiantes UIS Líderes de los procesos | Oficina Talento humano Computador | | | | | | | | | | | | |
| 12. Desarrollar Seguimiento del servicio No Conforme. | Comité MECI Calidad Estudiantes UIS Líderes de los procesos | Oficina Talento humano Computador | | | | | | | | | | | | |
| 13. Levantar acciones correctivas y preventivas para eliminar No conformidades y realizar las oportunidades de mejora- | Oficina calidad Líderes de los procesos Estudiantes UIS | Oficina Talento humano Computador | | | | | | | | | | | | |
| 14. Diseñar e implementar acciones de mejora continua de la eficacia y eficiencia del SGC. | Comité MECI Calidad Estudiantes UIS | Oficina Talento humano Computador | | | | | | | | | | | | |
| PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN A 31 DE MARZO DE 2010 | | 85.71% | | | | | | | | | | | | |

Fuente: Autores del proyecto

10. ARMONIZACIÓN NTC GP 1000:2004 Y CON EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO MECI 1000:2005¹⁶

En el penúltimo capítulo presenta la manera de cómo las dos normas, el MECI y la Norma de Calidad NTC GP 1000:2004, se integran mediante el Ciclo PHVA tanto en su contenido como en su documentación, dando como resultado la satisfacción de los numerales contenidos en ellas.

10.1 ARMONIZACIÓN CONCEPTUAL

Para entender la complementariedad entre el MECI y el SGC, se identificó aspectos relacionados con los objetivos que cada uno de ellos para encontrar su correspondencia.

Tanto el MECI, como la Norma de Calidad NTC GP 1000:2004, en su estructura se comportan de manera idéntica, en cada uno de sus componentes en el **Anexo 33** se relacionan definiciones, afines en ambos Sistemas.

El MECI 1000:2005 plantea una estructura compuesta por tres Subsistemas, nueve componentes y veintinueve elementos; la NTCGP 1000:2004, plantea 242 requisitos normativos, divididos en ocho capítulos, tres generales y cinco específicos; ambos Sistemas enfocan su estructura bajo un ciclo PHVA, lo que facilita su implementación en forma paralela y armonizada (Ver Figura 3).

En la interface se encuentra el modulo del MECI para la armonización ver Figura 22

¹⁶ Armonización guía MECI 1000:2005 Y NTCGP 1000:2004 en Entidades Públicas

Figura 22 Modulo MECI en Interface



Fuente: Autores del proyecto

10.2 CORRESPONDENCIA EN EL PLANEAR (CONTROL ESTRATÉGICO)

Tanto MECI como la Norma de Calidad NTCGP 1000:2004, tienen en común, la responsabilidad exclusiva y excluyente de la Alta Dirección en su implementación, lo cual exige que esta, nombre un directivo de primer nivel, distinto al jefe de Control Interno, Auditor Interno. En este caso el representante por la dirección es el Subdirector Administrativo Samuel Ardila.

En la armonización con el SGC la encontramos en la interface en el modulo de MECI encontramos archivos relacionados con el ambiente de control, Direccionamiento Estratégico y Administración del riesgo.

Figura 23 Sistema Control Estratégico interface



Fuente: Autores del proyecto

10.2.1 Componente ambiente de control

En el SGC, el ambiente de control se encuentra relacionado con los principios de calidad. Por otro lado, y en el entendido que es responsabilidad de la dirección, este componente se encuentra totalmente alineado con la responsabilidad gerencial y los recursos establecidos en la NTCGP 1000:2004. (Anexo 34). También encontramos el Código de ética.

10.2.2 Componente direccionamiento estratégico¹⁷

Este elemento habla de las estrategias establecidas por la E.S.E Clínica Guane para cumplir su direccionamiento estratégico, a través del plan de acción institucional que incorpore responsabilidad y recursos necesarios; indica que el SGC debe poseer planes estratégicos, la NTCGP 1000 exige a las entidades que formulen, establezcan y planifiquen la política de calidad y el SGC. (Ver Anexo 35).

Para cumplir este requisito la interface proporciona dos ítems, el Modelo De Operación y el Código Del Buen Gobierno.

¹⁷ Instrumentos técnicos se encuentran disponibles en la página web: www.dafp.gov.co

10.2.3 Componente administración del riesgo

MECI dedica un componente con cinco elementos que secuencialmente desarrollan una estrategia que permite el control de riesgos y la generación de la política de manejo de riesgo, que se relacionan con la norma de calidad NTCGP 1000:2004, la Dirección debe controlar que los riesgos estén actualizados e identificados y que los mapas de riesgos sean el insumo para generar acciones preventivas. (Ver **Anexo 36**).

Los documentos suministrados son la Guía Metodológica Administración del Riesgo, Formato Identificación de Riesgos, Formato Análisis y Valoración de Riesgos, Formato Mapa de Riesgos entre otros; donde se hace énfasis en la gestión y en la administración del riesgo.

10.3 CORRESPONDENCIA EN EL HACER (CONTROL DE GESTIÓN)¹⁸

El Subsistema de Control de Gestión del MECI; por su parte, la norma de calidad es específica en el desarrollo de cada uno de los numerales que tengan relación con el ciclo PHVA de la gestión y lo que MECI contiene, son controles para que esto se ejecute.

En ambos Sistemas se cumplen con el manual de Procesos y Procedimientos. En la armonización con el SGC la encontramos en la interface en el modulo de MECI encontramos archivos relacionados con las actividades de control, información y comunicación pública.

¹⁸ Tanto las normas como los instrumentos técnicos referenciados se encuentran publicados en la página web: www.dafp.gov.co

Figura 24 Sistema Control de Gestión Interface



Fuente: Autores del proyecto

10.3.1 Componente actividades de control

La norma técnica de calidad indica que para la implementación y mantenimiento de un SGC, se establece acciones preventivas de manejo de riesgos, aplicar un Sistema de evaluación apropiado para el seguimiento y medición de los procesos, y las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento e inspección y ensayo para el producto y/o servicio, así como los criterios para aceptación de este. (Ver **Anexo 37**). Los documentos visualizados por medio de la interface son Guía Metodológica Políticas de Operación y la Matriz de Políticas de Operación.

10.3.2 Componente información

La información puede ser considerada la base de la comunicación. En tal sentido, en el MECI se establecen dos tipos:

Información primaria y secundaria¹⁹

¹⁹ *Información primaria*: son aquellos datos que se obtienen de fuentes externas, provenientes de las instancias con las cuales la organización está en permanente contacto; las fuentes pueden encontrarse en el entorno inmediato como son la comunidad, los proveedores, las entidades reguladoras, entre otras.

Información secundaria: son aquellos datos que se originan y procesan al interior de la entidad; esta información constituye la base para establecer la comunicación a nivel interno, y

En el Sistema de Gestión de Calidad, a través de la NTCGP 1000:2004, este elemento de control se relaciona directamente con el Sistema de gestión documental, y atiende los requerimientos de la Ley 594 de 2000, los procedimientos obligatorios de la norma. (**Anexo 38**).

Para este componente se tienen la Matriz de Información Primaria y secundaria, Matriz Sistemas de Información.

10.3.3 Componente comunicación pública

En el Sistema de Gestión de Calidad, a través de la NTCGP 1000:2004, este elemento de control se encuentra relacionado de manera directa con la responsabilidad que tiene la alta dirección de asegurar que se establezcan dentro de la entidad los procesos de comunicación apropiados y de que la comunicación se efectúe considerando la eficacia del SGC y, de determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes y partes interesadas. (Ver **Anexo 39**).

Para este componentes se manejan la Matriz de Información y Comunicación Organizacional y Matriz de Informes a Partes Interesadas.

10.4 CORRESPONDENCIA EN EL VERIFICAR (CONTROL DE EVALUACIÓN)

El Sistema de control interno a través del MECI, proporciona una estructura para el control interno a la estrategia, la gestión y la evaluación en las entidades del Estado y por su parte el SGC a través de la Norma NTCGP 1000:2004, está orientado a dirigir y evaluar el desempeño institucional en

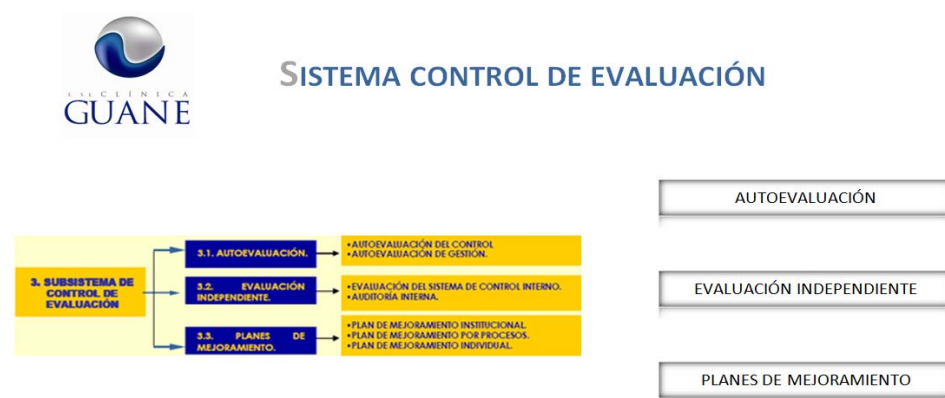
su proyección a los clientes externos y hacia la comunidad, lo cual permite la rendición de cuentas.

términos de calidad y satisfacción social en la prestación de servicios a cargo de las entidades.

La verificación se concentra en el Subsistema de Control de Evaluación, que tiene como finalidad adelantar actividades para determinar el estado de un elemento, frente a un parámetro previamente establecido, de modo tal que se puedan establecer acciones que permitan el cierre de las diferencias presentadas.

En la armonización con el SGC la encontramos en la interface en el modulo de MECI encontramos archivos relacionados con la Autoevaluación, Evaluación independiente y Planes de mejoramiento.

Figura 25 Sistema Control de Evaluación



Fuente: Autores del proyecto

10.4.1 Componente de autoevaluación

Tanto el MECI como el SGC a través de la norma de calidad, plantean la necesidad de contar con mecanismos de medición para los procesos, la operación y los usuarios y, convertir sus resultados en insumo del mejoramiento continuo. (Ver **Anexo 40**).

Los documentos visualizados por medio de la interface son Procedimiento AC, Procedimiento AP, Inventario Acciones De Mejoramiento, Formato Mejoramiento Continuo.

10.4.2 Componente de evaluación independiente

Las auditorías se deben desarrollar a través del programa de auditorías que debe ser avalado por el comité directivo MECI-CALIDAD, del cual el Jefe de la Oficina de Control Interno, o quien haga sus veces, no puede ser miembro participante con voto. (Ver **Anexo 41**).

Los documentos visualizados por medio de la interface son varios como el Procedimiento Auditorías Internas, Programa de Auditorías, Cronograma de Auditoria, Reporte de Auditoría y todos los documentos pedidos para realizar auditorías internas.

10.5 CORRESPONDENCIA EN EL ACTUAR (CONTROL DE EVALUACIÓN)

Corresponde al Subsistema de Control de Evaluación del MECI, concretamente al componente de Planes de Mejoramiento y a la Mejora Continua, Acciones preventivas y correctivas contenidas en la Norma Técnica de Calidad y tiene como finalidad la mejora en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios, así como la optimización de la operación interna institucional (ver Figura 25).

Figura 26 Planes de Mejoramiento Interface



Fuente: Autores del proyecto

10.5.1 Componente planes de mejoramiento

Este componente contempla la revisión del Sistema por parte de la alta dirección, para lo cual debe tener la información de entrada contenida en la Norma Técnica de Calidad, como son los resultados de auditorías, resultados de los procesos, estado de acciones correctivas y preventivas, acciones de seguimiento de revisiones, recomendaciones para la mejora y los riesgos actualizados e identificados, con el fin de lograr la mejora continua del Sistema. (Ver **Anexo 42**).

Para cumplir este requisito la interface proporciona dos ítems, El Plan de Auditoría y el procedimiento de revisión por la dirección.

11. CUMPLIMIENTO OBJETIVOS DEL PROYECTO

Se evidencia a continuación la manera como fueron alcanzados los objetivos, el cumplimiento del plan de trabajo, el perfil final del SGC basado en la NTC GP 1000:2004 y su respectiva armonización al MECI. Se presenta además los aportes adicionales logrados por el equipo de trabajo responsable de este proyecto.

11.1 CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

La tabla 26 muestra los objetivos específicos trazados al inicio del proyecto y las actividades que dieron cumplimiento a cada uno de los estos desarrolladas en cada uno de los capítulos del trabajo de grado.

Tabla 17 Cumplimiento de objetivos

| OBJETIVO ESPECIFICO | ACTIVIDADES DE CUMPLIMIENTO |
|--|---|
| Elaborar el diagnóstico de la organización teniendo en cuenta los requisitos de la Norma NTC GP 1000:2004 y su correlación con los numerales de la NTC MECI 1000:2005 que permita identificar el estado actual de la empresa, los procesos que harán parte de los Sistemas de Gestión de la Calidad y Control Interno, así como las fortalezas y debilidades que puedan ser de utilidad para el proceso. | 4. DIAGNÓSTICO E.S.E. CLÍNICA GUANE 4.4 ALCANCE DEL DIAGNÓSTICO 4.5.3 Resultados del diagnóstico 4.5.5 Análisis DOFA 4.5.5 Validación del informe de diagnóstico |
| Diseñar y planificar los elementos correspondientes al SGC. | 5. PLANIFICACIÓN 5.3 RESPONSABLES 5.4 Plan de Trabajo 5.5 ALCANCE Y EXCLUSIONES |
| Sensibilizar, capacitar y comprometer a todo el personal que labora en E.S.E CLÍNICA GUANE en cada una de las etapas que conlleva a la implementación de los Sistemas de Gestión de Calidad y Control Interno. | 6. SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN 6.2 REUNIONES DE SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN 6.3 METODOLOGÍA DE FORMACIÓN 6.4 PLAN REUNIONES CAPACITACIÓN 6.6 RESULTADOS Y MEDICIÓN |

| OBJETIVO ESPECIFICO | ACTIVIDADES DE CUMPLIMIENTO |
|--|--|
| <p>Documentar los procesos desarrollados en la E.S.E Clínica Guane 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 GP 1000-2004.</p> | <p>7. DOCUMENTACIÓN 7.2 METODOLOGÍA 7.2.2 Diseño y Elaboración de los Documentos 7.3 Manual de Calidad 7.4 Caracterización de Procedimientos 7.5 Registros</p> |
| <p>Implementar el SGC y armonizar con el Sistema de Control Interno basado en las normas NTC GP 1000:2004 y MECI 1000:2005 en la E.S.E CLÍNICA GUANE estandarizando de esta forma los procesos desarrollados en la organización.</p> | <p>8. IMPLEMENTACIÓN 8.3 METODOLOGÍA 8.5 IMPLEMENTACIÓN DE DOCUMENTOS 8.6 IMPLEMENTACIÓN DE INDICADORES</p> <p>10. ARMONIZACIÓN NTC GP 1000:2004 y MECI 1000:2005 10.2 CORRESPONDENCIA EN EL PLANEAR (CONTROL ESTRATEGICO) 10.3 CORRESPONDENCIA EN EL HACER (CONTROL DE GESTIÓN) 10.4 CORRESPONDENCIA EN EL VERIFICAR (CONTROL DE EVALUACIÓN) 10.5 CORRESPONDENCIA EN EL ACTUAR (CONTROL DE EVALUACIÓN)</p> |
| <p>Apoyar y gestionar la realización de dos auditorías internas para evaluar el estado del SGC e identificar oportunidades de mejora en sus procesos.</p> | <p>9. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD 9.1 PROGRAMACIÓN DE AUDITORÍA 9.2 PLANEACIÓN 9.3 EJECUCIÓN 9.4 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN 9.5 SEGUIMIENTO Y MEJORA</p> |
| <p>Diseñar los planes de mejora resultado del análisis de las auditorías y apoyar la implementación de los mismos.</p> | |

Fuente: Autores del proyecto

11.2 CUMPLIMIENTO PLAN DE TRABAJO

El contexto propio de la E.S.E Clínica Guane en cuanto a la disposición de espacios y tiempos se presentó como el factor que influyo directamente en los

tiempos de ejecución presupuestados para el desarrollo del proyecto. Sin embargo, se puede verificar que los objetivos de cada una de las fases del mismo fueron alcanzados exitosamente, y además se alcanzaron logros adicionales no presupuestados inicialmente.

Las principales razones que intervinieron en los tiempos diseñados en la etapa de planificación se presentan a continuación:

- La renovación del contrato del responsable de la oficina de calidad y tutor de la empresa para el proyecto. Esto en relación a que aproximadamente por un laxo de 40 días estuvo fuera de la E.S.E Clínica Guane. Cabe resaltar que esta persona estaba comprometida con el proyecto y estuvo atenta a prestar su colaboración aun durante el periodo que estuvo por fuera de la organización.
- Los procesos de contratación y sus respectivas jornadas de inducción, pues durante el transcurso del mes de Enero se llevó a término esta labor con la particularidad de la entrada de nuevo personal a la Clínica lo que se tradujo en nuevos equipos de trabajo en las diferentes áreas funcionales.

11.3 PERFIL FINAL DEL SGC ARMONIZADO CON MECI

La evaluación del SGC bajo los requerimientos de la NTC GP 1000:2004 y su correspondiente armonización con el MECI se estableció en el desarrollo de los capítulos del presente trabajo de grado; fue medido mediante la aplicación de la encuesta del DAFP utilizada en la etapa de Diagnóstico a los 10 funcionarios de planta quienes integran el equipo directivo, y que con anterioridad habían participado de la etapa Diagnóstico (véase **Anexo 5**). Los resultados se resumen en la Tabla 27.

Tabla 18 Perfil final SGC y MECI Clínica Guane

| | Puntaje por Subsistema | Interpretación | Puntaje del Sistema | Interpretación |
|--|------------------------|----------------|---------------------|----------------|
| Sistema de Gestión de la Calidad | 4,32 | ADECUADO | 4,42 | ADECUADO |
| Responsabilidad de la Dirección | 3,7 | SATISFACTORIO | | |
| Gestión de los Recursos | 4,43 | ADECUADO | | |
| Realización del producto o prestación del servicio | 4,19 | ADECUADO | | |
| Medición, análisis y mejora | 4,32 | ADECUADO | | |

Fuente: Autores del proyecto

11.4 APORTES A LA E.S.E. CLINICA GUANE NO PRESUPUESTADOS EN LOS OBJETIVOS

En adición al cumplimiento de los objetivos trazados al inicio del proyecto se desarrollaron aportes adicionales a la E.S.E Clínica Guane que permitieron mejorar las autoridades, responsabilidades y canales de comunicación de cada proceso y la ubicación del personal como parte activa de la cadena de valor de la prestación de los servicios de la empresa. De otro lado se diseñó una herramienta que enriquece el SGC y permite a todo el personal acceder e identificar los elementos del mismo.

11.4.1 Diseño e implementación nuevo Mapa de Procesos

Durante el desarrollo del proyecto se observó que la E.S.E Clínica Guane presentaba en su mapa de procesos falencia en relación a los procesos que exige la Ley para entidades Públicas y además visualizaba otros que no

existían. A partir del mapa de procesos anterior (**Anexo 43**) se diseñó el nuevo Mapa de Procesos con las siguientes consideraciones.

- Se analizó la misión de la empresa y a partir de esta se clasificaron los procesos en cuatro grandes grupos: Estratégicos, Asistenciales, De Apoyo, y de Evaluación.
- Dentro de los procesos Estratégicos se eliminaron los procesos de Coordinación interinstitucional y Gestión de la Calidad dado que el primero es una función del proceso denominado Direccionamiento Estratégico y el segundo estaba mal clasificado. Seguidamente se estableció la unión de los procesos de Mercadeo y Gestión de la Comunicación pues pertenecen a la misma área funcional y tienen un mismo responsable.
- Para los procesos asistenciales se identificaron 3 grandes procesos: Urgencias, Ambulatorios y Apoyo diagnóstico y terapéutico; estos a su vez tienen subprocesos que se pueden visualizar en el nuevo Mapa de Procesos y que antes no se observaban.
- En los procesos de apoyo se caracterizaron los procesos de Gestión Ambiental y Talento Humano exigidos por la ley y que anteriormente no existían. Por otro lado, se ordenó de manera más eficiente los procesos ya establecidos en relación al área funcional que los desarrolla.
- Para los procesos de evaluación se caracterizó el nuevo proceso de Control Interno Disciplinario y se agregó además el proceso de Control interno. El nuevo Mapa de procesos para la E.S.E Clínica Guane se puede observar en la Figura 8.

11.4.2 Diseño e implementación nueva Estructura Organizacional

El desarrollo del trabajo de grado estableció que el Organigrama que tenía la Clínica no estaba acorde con la teoría de construcción de una estructura organizacional, por consiguiente se eliminó la figura de secretaria general pues es un cargo y no un área funcional, se decidió también visualizar la junta directiva en forma elíptica dado que es una reunión de personas y finalmente se introdujo el nuevo proceso de control interno disciplinario y el de Calidad. La anterior estructura organizacional está referenciada en el **Anexo 44** y la nueva estructura se observa en la Figura 4.

11.4.3 Tablas de Retención Documental

Se diseñaron las tablas de retención documental que permiten la codificación de la información de acuerdo al área funcional productora y el tipo de documento (Ver **Anexo 13**); se estableció el listado maestro de documentos en correspondencia a lo anterior el cual se puede ver en la interface del SGC

11.4.4 Interface Sistema Gestión de Calidad

Se diseñó el módulo de calidad para la E.S.E Clínica Guane en Microsoft Excel, lo que permite un enriquecimiento y mejora continua de todos los procesos pues permite administrar la información del SGC a partir de los aportes de todo el personal de la clínica quienes a su vez deberán recoger las sugerencias y apreciaciones de los usuarios.

11.4.5 Documento Evaluación de Proveedores

Se estableció un documento para realizar una evaluación de proveedores (**Anexo 45**) que permita garantizar de manera más objetiva y eficaz los requerimientos a la hora de realizar los procedimientos de compras de la organización.

CONCLUSIONES

Resaltar que la etapa de diagnóstico constituyó un punto de vital importancia para visualizar la brecha institucional de la situación inicial o de partida con respecto al nivel de cumplimiento de requisitos basado en las Normas NTC GP 1000:2004 y MECI 1000:2005, hacia un escenario donde la implementación del SGC sea posible. Se identificó los numerales y procesos críticos a los que se debían enfocar los mayores esfuerzos.

Mediante las dos Auditorías internas realizadas en la E.S.E Clínica Guane y sus posteriores Informes de Auditorias se diseñaron y planificó las actividades necesarias para dar cumplimiento a los No Conformidades y Oportunidades de Mejora, como el diseño y desarrollar la documentación de cada uno de los procesos; definiéndose responsabilidades y cronogramas de trabajo ya que este apartado era en cual la Clínica tenía su mayor deficiencia cumpliendo con todos los documentos, registros y demás exigidos por la norma.

Buscando un sistema basado en procesos se estableció la documentación del SGC en busca de la estandarización y mejora continua de los procesos. Se consolidaron por tanto, 16 caracterizaciones, 109 procedimientos y la base de datos de los registros de la empresa.

Se definieron los indicadores de gestión y los establecidos por Ley con la Resolución 1446 de 2006, para evaluar y determinar el nivel de cumplimiento de las metas establecidas por la organización y crear evidencia para la revisión por la dirección. Los procesos que no alcanzaron las metas propuestas fueron intervenidos y se propuso unos Planes de acción el cual se verán reflejadas su efectividad en el próximo ciclo de evaluación.

Las actividades de la etapa de Capacitación y Sensibilización fueron eficaces, al desarrollar como líderes a los responsables de los procesos como multiplicadores y evaluadores de la implementación, mantenimiento y mejoramiento continuo del SGC, sin importar la rotación de personal anual habitual que presenta la organización.

Se evidencio un buen proceso de implementación de los requisitos de la NTC GP 1000:2004 en el proyecto, ya que se logro incrementar el nivel de madurez del SGC de 1,62 a 4,42 en escala de 1,0 a 5,0 respecto al cumplimiento de los requisitos, demostrando el grado de conocimiento del personal de la E.S.E Clínica Guane con el Sistema.

El diseño, desarrollo e implementación de la denominada Interface creó una herramienta dinámica y de uso cómodo para las personas de la institución donde pueden consultar todos los requerimientos, de documentación y de conocimiento que las normas NTC GP 1000:2004 y MECI 1000:2005 exigen. Podemos decir que esta herramienta fue la “Piedra Angular” para cumplir con los denominados requisitos del SGC.

La etapa de armonización con el MECI identificó elementos comunes y afines de las dos normas, a fin de ahorrar esfuerzos que se yuxtaponen logrando que los requisitos de la NTG GP 1000:2004 fortalezcan los subsistemas del MECI y de ésta manera, sea más eficaz el objeto de las actividades de administración y control de recursos. Estos elementos y documentos están disponibles en la oficina de Control Interno y Contenidos en la Interface.

A nivel personal experimentamos y percibimos la importancia de adquirir práctica en el mundo laboral y la relevancia de asumir retos y liderar procesos como fuentes del éxito y crecimiento.

RECOMENDACIONES

Crear mecanismos para fomentar la cultura personal e institucional necesarias para el desarrollo y mejoramiento del SGC, como aumentar la periodicidad y asistencia a reuniones del Equipo de Calidad y todo el personal en general, con el objeto de efectuar un seguimiento y medición a los procesos que conforman la E.S.E Clínica Guane. De esta forma crear un ambiente el cual haya mejores componentes de comunicación, lo cual evidencie que lo dicho en las reuniones llegue a más personas en la institución creando un verdadero canal de comunicación.

Mejorar la frecuencia de los indicadores de gestión en los procesos de apoyo y los reglamentados por la resolución 1446 del 2006 y utilizar un software o archivos de Excel apropiados que permita identificar y conservar estos resultados con el fin de llevar un registro histórico y prevenir pérdida de información valiosa para evidenciar trazabilidad en los indicadores. Además convertir estos indicadores en una herramienta para toma de decisiones y ayudar a controlar y medir todos los procesos en la E.S.E Clínica Guane.

Emplear las encuesta de satisfacción del usuario en Emergencias y Consulta Externa de forma más seguida y rigurosa, con el objetivo de verificar si se satisfacen las necesidades de todas las personas atendidas en la institución.

Implementar otros Sistemas de gestión como: ISO 14001, OHSAS 18001, ya que la misma naturaleza de la E.S.E Clínica Guane lo requieren. Por parte de la seguridad social, la implementación de un comité de COPASO por el de Vigía Ocupacional presente en la institución en la actualidad, ya que se paso de 9 personas contratadas por planta a 10, con el cargo de Control Interno Interdisciplinario. Una buena señalización de las instalaciones; y en lo

correspondiente al manejo ambiental montar y fomentar la recolección de desechos inorgánicos.

Perpetuar la gestión de implementación del SGC para obtener un modelo de mejoramiento continuo. Mediante la actualización y retroalimentación de la interface implementada en la institución, para que todas las personas tengan los documentos y requisitos necesarios y actualizados para alcanzar un nivel de cumplimiento y de calidad superior al que existe actualmente en la Organización. Con el soporte de los Sistemas de información implementados en los meses de Abril y Mayo crear una mejora en la comunicación del Sistema.

Organizar el Manual de Competencias y Responsabilidades, con todos los cargos de la institución ya que toda esta información está separada pero contenida en cada uno de los contratos.

Nombrar a la persona encargada de la oficina de Calidad Javier Gélvez como Representante de la dirección y con el apoyo de la institución realizar la acreditación en la institución.

Cambiar la ubicación de la oficina de archivo del segundo piso al primero para cumplir una exigencia con la Ley 594/00 en lo que respecta a la Ley Archivística que reseña que el peso de las historias clínicas podría ser mayor al que pueda soportar las estructuras.

Para continuar debemos señalar el bajo compromiso de la dirección evidenciado en la institución tanto como en el seguimiento y la revisión del Sistema de Calidad por eso nuestra recomendación es mayor control y compromiso en este agregado.

Finalmente, en el proceso de compras y adquisición de bienes utilizar la calificación de los proveedores sugerida por los estudiantes UIS para ofrecer una verdadera información sobre el rendimiento de estos elementos.

BIBLIOGRAFÍA

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN.

Norma técnica colombiana GP 1000:2004. Sistema de Gestión de la calidad para la Rama Ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios. Bogotá, D.C, 2004.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN.

Norma técnica colombiana ISO 9000:2000. Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos Y Vocabulario. Bogotá, D.C, 2002.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN.

Norma técnica colombiana ISO 9001:2008. Sistema de Gestión de la Calidad. Requisitos. Bogotá, D.C, 2008.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Manual de

Implementación NTC GP 1000:2004. Bogotá, Junio de 2006.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Guía de

Planeación para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad bajo la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTC GP 1000:2004. Bogotá, Septiembre de 2006.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Guía de

Diseño para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad bajo la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTC GP 1000:2004. Bogotá, Junio de 2007.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA.
Armonización Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 - Sistema de Gestión de la Calidad NTCGP 1000:2004 Entidades Públicas. Bogotá, 2007.

RESOLUCIONES E.S.E. Clínica Guane. Bucaramanga, 2005 y 2008.

HOYOS TORRES, William. Un Libro de Calidad, La Ingeniería Industrial aplicada a la Calidad en las empresas. Universidad Pontificia Bolivariana. Bucaramanga, Agosto de 2006.

<http://www.icontec.org>

<http://www.dafp.gov.co>

A

N

E

X

O

S

Anexo 1 Términos y definiciones aplicables NTC GP 10002004

- **Acción correctiva** conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.
- **Acción preventiva** conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.
- **Adquisición de bienes y servicios**, cualquier modalidad de contratación, convenio, concesión o provisión de bienes y/o servicios, inherentes al cumplimiento de la misión de la entidad.
- **Alta dirección** persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel una entidad.
- **Ambiente de trabajo** conjunto de condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo.
- **Auditoría interna** proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios definidos para la auditoría interna.
- **Autoridad** poder con que se cuenta o que se ha recibido por delegación.
- **Calidad** grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

- **Capacidad de una entidad** aptitud de una entidad, sistema o proceso para realizar un producto o prestar un servicio que cumple los requisitos para ese producto o servicio.
- **Cliente** organización, entidad o persona que recibe un producto y/o servicio.
- **Competencia** habilidad demostrada para aplicar conocimientos y aptitudes.
- **Concesión** autorización para utilizar o liberar un producto que no es conforme con los requisitos especificados.
- **Confirmación petrológica** conjunto de operaciones necesarias para asegurar que el equipo de medición cumple con los requisitos para su uso previsto.
- **Conformidad** cumplimiento de un requisito.
- **Control de la calidad** parte de la gestión de la calidad orientada al cumplimiento de los requisitos de la calidad.
- **Corrección** acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.
- **Diseño y desarrollo** conjunto de procesos que transforma los requisitos de una política, programa, proyecto o cliente en características especificadas o en la especificación de un proceso o sistema, producto y/o servicio.
- **Documento** información y su medio de soporte.

- **Efectividad** medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles.
- **Eficacia** grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.
- **Eficiencia** relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.
- **Enfoque basado en los procesos** identificación y gestión sistemática de los procesos empleados en las entidades. En particular, las interacciones entre tales procesos se conocen como "enfoque basado en los procesos".
- **Entidades** entes de la rama ejecutiva del poder público y otros prestadores de servicios cubiertos bajo la Ley 872 de 2003.
- **Equipo de medición** instrumento de medición, *software*, patrón de medición, material de referencia o equipos auxiliares, o combinación de ellos, necesarios para llevar a cabo un proceso de medición.
- **Especificación** documento que establece requisitos.
- **Estructura de la entidad** disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones entre el personal.
- **Gestión** actividades coordinadas para dirigir y controlar una entidad.
- **Gestión documental** conjunto de actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por las entidades, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación.

- **Infraestructura** sistema de instalaciones, equipos y servicios necesarios para el funcionamiento de una entidad.
- **Manual de la calidad** documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una entidad.
- **Mejora continua** acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.
- **Misión de una entidad** se entiende como el objeto social o la razón de ser de la entidad.
- **No conformidad** incumplimiento de un requisito.
- **Objetivo de la calidad** algo ambicionado, o pretendido, relacionado con la calidad.
- **Parte interesada** organización, persona o grupo que tenga un interés en el desempeño de una entidad.
- **Planificación de la calidad** parte de la gestión de la calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad y a la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados, para cumplir los objetivos de la calidad.
- **Política de la calidad de una entidad** intención(es) global(es) y orientación(es) relativa(s) a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección de la entidad.
- **Procedimiento** forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

- **Proceso** conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados.
- **Producto o servicio** resultado de un proceso o un conjunto de procesos.
- **Proveedor** organización o persona que proporciona un producto y/o servicio.
- **Registro** documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
- **Requisito** necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.
- **Responsabilidad** derecho natural u otorgado a un individuo en función de su competencia para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho.
- **Revisión** actividad emprendida para asegurar la conveniencia, la adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos.
- **Riesgo** toda posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda entorpecer el desarrollo normal de las funciones de la entidad y le impidan el logro de sus objetivos.
- **Satisfacción del cliente** percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos y expectativas.

- **Sistema** conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan con el fin de lograr un propósito.
- **Sistema de gestión de la calidad para entidades** herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades. Está enmarcado en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades.
- **Trazabilidad** capacidad para seguir la historia, la aplicación o la localización de todo aquello que está bajo consideración.
- **Validación** confirmación mediante el suministro de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos para una utilización o aplicación específica prevista.
- **Verificación** confirmación, mediante la aportación de evidencia objetiva, de que se han cumplido los requisitos especificados.

Anexo 2 Correspondencia entre el MECI 1000:2005 y la NTCGP 1000:2004



**MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO PARA
EL ESTADO COLOMBIANO**

MECI 1000:2005

| CORRESPONDENCIA ENTRE EL MECI 1000:2005 y la NTCGP 1000:2004 | | |
|---|----------------|--|
| MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO PARA EL ESTADO COLOMBIANO MECI 1000:2005. | | Norma técnica de sistema de gestión de la calidad para la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios. Requisitos |
| Título | Numeral | Numeral |
| Introducción | 1 | 1 |
| Generalidades | 1.1 | 1.1 |
| Principios del Modelo Estándar de Control Interno | 1.2 | 1.2 |
| Compatibilidad con otros sistemas. | 1.3 | 1.3 |
| Objeto | 2 | 2 |
| Objetivos del Control de Cumplimiento | 2.1 | 2 |
| Objetivos del Control Estratégico | 2.2 | 2 -7.3 |
| Objetivos del Control de Ejecución | 2.3 | 2 – 4.2 - 7 |
| Objetivos del Control de Evaluación | 2.4 | 2 – 7.6 - 8 |
| Objetivos del Control de Información | 2.5 | 2 – 7.2.3 |
| Estructura de Control | 3 | 1.1 |
| Términos y Definiciones | 4 | 3 |
| Subsistema de Control Estratégico | 1 | 7.3 |
| Componente Ambiente de Control | 1.1 | 3.36 - 6.4 |
| Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos. | 1.1.1 | 5.3 |
| Desarrollo del Talento Humano | 1.1.2 | 6.2 |
| Estilo de Dirección | 1.1.3 | 5.6.1 |
| Componente de Direccionamiento Estratégico | 1.2 | 7.1 – 7.5.1 |
| Planes y Programas | 1.2.1 | 3.38 - 3.39 - 7.3.1 |
| Modelo de Operación por Procesos | 1.2.2 | 3.22 – 3.39 |
| Estructura Organizacional | 1.2.3 | 3.26 |
| Componente Administración del Riesgo | 1.3 | 3.46 |
| Contexto Estratégico | 1.3.1 | |
| Identificación de Eventos | 1.3.2 | |
| Análisis del Riesgo | 1.3.3 | |



**MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO PARA
EL ESTADO COLOMBIANO**

MECI 1000:2005

| CORRESPONDENCIA ENTRE EL MECI 1000:2005 y la NTCGP 1000:2004 | | |
|---|----------------|--|
| MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO PARA EL ESTADO COLOMBIANO MECI 1000:2005. | | Norma técnica de sistema de gestión de la calidad para la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios. Requisitos |
| Título | Numeral | Numeral |
| Valoración del Riesgo | 1.3.4 | |
| Políticas de Administración del Riesgo | 1.3.5 | 5.6.2 |
| Subsistema de Control de Gestión | 2 | 7.1 |
| Componente Actividades de Control | 2.1 | 7.3.4 - 7.3.5 |
| Políticas de Operación | 2.1.1 | 5.4 |
| Procedimientos | 2.1.2 | 3.38 – 3.39 |
| Controles | 2.1.3 | 8 |
| Indicadores | 2.1.4 | 8.4 |
| Manual de Procedimientos | 2.1.5 | 4.2.2 |
| Componente Información | 2.2 | 8.4 |
| Información primaria | 2.2.1 | 3.10 – 3.24 |
| Información Secundaria | 2.2.2 | 4.2.4 |
| Sistemas de Información | 2.2.3 | 3.18 - 3.24 – 3.28 - 8.4 |
| Componente de Comunicación Pública | 2.3 | 4.2 |
| Comunicación Organizacional | 2.3.1 | 5.5.3 |
| Comunicación Informativa | 2.3.2 | 3.10 – 7.2.3 |
| Medios de Comunicación | 2.3.3 | 5.5.3 - 6.3 |
| Subsistema de Evaluación | 3 | 7.6 – 8 |
| Componente Autoevaluación | 3.1 | 7.3.4 – 7.5.2 |
| Autoevaluación del Control | 3.1.1 | 7.3.4 – 7.6 |
| Autoevaluación a la Gestión | 3.1.2 | 8 |
| Componente Evaluación Independiente | 3.2 | |
| Evaluación del Sistema de Control Interno | 3.2.1 | 3.1- 3.2 - 8 |
| Auditoría Interna | 3.2.2 | 3.26 - 8.2.2 |
| Componente Planes de Mejoramiento | 3.3 | 8.5.1 |
| Plan de Mejoramiento Institucional | 3.3.1 | 8.2.4 – 8.3 |
| Planes de Mejoramiento por | 3.3.2 | 8.2.3 |



**MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO PARA
EL ESTADO COLOMBIANO**

MECI 1000:2005

| CORRESPONDENCIA ENTRE EL MECI 1000:2005 y la NTCGP 1000:2004 | | |
|---|----------------|--|
| MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO PARA EL ESTADO COLOMBIANO MECI 1000:2005. | | Norma técnica de sistema de gestión de la calidad para la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios. Requisitos |
| Título | Numeral | Numeral |
| Procesos | | |
| Planes de Mejoramiento Individual | 3.3.3 | |
| Roles y responsabilidades | 5 | 5 |
| Responsabilidad de la Alta Dirección | 5.1 | 5.1 – 3.4 |
| Representante de la Dirección | 5.2 | 5.5.2 |
| Comité de Coordinación de Control Interno | 5.3 | |
| Servidores Públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas | 5.4 | 6.2.2 |
| Oficinas de Control Interno, Unidad de Auditoría o quien haga sus veces | 5.5 | |
| Implementación del Modelo Estándar de Control Interno. | 6 | |
| Etapa 1 | 6.1 | 4 – 5 – 6 |
| Etapa 2 | 6.2 | 7 |
| Etapa 3 | 6.3 | 8 |
| Etapa 4 | 6.4 | |

Anexo 3 Actividades Diagnóstico para implementación NTC GP 1000:2004 E.S.E. Clínica Guane

| 1-30 SEPTIEMBRE DE 2009 | | | | | | |
|---|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| FASES DIAGNÓSTICO | ACTIVIDADES | SEMANA 1 | SEMANA 2 | SEMANA 3 | SEMANA 4 | SEMANA 5 |
| PLANIFICAR REALIZACIÓN DEL DIAGNOSTICO | Definición, objeto, alcance, agenda, personas a entrevistar, fechas y lugares | | | | | |
| | Programa de actividades | | | | | |
| | Sensibilización encuesta NTC GP 1000 | | | | | |
| RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN | Lista de verificación | | | | | |
| | Cuestionario de afirmación sobre la norma | | | | | |
| | Definición de recursos | | | | | |
| PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN | Tabulación de la información | | | | | |
| | Análisis estadístico de la información | | | | | |
| | Análisis de resultados | | | | | |
| EJECUCIÓN DEL DIAGNOSTICO | Socialización de resultados, detalles e inquietudes | | | | | |
| | Informe preliminar | | | | | |
| VALIDACIÓN INFORME DIAGNÓSTICO | Sensibilización con la Alta Dirección | | | | | |
| | Presentación Informe final | | | | | |

Anexo 4 Determinación del tamaño de la Muestra

Se propone un método aleatorio para garantizar que todos los servidores tengan la misma oportunidad de ser encuestados, utilizando como instrumento la Tabla de Números Aleatorios.

Definir el tamaño de la muestra de acuerdo con el número de servidores que pertenecen a la entidad o a cada área Organizacional, tomando como referencia la tabla No. 1. El muestreo aplica los criterios estadísticos más generalizados en el ámbito de la investigación social: nivel de confianza 95% y margen de error 5%.

Tabla No. 1. Tamaño de muestra

| PO | MU | PO | MU | PO | MU | PO | MU | PO | MU | PO | MU | PO | MU |
|----|----|----|----|-----|----|-----|----|-----|-----|-----|-----|------|-----|
| 10 | 10 | 41 | 38 | 72 | 61 | 103 | 82 | 134 | 100 | 165 | 116 | 196 | 131 |
| 11 | 11 | 42 | 38 | 73 | 62 | 104 | 83 | 135 | 101 | 166 | 117 | 197 | 132 |
| 12 | 12 | 43 | 39 | 74 | 63 | 105 | 83 | 136 | 101 | 167 | 117 | 198 | 133 |
| 13 | 13 | 44 | 40 | 75 | 63 | 106 | 84 | 137 | 102 | 168 | 118 | 199 | 134 |
| 14 | 14 | 45 | 41 | 76 | 64 | 107 | 84 | 138 | 102 | 169 | 119 | 200 | |
| 15 | 15 | 46 | 42 | 77 | 65 | 108 | 85 | 138 | 103 | 170 | 119 | 225 | 140 |
| 16 | 16 | 47 | 42 | 78 | 65 | 109 | 86 | 140 | 103 | 171 | 120 | 226 | |
| 17 | 17 | 48 | 43 | 79 | 66 | 110 | 86 | 141 | 104 | 172 | 120 | 250 | 150 |
| 18 | 18 | 49 | 44 | 80 | 67 | 111 | 87 | 142 | 104 | 173 | 121 | 251 | |
| 19 | 19 | 50 | 45 | 81 | 68 | 112 | 87 | 143 | 105 | 174 | 121 | 275 | 160 |
| 20 | 20 | 51 | 46 | 82 | 68 | 113 | 88 | 144 | 105 | 175 | 121 | 276 | |
| 21 | 20 | 52 | 46 | 83 | 69 | 114 | 89 | 145 | 106 | 176 | 122 | 300 | 170 |
| 22 | 21 | 53 | 47 | 84 | 70 | 115 | 89 | 146 | 107 | 177 | 122 | 301 | |
| 23 | 22 | 54 | 48 | 85 | 70 | 116 | 90 | 147 | 107 | 178 | 123 | 325 | 180 |
| 24 | 23 | 55 | 49 | 86 | 71 | 117 | 90 | 148 | 108 | 179 | 123 | 326 | |
| 25 | 24 | 56 | 49 | 87 | 72 | 118 | 91 | 149 | 108 | 180 | 124 | 350 | 190 |
| 26 | 25 | 57 | 50 | 88 | 72 | 119 | 92 | 150 | 109 | 181 | 124 | 351 | |
| 27 | 26 | 58 | 51 | 89 | 73 | 120 | 92 | 151 | 109 | 182 | 125 | 375 | 200 |
| 28 | 27 | 59 | 52 | 90 | 74 | 121 | 93 | 152 | 110 | 183 | 125 | 376 | |
| 29 | 28 | 60 | 53 | 91 | 74 | 122 | 93 | 153 | 110 | 184 | 126 | 400 | 210 |
| 30 | 28 | 61 | 53 | 92 | 75 | 123 | 94 | 154 | 110 | 185 | 126 | 401 | |
| 31 | 29 | 62 | 54 | 93 | 76 | 124 | 94 | 155 | 111 | 186 | 127 | 500 | 218 |
| 32 | 30 | 63 | 55 | 94 | 76 | 125 | 95 | 156 | 111 | 187 | 127 | 501 | |
| 33 | 31 | 64 | 55 | 95 | 77 | 126 | 96 | 157 | 112 | 188 | 128 | 600 | 235 |
| 34 | 32 | 65 | 56 | 96 | 77 | 127 | 96 | 158 | 112 | 189 | 128 | 601 | |
| 35 | 33 | 66 | 58 | 97 | 78 | 128 | 97 | 159 | 113 | 190 | 128 | 700 | 249 |
| 36 | 33 | 67 | 58 | 98 | 79 | 129 | 97 | 160 | 113 | 191 | 129 | 701 | |
| 37 | 34 | 68 | 58 | 99 | 79 | 130 | 98 | 161 | 114 | 192 | 129 | 800 | 260 |
| 38 | 35 | 69 | 59 | 100 | 80 | 131 | 98 | 162 | 114 | 193 | 130 | 801 | |
| 39 | 36 | 70 | 60 | 101 | 81 | 132 | 99 | 163 | 115 | 194 | 130 | 900 | 270 |
| 40 | 37 | 71 | 61 | 102 | 82 | 133 | 99 | 164 | 115 | 195 | 131 | 900 | |
| | | | | | | | | | | | | 1000 | 278 |

Fuente: DAFP

Para determinar el número de encuestas a realizar en la E.S.E Clínica Guane se realizara con el personal de planta que lo componen 8 personas y el gerente. En este caso se hicieron 7 encuestas al personal de planta que son:

- Pedro Chanaga Duran.
- Samuel Ardila Rueda.
- Claudia Cecilia Hernández Villamizar.
- Doris Cecilia Velasco Villamizar.
- Mary Luz Hernández López.
- Dalia Astrid Arias Lozano.
- Jorge Merchán Herrera.

Y el gerente:

- Martín Emilio Rodríguez Cáceres.

Para un total de 8 personas para nuestra población, y dado que es un número pequeño se toma un total del 100% de las personas para realizar las encuestas entonces se realizaran la totalidad de las encuestas.

Anexo 5 Encuesta Diagnóstico

| Consecutivo General | Consecutivo por Numeral | Numeral NTC GP 1000:2004 | Numeral MECI 1000:2005 | Afirmaciones | No Sabe | No se cumple | Se cumple insatisfactoriamente | Se cumple aceptablemente | Se cumple en alto grado | Se cumple plenamente | EVIDENCIA | |
|---------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------|---|---------|--------------|--------------------------------|--------------------------|-------------------------|----------------------|-----------|------------|
| | | | | | | | | | | | Verbal | Documental |
| | | 4 | | SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD | | | | | | | | |
| | | 4.1 | | Requisitos Generales | | | | | | | | |
| 1 | 1 | a | | Están identificados los procesos que le permiten a la entidad cumplir su misión (estratégicos, apoyo, misionales, de evaluación) | | | | | | | | |
| 2 | 2 | b | | Se han determinado la secuencia e interrelación de esos procesos | | | | | | | | |
| 3 | 3 | C | | Los métodos y criterios requeridos para asegurar la operación eficaz y eficiente y el control de los procesos ya están definidos | | | | | | | | |
| 4 | 4 | d | | Hay disponibilidad de información y recursos para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos | | | | | | | | |
| 5 | 5 | e | | Se realiza seguimiento y medición a los procesos | | | | | | | | |
| 6 | 6 | f | | Se implementan las acciones necesarias para alcanzar lo planificado y la mejora continua a estos procesos | | | | | | | | |
| 7 | 7 | g | | Se han identificado y diseñado los puntos de control frente a los riesgos mas significativos | | | | | | | | |
| 8 | 8 | | | Se efectúa control sobre los procesos contratados externamente | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 9 | 9 | | | En el control sobre procesos contratados a terceros se da cumplimiento a las disposiciones legales vigentes | | | | | | | | | | | | | |
| | | 4.2 | | Gestión Documental | | | | | | | | | | | | | |
| | | 4.2.1 | | Generalidades | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 1 | a | | La política y los objetivos de calidad están documentados | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | 2 | b | | Existe un manual de calidad | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | 3 | c | | Se han elaborado los procedimientos documentados exigidos por esta norma (control de documentos, control de registros, control de producto no conforme, acciones correctivas, acciones preventivas, auditorias internas de calidad.) | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 4 | d | | Se han elaborado otros documentos (manuales, procedimientos, instructivos, guías, protocolos) | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | 5 | e | | Se diligencian y se y conservan los registros exigidos por la norma | | | | | | | | | | | | | |
| | | 4.2.2 | | Manual de Calidad | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | 1 | | | Esta documentado el Manual de la Calidad | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | 2 | a | | Incluye el alcance y las inclusiones | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | 3 | b | | Incluye los procedimientos documentados o hace referencia a los mismos | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | 4 | c | | Incluye la secuencia e integración de los procesos | | | | | | | | | | | | | |
| | | 4.2.3 | | Control de Documentos | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | 1 | a | | Existe un procedimiento documentado que incluya la aprobación de los documentos para verificar la suficiencia antes de la edición. | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | 2 | b | | Existe un procedimiento documentado que incluya la revisión, actualización y reaprobación de los documentos | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|--------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 21 | 3 | c | Existe un procedimiento documentado que incluya la identificación de los cambios y la revisión vigente | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | 4 | d | Existe un procedimiento documentado que incluya la disponibilidad en los puntos de uso de las versiones pertinentes de la documentación aplicable | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | 5 | e | Existe un procedimiento documentado que incluya los mecanismos para asegurar la legibilidad y la fácil identificación de los documentos | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | 6 | f | Existe un procedimiento documentado que incluya mecanismos para asegurar la identificación de los documentos externos y el control de su distribución | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | 7 | g | Existe un procedimiento documentado que incluya la prevención contra el uso no adecuado de los documentos, obsoletos y la identificación de aquellos que se conservan | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 | 8 | h | Se han identificado e implementado las disposiciones legales que le sean aplicables a la entidad sobre el control de los documentos (ley de archivos) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 4.2.4 | Control de Registros | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 | 1 | | Los registros proporcionan evidencia de la conformidad, eficiencia, eficacia y efectividad del sistema de gestión de calidad | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 | 2 | | Existe un procedimiento documentado para la identificación, almacenamiento, recuperación, protección, tiempo de conservación y disposición de los registros | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 | 3 | | Se han identificado e implementado las disposiciones legales que les sean aplicables a la entidad sobre el control de los registros (ley de archivos) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 5 | Responsabilidad de la Dirección | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | 5.1 | Compromiso de la Dirección | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | 1 | a | la dirección comunica a la organización la importancia de satisfacer los requisitos de los clientes, los legales y los reglamentarios | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31 | 2 | b | Se ha establecido la política de calidad | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32 | 3 | c | Se han establecido los objetivos de la calidad | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33 | 4 | d | Se han realizado las revisiones por la dirección | | | | | | | | | | | | | | | |
| 34 | 5 | e | Existe disponibilidad de recursos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 5.2 | Enfoque hacia el cliente | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35 | 1 | | Se determinan y cumplen los requisitos del cliente para lograr su satisfacción | | | | | | | | | | | | | | | |
| 36 | 2 | | Los clientes están debidamente informados sobre la gestión de la entidad | | | | | | | | | | | | | | | |
| 37 | 3 | | Existen mecanismos para conocer el nivel de satisfacción del cliente | | | | | | | | | | | | | | | |
| 38 | 4 | | Se rinden cuentas de manera regular a la comunidad y organismos de control | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 5.3 | Política de calidad | | | | | | | | | | | | | | | |
| 39 | 1 | a | Es adecuada a la misión de la entidad | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40 | 2 | b | Es coherente con el plan de desarrollo, los planes sectoriales y de desarrollo administrativo, el sistema de control interno y los planes estratégicos establecidos | | | | | | | | | | | | | | | |
| 41 | 3 | c | Incluye el compromiso de satisfacer los requisitos y de la mejora continua de la eficacia, la eficiencia y la efectividad del sistema de gestión de la calidad | | | | | | | | | | | | | | | |
| 42 | 4 | d | Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad | | | | | | | | | | | | | | | |
| 43 | 5 | e | Es comunicada y entendida por los servicios públicos y / o particulares que ejercen funciones públicas dentro de la entidad | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|--------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 44 | 6 | f | | Se revisa para adecuación continua | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 5.4 | | Planificación | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 5.4.1 | | Objetivos de la calidad | | | | | | | | | | | | | | |
| 45 | 1 | | | Se han establecido objetivos de la calidad para las funciones y niveles pertinentes de la organización | | | | | | | | | | | | | | |
| 46 | 2 | | | Incluyen compromisos para cumplir los requisitos del producto y / o servicio | | | | | | | | | | | | | | |
| 47 | 3 | | | Los objetivos de la calidad son mensurables y consistentes con la política de la calidad | | | | | | | | | | | | | | |
| 48 | 4 | | | En la formulación reobjetivos de la calidad se ha dado consideración al marco legal que circunscribe a la entidad. | | | | | | | | | | | | | | |
| 49 | 5 | | | En la formulación de objetivos de calidad se han considerado los recursos humanos, financieros y operacionales con los que cuenta la entidad. | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 5.4.2 | | Planificación del sistema de gestión de la calidad | | | | | | | | | | | | | | |
| 50 | 1 | a | | Se ha establecido en la planificación de la calidad el cumplimiento al requisito 4,1 de la norma. | | | | | | | | | | | | | | |
| 51 | 2 | b | | Se ha establecido en la comunicación de la calidad la manera para cumplir los objetivos de la calidad | | | | | | | | | | | | | | |
| 52 | 3 | | | Se ha establecido en la planificación de la calidad cómo mantener la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planifican e implementan cambios a este. | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 5.5 | | Responsabilidad, autoridad y comunicación | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 5.5.1 | | Responsabilidad y autoridad | | | | | | | | | | | | | | |
| 53 | 1 | | | Están definidas dentro de la organización las responsabilidades y autoridades. | | | | | | | | | | | | | | |
| 54 | 2 | | | Han sido comunicadas dentro de la organización las responsabilidades y autoridades | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 5.5.2 | | Representante de la dirección | | | | | | | | | | | | | | |
| 55 | 1 | | | Esta designado formalmente ante la organización | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|--------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 56 | 2 | | | Es un miembro de la dirección | | | | | | | | | | | | | |
| 57 | 3 | a | | Se le han definido responsabilidades y tiene la autoridad para asegurar que se establezcan, implementen y se mantengan los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad | | | | | | | | | | | | | |
| 58 | 4 | b | | Se le han definido responsabilidades y tiene la autoridad para informar a la dirección sobre el desempeño de sistema de gestión de la calidad y de cualquier necesidad de mejora | | | | | | | | | | | | | |
| 59 | 5 | c | | Se le han definido responsabilidades y tiene la autoridad para asegurar que se promueva la toma de conciencia de los requisitos de los clientes en todos los niveles de la organización | | | | | | | | | | | | | |
| | | 5.5.3 | | Comunicación interna | | | | | | | | | | | | | |
| 60 | 1 | | | Se han establecido mecanismos de comunicación al interior de la organización considerando la eficacia del sistema de gestión de la calidad | | | | | | | | | | | | | |
| | | 5.6 | | Revisión por la dirección | | | | | | | | | | | | | |
| | | 5.6.1 | | Generalidades | | | | | | | | | | | | | |
| 61 | 1 | | | Esta planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección al sistema de gestión de la calidad | | | | | | | | | | | | | |
| 62 | 2 | | | la revisión es concluyente respecto a la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia, efectividad del sistema de gestión de la calidad | | | | | | | | | | | | | |
| 63 | 3 | | | Se incluye en la revisión la evaluación de las oportunidades de mejora | | | | | | | | | | | | | |
| 64 | 4 | | | Se incluye en la revisión la evaluación de la necesidad de realizar cambios al sistema de gestión de la calidad incluyendo la política y los objetivos de la calidad | | | | | | | | | | | | | |
| 65 | 5 | | | Se mantiene registros de las revisiones por la dirección | | | | | | | | | | | | | |
| | | 5.6.2 | | Información para la revisión | | | | | | | | | | | | | |
| 66 | 1 | a | | Se analizan en la revisión los resultados de las auditorías | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 67 | 2 | b | | Se analiza en la revisión los resultados de la retroalimentación de los clientes | | | | | | | | | | | |
| 68 | 3 | c | | Se consideran en la revisión los indicadores del desempeño de los procesos y conformidad del producto y/o servicio | | | | | | | | | | | |
| 69 | 4 | d | | Se considera en la revisión el estado de las acciones correctivas y preventivas | | | | | | | | | | | |
| 70 | 5 | e | | Se consideran en la revisión las acciones de seguimiento de revisiones anteriores | | | | | | | | | | | |
| 71 | 6 | f | | Se consideran en la revisión en la revisión los cambios planificados que afectarían al sistema de gestión de la calidad | | | | | | | | | | | |
| 72 | 7 | g | | Se consideran las recomendaciones para la mejora | | | | | | | | | | | |
| 73 | 8 | h | | Se consideran en la revisión los riesgos actualizados e identificados para la entidad | | | | | | | | | | | |
| | | 5.6.3 | | Resultados de la revisión | | | | | | | | | | | |
| 74 | 1 | a | | Los resultados de cada revisión incluyen decisiones sobre la mejora de la eficacia del sistema de gestión de calidad y sus procesos | | | | | | | | | | | |
| 75 | 2 | b | | Los resultados de cada revisión incluyen decisiones sobre la mejora del producto con relación a los requisitos del cliente | | | | | | | | | | | |
| 76 | 3 | c | | Los resultados de cada revisión incluyen decisiones sobre las necesidades de recursos | | | | | | | | | | | |
| | | 6 | | Gestión de los Recursos | | | | | | | | | | | |
| | | 6.2 | | Talento Humano | | | | | | | | | | | |
| | | 6.2.1 | | Generalidades | | | | | | | | | | | |
| 77 | 1 | | | Los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas son competentes de acuerdo con la educación, formación, habilidades y experiencia | | | | | | | | | | | |
| | | 6.2.2. | | Competencia, toma de conciencia y formación | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 78 | 1 | a | Se determinan las competencias necesarias para los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas o que realizan trabajos que afectan la calidad del producto y/o servicio | | | | | | | | | | |
| 79 | 2 | b | Se proporciona la formación o se toman acciones para satisfacer esas necesidades | | | | | | | | | | |
| 80 | 3 | c | Se evalúan las acciones tomadas, en términos del impacto en la eficacia, eficiencia o efectividad del sistema de gestión de la calidad de la entidad. | | | | | | | | | | |
| 81 | 4 | d | Se concientiza a los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas, de la pertinencia e importancia de sus actividades y como ellos contribuyen a la consecución de los objetivos de calidad. | | | | | | | | | | |
| 82 | 5 | e | Se tienen registros de la educación, formación, habilidades y experiencia de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas. | | | | | | | | | | |
| | | 6.3 | Infraestructura | | | | | | | | | | |
| 83 | 1 | | Se ha determinado cuál es la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio. | | | | | | | | | | |
| 84 | 2 | | Incluye la infraestructura edificios, espacio de trabajo, servicios asociados (comunicaciones, transporte, vigilancia y otros), equipos hardware y software, que se requieren para lograr la conformidad de los requisitos del producto y/o servicio. | | | | | | | | | | |
| 85 | 3 | | Se hace mantenimiento a la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio. | | | | | | | | | | |
| | | 6.4 | Ambiente de trabajo | | | | | | | | | | |
| 86 | 1 | | Se identifican las condiciones del ambiente de trabajo necesarias para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|--------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 87 | 2 | | | Se gestionan las condiciones del ambiente de trabajo necesarias para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio. | | | | | | | | | | | | |
| | | 7 | | Realización del producto o prestación del servicio | | | | | | | | | | | | |
| | | 7.1 | | Planificación de la realización del producto o prestación del servicio. | | | | | | | | | | | | |
| 88 | 1 | | | Están planificados los procesos necesarios para la realización del producto o la prestación del servicio (procesos misionales) | | | | | | | | | | | | |
| 89 | 2 | | | Los procesos misionales se desarrollan de acuerdo a lo planificado. | | | | | | | | | | | | |
| 90 | 3 | | | La planificación de estos procesos es consistente con los requisitos de los otros procesos del sistema de gestión de la calidad (4.1) | | | | | | | | | | | | |
| 91 | 4 | a | | La organización ha determinado los objetivos de calidad para el producto o servicio. | | | | | | | | | | | | |
| 92 | 5 | b | | La organización ha determinado la necesidad de establecer procesos documentados y proporciona recursos específicos para el producto y/o servicio | | | | | | | | | | | | |
| 93 | 6 | c | | La organización ha determinado las actividades de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayos específicos para el producto y/o servicio y los criterios para su aceptación. | | | | | | | | | | | | |
| 94 | 7 | d | | La organización ha determinado los registros necesarios para evidenciar que los procesos misionales y el producto y/o servicio cumplen con los requisitos. | | | | | | | | | | | | |
| | | 7.2 | | Procesos relacionados con los clientes | | | | | | | | | | | | |
| | | 7.2.1 | | Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio. | | | | | | | | | | | | |
| 95 | 1 | a | | La entidad ha determinado los requisitos del producto especificaciones por el cliente, incluyendo disponibilidad, entrega y apoyo. | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 96 | 2 | b | La entidad ha determinado los requisitos del producto no especificados por el cliente, pero necesarios para la utilización prevista o especificada. | | | | | | | | | | | | | | |
| 97 | 3 | c | la entidad ha determinado los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto y/o servicio | | | | | | | | | | | | | | |
| 98 | 4 | d | Se han determinado otros requisitos relacionados con el producto y /o servicio por parte de la entidad | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 7.2.2. | Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio | | | | | | | | | | | | | | |
| 99 | 1 | | Se revisan y aseguran los requisitos relacionados con el producto y/o servicio antes que la entidad se comprometa a proporcionarlos al cliente | | | | | | | | | | | | | | |
| 100 | 2 | b | Se asegura la entidad que están resueltas las diferencias que pudieran existir entre los requisitos definidos y los expresados previamente por el cliente | | | | | | | | | | | | | | |
| 101 | 3 | c | Se asegura la entidad que tiene la capacidad para cumplir con los requisitos requeridos | | | | | | | | | | | | | | |
| 102 | 4 | | Se conservan registros de los resultados de la revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio y de las acciones que en esta revisión se originen | | | | | | | | | | | | | | |
| 103 | 5 | | Cuando hay cambios en los requisitos, se modifica la documentación y se asegura que los servidores públicos y/o particulares que ejerzan funciones públicas correspondientes sean conscientes de estas modificaciones | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 7.2.3 | Comunicación con los clientes | | | | | | | | | | | | | | |
| 104 | 1 | a | Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a la información sobre el producto y/o servicio | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 105 | 2 | b | | Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a las consultas, contratos, solicitudes y modificaciones (antes de la prestación del servicio) | | | | | | | | | | | | | | |
| 106 | 3 | c | | Se han determinado e implementado disposición eficaz para la comunicación con los clientes relativa a la retroalimentación, incluyendo reclamaciones, quejas, percepciones y sugerencias. (posterior a la prestación del servicio) | | | | | | | | | | | | | | |
| 107 | 4 | d | | Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a la participación ciudadana | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 7.3 | | Diseño y desarrollo | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 7.3.1 | | Planificación del diseño y desarrollo | | | | | | | | | | | | | | |
| 108 | 1 | | | Se planifica el diseño y desarrollo del producto y/o servicio | | | | | | | | | | | | | | |
| 109 | 2 | | | Se controla el diseño y desarrollo del producto y/o servicio | | | | | | | | | | | | | | |
| 110 | 3 | a | | Se determinan las etapas del diseño y desarrollo | | | | | | | | | | | | | | |
| 111 | 4 | b | | Se determinan las actividades de revisión, verificación y validación apropiadas para cada etapa del diseño y desarrollo | | | | | | | | | | | | | | |
| 112 | 5 | c | | Se establece la responsabilidad y autoridad para el diseño y desarrollo | | | | | | | | | | | | | | |
| 113 | 6 | | | Se gestionan las relaciones entre los grupos comprometidos con el diseño y desarrollo, asegurando una eficaz comunicación entre los mismos | | | | | | | | | | | | | | |
| 114 | 7 | | | Se actualizan los resultados de la planificación a medida que progresa el diseño y desarrollo | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 7.3.2 | | Elementos de entrada para el diseño y desarrollo | | | | | | | | | | | | | | |
| 115 | 1 | | | Se determinan y se mantienen los registros de las entradas al diseño y desarrollo del proyecto y/o servicio | | | | | | | | | | | | | | |
| 116 | 2 | a | | Se incluyen los requisitos funcionales y de desempeño en las entradas al diseño y desarrollo | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 117 | 3 | b | | Se incluyen los requisitos legales y reglamentarios en las entradas al diseño y desarrollo | | | | | | | | | | | | | |
| 118 | 4 | c | | Se incluye la información aplicable de diseños similares en las entradas al diseño y desarrollo | | | | | | | | | | | | | |
| 119 | 5 | d | | Se incluyen los requisitos esenciales en las entradas al diseño y desarrollo | | | | | | | | | | | | | |
| 120 | 6 | | | Se revisa la adecuación de los elementos de entradas del diseño y desarrollo | | | | | | | | | | | | | |
| 121 | 7 | | | Los requisitos de entrada del diseño y desarrollo se presentan completos, libres de ambigüedades y sin contradicciones | | | | | | | | | | | | | |
| | | 7.3.3 | | Resultados del diseño y desarrollo | | | | | | | | | | | | | |
| 122 | 1 | | | Se proporcionan los resultados del diseño y desarrollo de forma tal que permitan la verificación respecto a los elementos de entrada para el diseño y desarrollo | | | | | | | | | | | | | |
| 123 | 2 | | | Se aprueban los resultados del diseño y desarrollo antes de su aceptación | | | | | | | | | | | | | |
| 124 | 3 | a | | Los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de entrada | | | | | | | | | | | | | |
| 125 | 4 | b | | Los resultados del diseño y desarrollo proporcionan información apropiada para la adquisición de bienes y servicios y para la producción y prestación del servicio | | | | | | | | | | | | | |
| 126 | 5 | c | | Los resultados del diseño y desarrollo contienen o hacen referencia a los criterios de aceptación del producto y/o servicio | | | | | | | | | | | | | |
| 127 | 6 | d | | Los resultados del diseño y desarrollo especifican las características esenciales para el uso seguro y correcto del producto y/o servicio | | | | | | | | | | | | | |
| | | 7.3.4 | | Revisión del diseño y desarrollo | | | | | | | | | | | | | |
| 128 | 1 | | | Se realizan revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo según lo planificado | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 129 | 2 | a | | En estas revisiones se evalúa la capacidad de los resultados del diseño para cumplir los requisitos | | | | | | | | | | | | | |
| 130 | 3 | b | | En estas revisiones se identifican problemas y se proporcionan acciones para resolverlos | | | | | | | | | | | | | |
| 131 | 4 | | | En estas revisiones participan representantes de las áreas o procesos interesados en la etapa que se esta revisando. | | | | | | | | | | | | | |
| 132 | 5 | | | Se conservan registros de los resultados de la revisión del diseño y desarrollo y de las acciones que en esta revisión se originen | | | | | | | | | | | | | |
| | | 7.3.5 | | Verificación del diseño y desarrollo | | | | | | | | | | | | | |
| 133 | 1 | | | Se realizan verificaciones sistemáticas del diseño y desarrollo según lo planificado | | | | | | | | | | | | | |
| 134 | 2 | | | En estas verificaciones se asegura que los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de los elementos de entrada del diseño y desarrollo | | | | | | | | | | | | | |
| 135 | 3 | | | Se registran los resultados de la verificación y las acciones derivadas de la misma | | | | | | | | | | | | | |
| | | 7.3.6 | | Validación del diseño y desarrollo | | | | | | | | | | | | | |
| 136 | 4 | | | Se realiza validación sistemática del diseño y desarrollo según lo planificado | | | | | | | | | | | | | |
| 137 | 5 | | | En esta validación se confirma que el producto y/o servicio es capaz de cumplir con los requisitos de uso o la aplicación especificada | | | | | | | | | | | | | |
| 138 | 6 | | | la validación se realiza antes de la entrega del producto y/o servicio al cliente | | | | | | | | | | | | | |
| 139 | 7 | | | Se registran los resultados de la validación y las acciones derivadas de la misma | | | | | | | | | | | | | |
| | | 7.3.7 | | Control de cambios del diseño y desarrollo | | | | | | | | | | | | | |
| 140 | 1 | | | Se identifican y registran los cambios que se efectúan al diseño y desarrollo | | | | | | | | | | | | | |
| 141 | 2 | | | Se revisan, verifican y validan los cambios hechos al diseño y desarrollo | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 142 | 3 | | | Los cambios hechos al diseño y desarrollo se aprueban antes de la implementación | | | | | | | | | | | | | |
| 143 | 4 | | | la revisión de los cambios del diseño y desarrollo incluye la evaluación del efecto de los cambios en las partes constitutivas y en el producto y/o servicio ya entregado | | | | | | | | | | | | | |
| 144 | 5 | | | Se registran los resultados de las revisiones de los cambios y de las acciones que de ellas se derivan | | | | | | | | | | | | | |
| | | 7.4 | | Adquisición de bienes y servicios | | | | | | | | | | | | | |
| | | 7.4.1 | | Proceso de adquisición de bienes y servicios | | | | | | | | | | | | | |
| 145 | 1 | | | Se asegura la entidad que el producto y/o servicio adquirido cumple los requisitos especificados en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las disposiciones aplicables | | | | | | | | | | | | | |
| 146 | 2 | | | Se establecen controles a los proveedores y a los productos y/o servicios adquiridos en función del impacto de los mismos sobre la realización del producto o prestación del servicio de la entidad | | | | | | | | | | | | | |
| 147 | 3 | | | Se evalúa a los proveedores para su selección, con base en la selección objetiva (la escogencia se hace al ofrecimiento más favorable a la entidad y a los fines que ella busca, sin tener en consideración factores de afecto o de interés o de motivación subjetiva) | | | | | | | | | | | | | |
| 148 | 4 | | | Se evalúa a los proveedores para su selección en función de su capacidad para suministrar productos y/o servicios de acuerdo con los requisitos definidos previamente por la entidad | | | | | | | | | | | | | |
| 149 | 5 | | | Están definidos los criterios de selección de los proveedores | | | | | | | | | | | | | |
| 150 | 6 | | | Están definidos los criterios de evaluación y reevaluación de los proveedores | | | | | | | | | | | | | |
| 151 | 7 | | | Se registran los resultados de las evaluaciones y las acciones complementarias que de ellas se derivan | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|----|--------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 152 | 8 | | Existe un plan de compras adoptado por la organización? | | | | | | | | | | | | | | | |
| 153 | 9 | | Los proveedores se encuentra debidamente inscritos en el registro de proponentes | | | | | | | | | | | | | | | |
| 154 | 10 | | Los proveedores se encuentra debidamente inscritos en el CUBS (Catalogo Único de bienes y servicios) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 155 | 11 | | El proceso contractual se encuentra publicado en el sistema de información para la contratación estatal SICE | | | | | | | | | | | | | | | |
| 156 | 12 | | El proceso contractual se reporta a la Cámara de Comercio | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 7.4.2 | Información para la adquisición de bienes y servicios | | | | | | | | | | | | | | | |
| 157 | 1 | | Se definen los requisitos para el producto y/o servicio a comprar y los procedimientos, procesos y equipos asociados | | | | | | | | | | | | | | | |
| 158 | 2 | | Se definen los requisitos para la calificación del personal del proveedor o contratista | | | | | | | | | | | | | | | |
| 159 | 3 | | Se definen requisitos al proveedor o contratista de su sistema de gestión de la calidad | | | | | | | | | | | | | | | |
| 160 | 4 | | la entidad se asegura de la adecuación de los requisitos contenidos en los documentos de compras antes de comunicárselos al proveedor | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 7.4.3 | Verificación de los productos y/o servicios adquiridos | | | | | | | | | | | | | | | |
| 161 | 1 | | Están implementadas las actividades para la verificación del producto comprado respecto al cumplimiento de las especificaciones | | | | | | | | | | | | | | | |
| 162 | 2 | | Si la entidad o su cliente se propone verificar en las instalaciones del proveedor, el producto comprado, están definidas en los documentos de compra las disposiciones aplicables a esa verificación y el método de aceptación del producto y/o servicio | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 7.5 | Producción y prestación del servicio | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 7.5.1 | Control de la Producción y prestación del servicio | | | | | | | | | | | | | | | |
| 163 | 1 | | Se planifican las condiciones controladas bajo las cuales se debe producir o prestar el servicio | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 164 | 2 | | la producción o prestación del servicio se lleva a cabo bajo estas condiciones controladas que han sido planificadas | | | | | | | | | | |
| 165 | 3 | a | Las condiciones controladas incluyen información que especifica las características del producto y/o servicio (por ejemplo fichas técnicas, protocolos de servicio) | | | | | | | | | | |
| 166 | 4 | b | Las condiciones controladas incluyen la disponibilidad de instrucciones de trabajo (por ejemplo: instructivos, guías, manuales, protocolos) | | | | | | | | | | |
| 167 | 5 | c | Las condiciones controladas incluyen equipo apropiado para la producción o prestación del servicio | | | | | | | | | | |
| 168 | 6 | d | Las condiciones controladas incluyen equipos para la medición y seguimiento | | | | | | | | | | |
| 169 | 7 | e | Las condiciones controladas incluyen la implementación de actividades de seguimiento y medición | | | | | | | | | | |
| 170 | 8 | f | Las condiciones controladas incluyen las actividades para la liberación y entrega, y posteriores a la entrega del producto y/o servicio | | | | | | | | | | |
| 171 | 9 | g | Las condiciones controladas incluyen los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia | | | | | | | | | | |
| | | 7.5.2 | Validación de los procesos de la producción y la prestación del servicio | | | | | | | | | | |
| 172 | 1 | | Se validan aquellos procesos de producción y de prestación del servicio donde los productos y/o servicios resultantes no pueden verificarse mediante actividades de seguimiento y medición posteriores (procesos especiales) | | | | | | | | | | |
| 173 | 2 | | la validación demuestra la capacidad del proceso para alcanzar los resultados planificados | | | | | | | | | | |
| 174 | 3 | | En la validación se incluye la calificación y aprobación de de procesos, equipos personas y métodos | | | | | | | | | | |
| 175 | 4 | d | En la validación se incluye los requisitos para los requisitos | | | | | | | | | | |
| 176 | 5 | e | En la validación se incluyen los requisitos para la revalidación | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | 7.5.3 | Identificación y trazabilidad | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 177 | 1 | | Se identifica el producto a través de las etapas de producción y prestación del servicio | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 178 | 2 | | Se identifica el estado del producto con respecto a los requisitos de medición y seguimiento | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 179 | 3 | | Se controla y registra la identificación única de producto y/o servicio | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 7.5.4 | Propiedad del cliente(bienes suministrados para su utilización o incorporación dentro del producto y/o servicio | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 180 | 1 | | Se cuidan los bienes de los clientes suministrados a la organización | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 181 | 2 | | Se identifican, verifican, protegen y salvaguardan los bienes que son propiedad del cliente | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 182 | 3 | | Se informa al cliente cuando algún bien de su propiedad se pierde, deteriora o se estime inadecuado para el uso | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 183 | 4 | | Se deja registro cuando algún bien de su propiedad se pierde, deteriora o se estime inadecuado para el uso | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 7.5.5 | Preservación del producto y/o servicio | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 184 | 1 | | Se preserva la conformidad del producto y/o servicio hasta el destino previsto | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 185 | 2 | | La preservación del producto y/o servicio incluye la identificación, el manejo, el embalaje, el almacenamiento y protección. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 186 | 3 | | La preservación del producto y/o servicio incluye también a las partes constitutivas del mismo | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 7.6 | Control de los equipos de medición y seguimiento | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 187 | 1 | | Se identifican las mediciones, el seguimiento y los equipos necesarios para proporcionar evidencia de conformidad del producto y/o servicio con los requisitos | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|----|---|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 188 | 2 | | | Se asegura la entidad de que el seguimiento y medición pueden realizarse (de que se dispone de la capacidad para hacerlo), de acuerdo a los requisitos establecidos | | | | | | | | | | | | | |
| 189 | 3 | a | | Para validar los resultados de la medición, se calibran o se verifican los equipos de medición contra patrones de medición trazables a patrones nacionales o internacionales | | | | | | | | | | | | | |
| 190 | 4 | | | Si no existen patrones de medición trazables a patrones nacionales o internacionales, la entidad se asegura de registrar la base utilizada para la calibración. | | | | | | | | | | | | | |
| 191 | 5 | b | | Cuando se detecta que un equipo de medición no tiene la capacidad de medición requerida, se le ajusta o reajusta según sea necesario | | | | | | | | | | | | | |
| 192 | 6 | c | | Los equipos de medición se identificaron para poder determinar su estado de calibración | | | | | | | | | | | | | |
| 193 | 7 | d | | Se protegen los equipos de medición contra ajustes que invaliden la calibración | | | | | | | | | | | | | |
| 194 | 8 | e | | Se protegen los equipos de medición contra daños y deterioro durante el manejo, mantenimiento y almacenamiento | | | | | | | | | | | | | |
| 195 | 9 | | | Se tienen los registros de las calibraciones o verificaciones de los equipos de medición | | | | | | | | | | | | | |
| 196 | 10 | | | Se evalúa la validez de los resultados de las mediciones anteriores, cuando se encuentra que un equipo no esta conforme con los requisitos | | | | | | | | | | | | | |
| 197 | 11 | | | Cuando se encuentra que un equipo de medición no está conforme con los requisitos, se toman las acciones apropiadas sobre el equipo y sobre cualquier producto y/o servicio afectado | | | | | | | | | | | | | |
| 198 | 12 | | | Cuando se usa Software o programas informáticos para actividades de seguimiento y medición de los requisitos, la entidad confirma su capacidad para satisfacer la aplicación prevista | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|----|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 199 | 13 | | | Esta confirmación metrológica de los programas informáticos se hace antes de iniciar su utilización y se confirma nuevamente cuando sea necesario | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 8 | | Medición, análisis y mejora | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 8.1 | | Generalidades | | | | | | | | | | | | | | |
| 200 | 1 | | | Están planificados los procesos de medición y seguimiento, análisis y mejora | | | | | | | | | | | | | | |
| 201 | 2 | | | Están implementados los procesos de medición y seguimiento, análisis y mejora | | | | | | | | | | | | | | |
| 202 | 3 | a | | Los procesos de medición, seguimiento, análisis, y mejora demuestran la conformidad del producto y/o servicio | | | | | | | | | | | | | | |
| 203 | 4 | b | | Los procesos de medición, seguimiento, análisis, y mejora aseguran la conformidad del sistema de gestión de la calidad | | | | | | | | | | | | | | |
| 204 | 5 | c | | Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora permiten la mejora continua de la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad | | | | | | | | | | | | | | |
| 205 | 6 | | | Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora comprenden la determinación de los métodos aplicables, incluidas las técnicas estadísticas y el alcance de su utilización | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 8.2 | | Seguimiento y medición | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 8.2.1 | | Satisfacción al cliente | | | | | | | | | | | | | | |
| 206 | 1 | | | Se hace seguimiento de la percepción del cliente respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la entidad | | | | | | | | | | | | | | |
| 207 | 2 | | | Se establecieron los métodos para obtener la información de la satisfacción del cliente | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 8.2.2 | | Auditoria interna (de calidad) | | | | | | | | | | | | | | |
| 208 | 1 | | | Se llevan a cabo a intervalos planificados las auditorias internas al sistema de gestión de la calidad | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----|----|--------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 209 | 2 | a | En las auditorias internas de calidad se determina si el sistema es conforme con la norma NTCGP 1000:2004, con las disposiciones planificadas y con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos por la entidad | | | | | | | | | | |
| 210 | 3 | b | En las auditorias internas de calidad se determina si el sistema de gestión de la calidad se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva. | | | | | | | | | | |
| 211 | 4 | | Las auditorias internas de calidad se planifican y programan considerando el estado y la importancia de los procesos y las áreas por auditar. | | | | | | | | | | |
| 212 | 5 | | Las auditorias internas de calidad se planifican y programan considerando los resultados de auditorias previas. | | | | | | | | | | |
| 213 | 6 | | Se define el alcance, frecuencia y metodología de las auditorias internas de calidad. | | | | | | | | | | |
| 214 | 7 | | Las auditorias internas de calidad las realiza personal independiente a las áreas auditadas, asegurando su objetividad e imparcialidad | | | | | | | | | | |
| 215 | 8 | | Existe un procedimiento documentado que incluya la responsabilidad y requisitos para planificar y realizar las auditorias internas de calidad, registrar los resultados e informar de los mismos | | | | | | | | | | |
| 216 | 9 | | La dirección responsable del área auditada adopta acciones correctivas sobre las deficiencias encontradas, sin demora injustificada | | | | | | | | | | |
| 217 | 10 | | Las actividades de seguimiento a las auditorias incluyen la verificación de las acciones correctivas tomadas y el reporte del resultado de esta verificación | | | | | | | | | | |
| 218 | 11 | | Se conservan registros de los resultados de las auditorias internas | | | | | | | | | | |
| | | 8.2.3 | Seguimiento y medición de los procesos | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 219 | 1 | | Se aplica un sistema de evaluación apropiado para el seguimiento y cuando sea aplicable, para la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad | | | | | | | | | | |
| 220 | 2 | | El sistema de evaluación demuestra la eficacia, la eficiencia y la efectividad | | | | | | | | | | |
| 221 | 3 | | Se efectúan correcciones y se toman acciones correctivas, según sea conveniente, cuando no se alcanzan los resultados planificados | | | | | | | | | | |
| 222 | 4 | | Se facilita a los clientes y a las partes interesadas, el seguimiento a los resultados de la evaluación | | | | | | | | | | |
| 223 | 5 | | Están disponibles los resultados pertinentes del sistema de evaluación y son difundidos de manera permanente a los clientes y partes interesadas a través de la página Web | | | | | | | | | | |
| | | 8.2.4 | Seguimiento y medición del producto y/o servicio | | | | | | | | | | |
| 224 | 1 | | Se mide y se hace seguimiento a las características del producto y/o servicio | | | | | | | | | | |
| 225 | 2 | | Se verifica el cumplimiento de los requisitos del producto y/o servicio | | | | | | | | | | |
| 226 | 3 | | Se hace el seguimiento y medición de las características del producto y/o servicio en etapas apropiadas, de acuerdo a como se planifico | | | | | | | | | | |
| 227 | 4 | | Se mantiene la evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación del producto y/o servicio | | | | | | | | | | |
| 228 | 5 | | Los registros que se mantienen, incluyen la autoridad responsable de la liberación del producto y/o servicio | | | | | | | | | | |
| 229 | 6 | | Se libera el producto únicamente cuando ha cumplido satisfactoriamente con las disposiciones planificadas | | | | | | | | | | |
| 230 | 7 | | Cuando se libera el producto sin que se hayan cumplido las disposiciones planificadas, se asegura su aprobación por una autoridad pertinente en la entidad o por el cliente | | | | | | | | | | |
| | | 8.3 | Control de producto y/o servicio no conforme | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 231 | 1 | | | Se identifica el producto y/o servicio no conforme para prevenir uso o entrega no internacional | | | | | | | | | | | | | |
| 232 | 2 | | | Se controla el producto y/o servicio no conforme para prevenir uso o entrega no internacional | | | | | | | | | | | | | |
| 233 | 3 | | | Se ha documentado un procedimiento que defina los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto y/o servicio no conforme | | | | | | | | | | | | | |
| 234 | 4 | a.b.c | | Se hace tratamiento de los productos y/o servicios no conformes mediante la definición de acciones para eliminar la no conformidad detectada o autorizar su uso bajo concesión ó definir acciones para impedir su uso o aplicación | | | | | | | | | | | | | |
| 235 | 5 | | | Cuando se autoriza el uso, aceptación bajo concesión de un producto no conforme, esto lo hace un autoridad pertinente en la entidad o el cliente, cuando sea aplicable. | | | | | | | | | | | | | |
| 236 | 6 | | | Se conservan registros de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluidas las concesiones. | | | | | | | | | | | | | |
| 237 | 7 | | | Los productos corregidos se someten a una nueva verificación | | | | | | | | | | | | | |
| 238 | 8 | | | Se adoptan acciones apropiadas, respecto a las consecuencias de la no conformidad detectada, cuando el producto está en uso o ya fue entregado. | | | | | | | | | | | | | |
| | | 8.4 | | Análisis de datos | | | | | | | | | | | | | |
| 239 | 1 | | | Se determina cuales son los datos apropiados para demostrar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde se puede realizar la mejora continua | | | | | | | | | | | | | |
| 240 | 2 | | | Se recopilan los datos apropiados para demostrar la conveniencia, eficacia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde se puede realizar la mejora continua. | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 241 | 3 | | Se analizan los datos apropiados para demostrar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde se puede realizar la mejora continua | | | | | | | | | | |
| 242 | 4 | | Se incluyen dentro de estos datos, los datos generados por el sistema de evaluación para el seguimiento y medición y los generados por otra fuente. | | | | | | | | | | |
| 243 | 5 | a. | El análisis de datos proporciona información sobre la satisfacción del cliente | | | | | | | | | | |
| 244 | 6 | b. | El análisis de datos proporciona información sobre la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio. | | | | | | | | | | |
| 245 | 7 | c. | El análisis de datos proporciona información sobre las características y tendencias de los procesos y de los productos y/o servicios, incluyendo las oportunidades de tomar acciones preventivas | | | | | | | | | | |
| 246 | 8 | d. | El análisis de datos proporciona información sobre los proveedores | | | | | | | | | | |
| | | 8.5 | Mejora | | | | | | | | | | |
| | | 8.5.1 | Mejora continua | | | | | | | | | | |
| 247 | 1 | | La mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad incluye aspectos tales como: la política de calidad, objetivos de calidad, resultados de auditorías internas de calidad, análisis de datos, sistemas de evaluación para seguimiento y medición, acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección. | | | | | | | | | | |
| | | 8.5.2 | Acciones correctivas | | | | | | | | | | |
| 248 | 1 | | Se eliminan las causas de las no conformidades para que no vuelvan a ocurrir | | | | | | | | | | |
| 249 | 2 | | Son apropiadas las acciones correctivas, a los efectos de las no conformidades encontradas | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 250 | 3 | | Existe un procedimiento documentado que defina los requisitos para: identificar las no conformidades, determinar las causas, evaluar la toma de acciones, determinar e implementar la acción, registrar los resultados de la acción y revisar la acción tomada | | | | | | | | | | | | |
| 251 | 4 | | Se mantienen registros de las acciones correctivas tomadas y de sus resultados. | | | | | | | | | | | | |
| | | 8.5.3 | Acciones preventivas | | | | | | | | | | | | |
| 252 | 1 | | Se elimina las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. | | | | | | | | | | | | |
| 253 | 2 | | Son apropiadas las acciones preventivas, a los efectos de los problemas potenciales. | | | | | | | | | | | | |
| 254 | 3 | | Existe un procedimiento documentado que defina los requisitos para: identificar las no conformidades potenciales y sus causas, evaluar la necesidad de tomar acciones preventivas, determinar e implementar la acción, registrar los resultados de la acción y revisar la acción preventiva tomada. | | | | | | | | | | | | |
| 255 | 4 | | Se toman como base los mapas de riesgos para establecer acciones preventivas | | | | | | | | | | | | |
| 256 | 5 | | Se mantienen registros de las acciones preventivas tomadas y de sus resultados | | | | | | | | | | | | |

Anexo 6 Resolución 0064 de 2008

"POR MEDIO DE LA CUAL SE DEROGA LA RESOLUCIÓN 0058 DE AGOSTO DE 2008 Y SE MODIFICA LA RESOLUCIÓN NUMERO 0060 DEL 21 AGOSTO DE 2008, UNIFICANDO los equipos de trabajo para la implementación del Modelo Estándar de Control Interno y del Sistema de Gestión de Calidad DEFINIDOS, EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CLINICA GUANE Y SU RED INTEGRAL DE SALUD "

EL GERENTE de la empresa SOCIAL DEL ESTADO CLINICA GUANE Y SU RED INTEGRAL DE SALUD , EN USO DE SUS FACULTADES Y ATRIBUCIONES CONSTITUCIONALES, LEGALES, Y

CONSIDERANDO:

- A. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CLINICA GUANE R.I.S., se encuentra adelantando el proceso de implementación armonizada del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 y el Sistema de Gestión de la Calidad NTC GP 1000:2004, previstos en los Decretos 1599 de mayo 20 de 2005 y 4110 de 09 de diciembre de 2004 respectivamente.
- B. Que en cumplimiento del artículo 3° del Decreto 1599 de 2005 el Departamento Administrativo de la Función Pública adoptó y difundió el Manual de Implementación del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005, dentro del cual se establece una estructura, unos roles y unas responsabilidades necesarias al interior de la entidad para alcanzar el objetivo de diseñar, desarrollar e implementar el modelo en mención.
- C. Que a través del Decreto 2913 del 31 de Julio de 2007 del Departamento Administrativo de la Función Pública, se unificó el término señalado en el Decreto 2621 de 2006 para implementar el Modelo Estándar de Control Interno, con el plazo dado por la Ley 872 de 2003 para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad.
- D. Que en concordancia con los lineamientos presentados por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, en la Circular 1000:002-07 considerando que la implementación el MECI 1000:2005 y la NTCGP 1000:2004, son procesos complementarios se recomienda unificar en un solo equipo de trabajo la labor de implementación correspondiente.
- E. Que la estructura y responsabilidades para los equipos de trabajo de MECI1000:2005 y la NTCGP 1000:2004 son similares, acorde con los manuales de implementación de MECI y de Planificación de NTC GP 1000:2004.
- F. Que la Empresa Social del Estado Clínica Guane R.I.S. ha establecido las Resoluciones necesarias para la Adopción del Sistema de Gestión de la Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno, así como aquellas que definen los Equipos de Trabajo para la implementación, respecto de las cuales se han detectado oportunidades de fortalecimiento institucional.

RESUELVE:

- PRIMERO.- Derogar la Resolución 0058 del 14 de Agosto de 2008 por medio de la cual se modificó el Sistema de Gestión de la Calidad NTC GP 1000:2004 en la E.S.E. Clínica Guane

Calle 4 No. 7-01
Teléfonos:

648 7450 - 648 7442 - 649 8880



y su Red Integral de Salud, teniendo en cuenta que la Entidad ha adoptado previamente el Sistema de Gestión de la Calidad a través de la Resolución 0076 de 2005 y que la misma ha definido la estructura de trabajo para la implementación del Modelo Estándar de Control Interno según Resolución número 0060 del 21 de Agosto de 2008.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Modificar la estructura para el Diseño, implementación armonizada y Mantenimiento del Modelo Estándar de Control Interno, definidas en el Artículo Primero de la Resolución 0060 del 21 de Agosto de 2008, ampliando su alcance a las actividades necesarias para la efectiva implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CLINICA GUANE R.L.S., de la siguiente forma:

- a) Equipo Directivo MECI – CALIDAD (Comité de Coordinación de Control Interno)
- b) Representante de la Alta Dirección.
- c) Equipo MECI - CALIDAD.
 - Equipo Líder MECI – CALIDAD
 - Grupos Primarios
- d) Equipo Evaluador

ARTÍCULO TERCERO.- Modificar la Estructura y Funciones del Comité de Coordinación de Control Interno, reconocido como Equipo Directivo, definidas en el Artículo Segundo, inciso a), de la Resolución 0060 de Agosto de 2008, de la siguiente manera:

Integrantes del Equipo Directivo MECI – CALIDAD:

Gerente
Subdirector Administrativo y Financiero
Subdirector Científico
Tesorero
Jefe Oficina Planeación y Presupuesto
Jefe Oficina Jurídica
Jefe de Almacén
Jefe Oficina de Control Interno (Invitado(a) – Secretaria Técnica del Comité)

Funciones del Equipo Directivo MECI – CALIDAD:

Recomendar pautas para la determinación, implantación, adaptación, complementación y mejoramiento permanente del Sistema de Control Interno y el Sistema de Gestión de la Calidad, de conformidad con las normas vigentes y las características propias de la entidad.

Estudiar y revisar la evaluación del cumplimiento de las metas y objetivos de la entidad, dentro de los planes y programas adoptados y recomendar los correctivos necesarios.

Asesorar al Representante Legal en la definición de planes estratégicos y en la evaluación del estado de cumplimiento de las metas y objetivos allí propuestos.

Recomendar prioridades para la adopción, adaptación, adecuado funcionamiento y optimización de los sistemas de información gerencial, estadística, financiera, de planeación y de evaluación de procesos, así como para la utilización de indicadores de gestión generales y por áreas.

Estudiar y revisar la evaluación al cumplimiento de los planes, sistemas de control y seguridad y los resultados obtenidos por las dependencias de la entidad.

Revisar el estado de ejecución de los objetivos, políticas, planes, metas y funciones que corresponden a cada una de las dependencias de la entidad.

Calle 4 No. 7-01
Teléfonos:
648 7450 - 648 7442 - 649 8880
Floridablanca - Santander

9/02/16

y su Red Integral de Salud, teniendo en cuenta que la Entidad ha adoptado previamente el Sistema de Gestión de la Calidad a través de la Resolución 0076 de 2005 y que la misma ha definido la estructura de trabajo para la implementación del Modelo Estándar de Control Interno según Resolución número 0060 del 21 de Agosto de 2008.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Modificar la estructura para el Diseño, Implementación armonizada y Mantenimiento del Modelo Estándar de Control Interno, definidas en el Artículo Primero de la Resolución 0060 del 21 de Agosto de 2008, ampliando su alcance a las actividades necesarias para la efectiva implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CLINICA GUANE R.I.S., de la siguiente forma:

- a) Equipo Directivo MECI – CALIDAD (Comité de Coordinación de Control Interno)
- b) Representante de la Alta Dirección.
- c) Equipo MECI - CALIDAD.
 - Equipo Líder MECI – CALIDAD
 - Grupos Primarios
- d) Equipo Evaluador

ARTÍCULO TERCERO.- Modificar la Estructura y Funciones del Comité de Coordinación de Control Interno, reconocido como Equipo Directivo, definidas en el Artículo Segundo, inciso a), de la Resolución 0060 de Agosto de 2008, de la siguiente manera:

Integrantes del Equipo Directivo MECI – CALIDAD:

Gerente
Subdirector Administrativo y Financiero
Subdirector Científico
Tesorero
Jefe Oficina Planeación y Presupuesto
Jefe Oficina Jurídica
Jefe de Almacén
Jefe Oficina de Control Interno (Invitado(a) – Secretaria Técnica del Comité)

Funciones del Equipo Directivo MECI – CALIDAD:

Recomendar pautas para la determinación, implantación, adaptación, complementación y mejoramiento permanente del Sistema de Control Interno y el Sistema de Gestión de la Calidad, de conformidad con las normas vigentes y las características propias de la entidad.

Estudiar y revisar la evaluación del cumplimiento de las metas y objetivos de la entidad, dentro de los planes y programas adoptados y recomendar los correctivos necesarios.

Asesorar al Representante Legal en la definición de planes estratégicos y en la evaluación del estado de cumplimiento de las metas y objetivos allí propuestos.

Recomendar prioridades para la adopción, adaptación, adecuado funcionamiento y optimización de los sistemas de información gerencial, estadística, financiera, de planeación y de evaluación de procesos, así como para la utilización de indicadores de gestión generales y por áreas.

Estudiar y revisar la evaluación al cumplimiento de los planes, sistemas de control y seguridad y los resultados obtenidos por las dependencias de la entidad.

Revisar el estado de ejecución de los objetivos, políticas, planes, metas y funciones que corresponden a cada una de las dependencias de la entidad.

9/2/08

Coordinar con las Unidades Funcionales de la E.S.E. CLINICA GUANE Y SU R.I.S. el mejor cumplimiento de sus funciones y actividades.

Presentar a consideración del Representante Legal propuestas de modificación a las normas sobre el control interno vigentes.

Reglamentar el funcionamiento de los distintos subcomités de coordinación del sistema de control interno que se organicen; y,

Las demás que le sean asignadas por autoridad competente

ARTÍCULO CUARTO.- Designar como el Representante de la Dirección, al Subdirector Administrativo y financiera, quien tendrá la competencia para garantizar la operacionalización de las acciones necesarias al desarrollo, implementación y mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno, bajo el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005, y el Sistema de Gestión de la Calidad, bajo la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública GP 1000:2004.

ARTÍCULO QUINTO.- Modificar las funciones definidas en el Artículo Segundo, inciso b), de la Resolución 0060 del 21 de Agosto de 2008, para el Representante de la Dirección, de manera que al interior de las mismas se establezcan las competencias necesarias para garantizar la implementación articulada del Sistema de Gestión de la Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno, de la siguiente manera:

Funciones del Representante de la Dirección:

Formular, orientar, dirigir y coordinar el proyecto de diseño e implementación del Modelo Estándar de Control Interno y/o el Sistema de Gestión de la Calidad.

Asegurar que se desarrollen a cabalidad cada una de las etapas previstas para el diseño e implementación del Modelo Estándar de Control Interno y/o el Sistema de Gestión de la Calidad.

Informar a la alta dirección sobre la planificación y avances del proyecto de diseño e implementación del Modelo Estándar de Control Interno y/o el Sistema de Gestión de la Calidad.

Dirigir y coordinar las actividades del Equipo Técnico y Operativo MECI - CALIDAD.

Coordinar con los directivos o responsables de cada área o proceso las actividades que requiera realizar el Equipo MECI-CALIDAD, en armonía y colaboración con los servidores de dichas áreas.

Hacer seguimiento a las actividades planeadas para el diseño e implementación del MECI y/o el Sistema de Gestión de la Calidad, aplicando los correctivos donde se requiera.

Someter a consideración del Comité de Coordinación de Control Interno o Equipo Directivo MECI - CALIDAD las propuestas de diseño e implementación del modelo, para su aprobación

ARTÍCULO SEXTO.- Modificar la Denominación, Estructura y las Funciones definidas en el Artículo Segundo, inciso c), de la Resolución 0060 de Agosto de 2008 para el Equipo Líder MECI, de manera que la conformación y responsabilidades del mismo obedezca a las acciones necesarias para garantizar el desarrollo técnico de los instrumentos, documentos y métodos de

control requeridos por el Sistema de Gestión de la Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno, de la siguiente manera:

Integrantes del Equipo Líder MECI – CALIDAD:

Coordinador(a) de Enfermería
Odontólogo de Promoción y Prevención
Enfermero(a) Jefe
Jefe de Archivo
Subdirector Administrativo y Financiero
Jefe de Mantenimiento
Técnico de Saneamiento
Coordinador(a) de Historias Clínicas

Funciones del Equipo Líder MECI – CALIDAD:

Adelantar el proceso de diseño e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno bajo las orientaciones del Representante de la Dirección.

Asumir el rol de facilitadores al interior de sus respectivas dependencias apoyando el adecuado funcionamiento de los elementos de control y demás criterios establecidos en el marco de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno

Participar en la sensibilización, capacitación y toma de conciencia del personal respecto a los objetivos de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno.

Asesorar a las diferentes áreas de la Entidad en el diseño e implementación articulada del Sistema de Gestión de la Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno

Revisar, analizar y consolidar la información suministrada por los *Grupos Primarios* para presentar propuestas de diseño e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno al Representante de la Dirección para su aplicación

Trabajar en coordinación con los Integrantes de los *Grupos Primarios* designados por área, en aquellas actividades requeridas para el diseño e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y Modelo Estándar de Control Interno

Apoyar la Definición y coordinar la divulgación, de la Política y Objetivos de Calidad en la E.S.E. CLINICA GUANE Y SU R.I.S.

Apoyar la definición y orientación de las directrices y estrategias para la implementación, mantenimiento y mejora del sistema de gestión de la calidad y el modelo estándar de control interno, y verificar su eficacia, eficiencia y efectividad

Asegurar que se realice la planificación del sistema de gestión de la calidad y se mantenga su integridad cuando se implementen cambios estructurales en la E.S.E. CLINICA GUANE Y SU R.I.S

Promover el Sistema de Gestión de la Calidad y el Sistema de Control Interno en toda la E.S.E. CLINICA GUANE Y SU R.I.S

que se establezcan los procesos de comunicación apropiados dentro de la Organización que se efectúen considerando la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno

Calle 4 No. 7-01
Teléfonos:
648 7450 - 648 7442 - 649 8880



(P)

Aplicar las directrices, procedimientos, instructivos etc. divulgados durante la fase de implementación del sistema de calidad y mantener la evidencia objetiva de que ello se realizó.

Revisar y homologar la documentación elaborada.

Proponer acciones correctivas y preventivas ante la aparición de problemas reales y potenciales en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno.

Participar en el desarrollo de Auditorías Internas de Calidad, toda vez que el Grupo Evaluador lo considere pertinente, y siempre y cuando no se afecte la imparcialidad y objetividad del proceso.

ARTÍCULO SEPTIMO.- Modificar la Denominación, Estructura y las Funciones definidas en el Artículo Segundo, inciso d), de la Resolución 0060 de Agosto de 2008 para el Equipo Apoyo MECI, de manera que la conformación y responsabilidades del mismo obedezca a las acciones necesarias para garantizar el apoyo en desarrollo técnico de los instrumentos, documentos y métodos de control requeridos por el Sistema de Gestión de la Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno, así como el cumplimiento de su efectiva implementación, de la siguiente manera:

Integrantes de los Grupos Primarios:

Líderes de Procesos
Personal delegado

Funciones de los Grupos Primarios:

Brindar el apoyo requerido por el Equipo Líder MECI – CALIDAD para el reconocimiento de las necesidades de documentación o control en las diferentes áreas o procesos de Entidad.

Aportar el conocimiento técnico y el soporte administrativo requerido para la realización de los trabajos de levantamiento de los procesos y procedimientos actuales

Contribuir en la identificación del sistema de indicadores, contexto estratégico, mapa de riesgos y demás elementos que sean requeridos para garantizar el pleno desarrollo del sistema de gestión de la calidad y el modelo estándar de control interno

Apoyar la identificación de acciones correctivas y preventivas ante la aparición de problemas reales y potenciales en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno

Promover las acciones necesarias para el mantenimiento del Sistema de Gestión de la Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno en los diferentes niveles de la E.S.E. CLINICA GUANE R.L.S

Participar en la sensibilización, capacitación y toma de conciencia del personal respecto a las etapas en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno.

Divulgar los procedimientos documentados y demás información propia del proceso a todas las personas que intervienen.

Participar en las actividades de trabajo del Equipo Líder MECI – CALIDAD ante la ausencia de uno de sus integrantes, o la citación por parte del mismo para el análisis de los procesos



ARTÍCULO OCTAVO.- Establecer las Funciones del Equipo Evaluador, que en todo momento garantizará la evaluación independiente y objetiva del desarrollo, implementación, mantenimiento y mejoramiento continuo del Modelo Estándar de Control Interno y el Sistema de Gestión de la Calidad, de la siguiente manera:

Realizar la Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno en su conjunto y desarrollo de la función de auditoría interna del Sistema de Gestión de la Calidad

Informar las deficiencias y generar las recomendaciones correspondientes asegurando a la máxima autoridad de la entidad, al Nivel Directivo y al Comité de Coordinación de Control interno la toma de decisiones y definición de políticas necesarias al mejoramiento del Control interno, la gestión y los resultados de la entidad.

Velar porque los hallazgos detectados por el órgano de control fiscal sean incorporados en las acciones de corrección que adopta la Entidad, mediante el Plan de Mejoramiento que elabora y presenta

Realizar Seguimiento en tiempo real al cumplimiento de las acciones correctivas incorporadas en el Plan de Mejoramiento, con el fin de informar al máximo nivel de dirección, las desviaciones o incumplimientos presentados, facilitando la toma de decisiones correspondientes en forma oportuna

ARTÍCULO NOVENO.- Para efectos de hacer consecuente el proceso, hace parte integral del presente acto administrativo los formatos propuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP para la designación de equipos de trabajo.




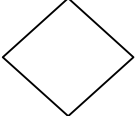
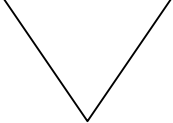
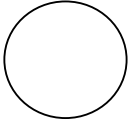

ARTÍCULO DECIMO.- La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

COMUNIQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Floridablanca, a los dos (2) días del mes de Septiembre de 2008.


MARTÍN EMILIO RODRIGUEZ CACERES
Gerente

Anexo 7 Simbología para flujo gramas

| SÍMBOLO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
|  | Indicador de inicio de un procedimiento. |
|  | Forma utilizada en un diagrama de flujo para representar una tarea o actividad. |
|  | Documento, representa la información escrita pertinente al proceso. |
|  | Forma utilizada en un diagrama de flujo para representar una actividad de decisión o de conmutación. |
|  | Forma utilizada en un diagrama de flujo para representar una actividad combinada. |
|  | Conector, úsese para representar en un diagrama de flujo una entrada o una salida de una parte de un diagrama a otra dentro de la misma pagina. |
|  | Conector utilizado para representar el fin de un procedimiento. |

Anexo 8 Formato de caracterización de procesos

| | |
|----------------------|--|
| PROCESO: | |
| OBJETIVO: | |
| ALCANCE: | |
| REFERENCIA: | |
| FECHA INICIO: | |
| AUTORIDAD | |

1. CARACTERIZACION DEL PROCESO

| | | |
|--|--------------------------------|----------------|
| PROVEEDORES | | |
| Internos: | | |
| Externos: | | |
| ENTRADAS | | |
| | | |
| ACTIVIDADES | DOCUMENTACION | FORMATO |
| | | |
| SALIDAS | | |
| | | |
| CLIENTES | | |
| Internos: | | |
| Externos: | | |
| RECURSOS | INTERACCION DE PROCESOS | |
| | | |
| INSUMOS | | |
| | | |
| REQUISITOS | | |
| a. Legales | | |
| b. Técnicos | | |
| c. Implícitos(de la empresa) | | |
| d. Explícitos (del Cliente o la relación contractual) | | |
| MEDICIÓN (VER MANUAL DE INDICADORES COD. 12.202.11.04) | | |
| | | |
| MECANISMOS DE CONTROL Y SEGUIMIENTO | | |
| | | |
| CONSIDERACIONES | | |
| | | |
| GLOSARIO (VOCABULARIO COMÚN) | | |
| . | | |

2. CONTROL DE CAMBIOS

| FECHA | RESPONSABLE | CAMBIO | VERSIÓN | ARCHIVO |
|--------------|--------------------|---------------|----------------|----------------|
| | | | | |
| | | | | |

Anexo 9 Manual de indicadores guane


| | | | |
|---|------------------------------|------------|-------------------------|
|  | GESTIÓN DOCUMENTAL | | |
| | MANUAL DE INDICADORES | | |
| | Fecha: | 2009/12/04 | Código: 12.202.11.04 |


TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUCCIÓN | |
| 2. OBJETIVO DEL MANUAL | 2 |
| 3. MARCO LEGAL | 2 |
| 4. DEFINICIÓN DEL INDICADOR | 4 |
| 5. VENTAJAS DE LOS INDICADORES | 6 |
| 6. JUSTIFICACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE LOS INDICADORES | 6 |
| 7. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE INDICADORES | 7 |
| 7.1 CRITERIOS ACERCA DE LA CONFIABILIDAD DE LOS DATOS | 8 |
| 7.2 CRITERIOS SOBRE LA RELACIÓN CON LOS PROBLEMAS | 9 |
| 7.3 CRITERIOS EN LA RELACIÓN CON LA UTILIDAD PARA EL USUARIO | 9 |
| <i>FORMAS DE PRESENTAR UN INDICADOR</i> | 10 |
| <i>PROPIEDADES DE LOS INDICADORES</i> | 10 |
| TIPOS DE INDICADORES | 11 |
| 10.1 INDICADORES DE EVALUACION | 12 |
| 10.2 INDICADORES DE FORMULACION | 12 |
| 10.3 INDICADORES DE PRODUCTO | 12 |
| 10.4 INDICADORES DE IMPACTO | 13 |
| 10.5 INDICADORES DE RESULTADO | 13 |
| 10.6 INDICADORES DE GESTION O PROCESO | 13 |
| 10.7 INDICADORES DE INSUMO | 14 |
| 11 ELABORACION DE LOS INDICADORES | 14 |
| 12 INDICADORES DE LA CLINICA GUANE Y SU RIS | 14 |
| 13 FICHAS TECNICAS DE LOS INDICADORES | 15 |

1. INTRODUCCIÓN

Se ha demostrado que los indicadores de gestión son útiles, en primer lugar para clarificar objetivos: La alta dirección necesita instrumentos cualitativos y cuantitativos para poder describir y poner en claro los objetivos de los Planes Estratégicos o Cuadros de Mando. A su vez, de los indicadores se obtiene una información objetiva sobre el desempeño de las actividades que realiza la

| | | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|------------------|------------|-----|
| Elaboro: Oficina de Calidad | | Reviso: Comité MECI - Calidad | | Aprobó: Gerencia | | 197 |
| Fecha: | 2009/12/04 | Fecha: | 2009/12/14 | Fecha: | 2009/12/14 | |

| | | | |
|---|-----------------------|------------|-------------------------|
|  | GESTIÓN DOCUMENTAL | | |
| | MANUAL DE INDICADORES | | |
| | Fecha: | 2009/12/04 | Código: 12.202.11.04 |

institución, con lo que también se consiguen datos sobre los resultados de las mismas. Los recursos públicos deben estar debidamente controlados y se debe mejorar su utilización, en términos de eficacia, eficiencia y economía.

Un sistema de indicadores que provea regularmente, de información de calidad a la Dirección y a los diferentes procesos, permite mayor eficiencia en la asignación de recursos, permite al evaluar el desempeño de los mismos, también evaluar al conjunto de responsables de su implementación, permite incrementar la autonomía y responsabilidad en la toma de decisiones, y al apoyar en la toma de decisiones; ayudara a visualizar el margen de maniobra en la coordinación con los demás estamentos de la Administración pública.

2. OBJETIVO DEL MANUAL

Pretende este manual hacer un aporte al desarrollo del ejercicio del Control de la Gestión en la ESE Clínica Guane y su RIS, convertirse en un instrumento que suministre a la alta gerencia información oportuna, veraz y objetiva que le sirva de elemento valido para ejercer el control y el proceso de retroalimentación comparándose frente a sus resultados y buscando una mejor y optima proyección gerencial.


3. MARCO LEGAL

La conformación e implementación en Colombia, de sistemas de medición de indicadores al interior de las entidades públicas o cuya misión implica la prestación de servicios en nombre del Estado, ha sido establecido a partir de la década de los 90, como una condición incorporada mediante la inclusión de criterios de administración y gestión pública en la legislación nacional, siendo renovada permanentemente en busca de su mejora continua como se lista a continuación:

Ley 190 de 1995, “Por la cual se dictan normas tendientes a preservar la moralidad en la Administración Pública y se fijan disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa”.

Artículo 48: “A partir de la vigencia de esta ley todas las entidades públicas de la Rama Ejecutiva deberán establecer, a más tardar el treinta y uno (31) de diciembre de cada año, los objetivos a cumplir para el cabal desarrollo de sus

| | | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|------------------|------------|-----|
| Elaboro: Oficina de Calidad | | Reviso: Comité MECI - Calidad | | Aprobó: Gerencia | | 198 |
| Fecha: | 2009/12/04 | Fecha: | 2009/12/14 | Fecha: | 2009/12/14 | |

| | | | |
|---|-----------------------|------------|-------------------------|
|  | GESTIÓN DOCUMENTAL | | |
| | MANUAL DE INDICADORES | | |
| | Fecha: | 2009/12/04 | Código: 12.202.11.04 |

funciones durante el año siguiente, así como los planes que incluyan los recursos presupuestados necesarios y las estrategias que habrán de seguir para el logro de esos objetivos, de tal manera que los mismos puedan ser evaluados de acuerdo con los indicadores de eficiencia que se diseñen para cada caso, excepto los gobernadores y alcaldes a quienes en un todo se aplicará lo estipulado en la ley que reglamentó el artículo 259 de la Constitución Política referente a la institución del voto programático.

Parágrafo. *A partir de la vigencia de esta Ley, todas las entidades públicas diseñarán y revisarán periódicamente un manual de indicadores de eficiencia para la gestión de los servidores públicos, de las dependencias y de la entidad en su conjunto, que deberán corresponder a indicadores generalmente aceptados. El incumplimiento reiterado de las metas establecidas para los indicadores de eficiencia, por parte de un servidor público, constituirá causal de mala conducta”.*

Ley 489 de 1998, “Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.”


Artículo 28: “Objeto. El Sistema Nacional de Control Interno tiene por objeto integrar en forma armónica, dinámica, efectiva, flexible y suficiente, el funcionamiento del control interno de las instituciones públicas, para que, mediante la aplicación de instrumentos idóneos de gerencia, fortalezcan el cumplimiento cabal y oportuno de las funciones del Estado”.

Ley 872 de 2003, “Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios”.

Artículo 4. Requisitos para su implementación: numerales b, c, d, h e i.

Parágrafo 1: *Este sistema tendrá como base fundamental el diseño de indicadores que permitan como mínimo, medir variables de eficiencia, de resultado y de impacto que faciliten el seguimiento por parte de los ciudadanos y de los organismos de control, los cuales estarán a disposición de los usuarios o*

| | | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|------------------|------------|-----|
| Elaboro: Oficina de Calidad | | Reviso: Comité MECI - Calidad | | Aprobó: Gerencia | | 199 |
| Fecha: | 2009/12/04 | Fecha: | 2009/12/14 | Fecha: | 2009/12/14 | |

| | | | |
|---|-----------------------|------------|-------------------------|
|  | GESTIÓN DOCUMENTAL | | |
| | MANUAL DE INDICADORES | | |
| | Fecha: | 2009/12/04 | Código: 12.202.11.04 |

destinatarios y serán publicados de manera permanente en las páginas electrónicas de cada una de las entidades cuando cuenten con ellas”.

Artículo 6. “Normalización de calidad en la gestión, numeral 5: Las variables mínimas de calidad que deben medirse a través de los indicadores que establezca cada entidad en cumplimiento del parágrafo 1, artículo 4 de esta ley”.

Como herramienta para la implementación de la **Ley 872 de 2003**, se crea la **Norma Técnica Colombiana NTCGP – 1000: 2004**, la cual por tratarse de una norma técnica, establece los principios y parámetros de gestión cuyo cumplimiento se facilita a través de la formulación de indicadores. A continuación se listan los numerales relacionados:

5.6. Revisión por la dirección, numeral 5.6.2 Información para la revisión, contempla en el ítem b.) El desempeño de los procesos y conformidad del producto y/o servicio.

8. Medición, análisis y mejora, numeral 8.1 Generalidades, ítem c: mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad.


8.2. Seguimiento y medición, en sus numerales.

8.2.1. Satisfacción del cliente, Como una de las medidas del desempeño del sistema de gestión de la calidad, la entidad debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la entidad. Deben determinarse los métodos para obtener y utilizar dicha información.

8.2.4. Seguimiento y medición de producto y/o servicio. La entidad debe medir y hacer un seguimiento de las características del producto y/o servicio, para verificar que se cumplen sus requisitos.

8.4. Análisis de datos. La entidad debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de su eficacia, eficiencia y efectividad. Esto debe incluir los datos generados por el sistema de evaluación para el seguimiento y medición y los generados por cualesquiera otras fuentes pertinentes.

| | | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|------------------|------------|-----|
| Elaboro: Oficina de Calidad | | Reviso: Comité MECI - Calidad | | Aprobó: Gerencia | | 200 |
| Fecha: | 2009/12/04 | Fecha: | 2009/12/14 | Fecha: | 2009/12/14 | |

| | | | |
|---|------------------------------|------------|-------------------------|
|  | GESTIÓN DOCUMENTAL | | |
| | MANUAL DE INDICADORES | | |
| | Fecha: | 2009/12/04 | Código: 12.202.11.04 |

4. DEFINICION DE INDICADOR

Elemento de Control, conformado por el conjunto de mecanismos necesarios para la evaluación de la gestión de toda entidad pública. Se presentan como un conjunto de variables cuantitativas y/o cualitativas sujetas a la medición, que permiten observar la situación y las tendencias de cambio generadas en la entidad, en relación con el logro de los objetivos y metas previstos.

Los Indicadores son mecanismos que permiten controlar el comportamiento de factores críticos en la ejecución de los planes y de los procesos de la entidad.


- ✓ A partir del Direccionamiento Estratégico y de la Caracterización de los Procesos se diseñan los Indicadores, cuya medición periódica permite establecer el grado de avance o logro de los objetivos trazados y de los resultados esperados del proceso, en relación con los productos y servicios que éste genera para la ciudadanía o para las partes interesadas de la entidad.

Para su aplicación deben definirse las variables, las unidades de medida y los parámetros o metas frente a los cuales se medirá la gestión de los procesos, el desempeño de los servidores, los riesgos que afectan las operaciones, la gestión de la entidad y el impacto de los resultados entregados a la ciudadanía y a las partes interesadas. Igualmente, se sugiere establecer rangos de gestión, donde se definan los valores máximos o mínimos que permitan mantener al indicador en condiciones de control y faciliten el uso de alertas.

De otra parte, en armonía con la Ley 872 de 2003 y del Decreto 4110 de 2004, las entidades deberán diseñar indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad:

- ✓ **Indicadores de Eficiencia:** establecen la relación entre los costos de los insumos y los productos de proceso; determinan la productividad con la cual se administran los recursos, para la obtención de los resultados del proceso y el cumplimiento de los objetivos.
- ✓ **Indicadores de Eficacia:** miden el grado de cumplimiento de los objetivos definidos en el Modelo de Operación.

| | | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|------------------|------------|-----|
| Elaboro: Oficina de Calidad | | Reviso: Comité MECI - Calidad | | Aprobó: Gerencia | | 201 |
| Fecha: | 2009/12/04 | Fecha: | 2009/12/14 | Fecha: | 2009/12/14 | |

| | | | |
|---|-----------------------|------------|-------------------------|
|  | GESTIÓN DOCUMENTAL | | |
| | MANUAL DE INDICADORES | | |
| | Fecha: | 2009/12/04 | Código: 12.202.11.04 |

- ✓ **Indicadores de Efectividad (impacto):** miden la satisfacción de las necesidades de la ciudadanía o las partes interesadas.

Por lo cual se debe establecer los criterios y parámetros necesarios para el diseño de Indicadores, que permitan medir el cumplimiento de los resultados esperados por la entidad y la ejecución de las operaciones.

5. VENTAJAS DE LOS INDICADORES

Satisfacer al ciudadano: Si no se satisface al ciudadano o a la comunidad la entidad desaparecerá porque no tendrá a quien prestar un servicio y serán otras entidades las que la reemplacen.

Monitorear el progreso: Mantiene un flujo permanente de información sobre el comportamiento de la entidad, que permite a la gerencia tomar decisiones.

Las mejoras se irán viendo a largo plazo, por lo tanto, los resultados que se van obteniendo muestran el avance que se logra, esto da pie para que el progreso sea continuo.

Mantener el control sobre los principales procesos en la entidad.

Comparación de procesos y actividades: Con los resultados obtenidos sean de hacer comparaciones con otras entidades, con resultados de años anteriores, con otras áreas para así ver cómo podemos mejorar.


Conducir al cambio: A través de un proceso de retroalimentación de tal manera que se realicen actividades de perfeccionamiento institucional.

Un adecuado sistema de indicadores es flexible y se ajusta a los cambios que sufre la entidad en el tiempo.

6. JUSTIFICACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE LOS INDICADORES

La ESE mantiene objetivos y metas claramente definidas para dar cumplimiento al Plan de Acción; es por ello, que al interior de la entidad, se origina un área o

| | | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|------------------|------------|-----|
| Elaboro: Oficina de Calidad | | Reviso: Comité MECI - Calidad | | Aprobó: Gerencia | | 202 |
| Fecha: | 2009/12/04 | Fecha: | 2009/12/14 | Fecha: | 2009/12/14 | |

| | | | |
|---|------------------------------|------------|-------------------------|
|  | GESTIÓN DOCUMENTAL | | |
| | MANUAL DE INDICADORES | | |
| | Fecha: | 2009/12/04 | Código: 12.202.11.04 |

proceso que está obligado a observar el curso de las acciones para lograr dichos resultados.

De esta manera, el área que realiza dicha observación se concentra en realizar varias acciones, para anticiparse al cumplimiento de los objetivos; estas son:

- a. Seguimiento o supervisión a los procesos, como una actividad alterna que se enfoca en el cumplimiento de las actividades del Plan de Acción.
- b. Comprobación de la efectividad, eficiencia e impacto de las actividades misionales, estratégicas y de apoyo de la ESE a la luz de sus objetivos (monitoreo).
- c. El mejoramiento del desempeño de los procesos mediante acciones correctivas (evaluación).

Puede decirse, entonces, que el monitoreo permite describir y calificar el cumplimiento de los objetivos trazados contenidos en las actividades operativas; entendiendo como tales, aquellas que el equipo de trabajo, deben llevar a cabo para asegurar el logro de cada resultado o servicio. El monitoreo responde así, a la evaluación del proceso y por tanto son complementarios y conforman un solo proceso.


Para lograr el resultado esperado de dichas actividades, es necesario crear mecanismos que permitan captar información sobre las actividades de cada proceso, y así sugerir medidas correctivas en los casos en los que se evidencia o no el incumplimiento de los objetivos.

Uno de esos mecanismos son los indicadores; que son medidas específicas, verificables objetivamente, sobre los cambios o resultados de una actividad; que pueden traducirse en relaciones entre una o más variables, y ayudan a caracterizar una acción, un evento o una situación para medir los cambios que en ella se presentan.

Los indicadores son un instrumento de apoyo a los procesos de planificación, ya que permiten:

- ✓ Verificar si un dato recopilado corresponde a lo previsto.

| | | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|------------------|------------|-----|
| Elaboro: Oficina de Calidad | | Reviso: Comité MECI - Calidad | | Aprobó: Gerencia | | 203 |
| Fecha: | 2009/12/04 | Fecha: | 2009/12/14 | Fecha: | 2009/12/14 | |

| | | | |
|---|------------------------------|------------|-------------------------|
|  | GESTIÓN DOCUMENTAL | | |
| | MANUAL DE INDICADORES | | |
| | Fecha: | 2009/12/04 | Código: 12.202.11.04 |

- ✓ Tomar medidas prácticas para corregir y adaptar las acciones que se están desarrollando.
- ✓ Al largo plazo, el conocimiento profundo de la realidad en la que se trabaja, gracias a la recolección y análisis de los datos de manera ínter temporal.

7. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE INDICADORES


De acuerdo con la clasificación asignada por el Departamento Nacional de Planeación en el documento de *"Indicadores Estratégicos en Entidades Territoriales: Criterios para su conceptualización, diseño, análisis e interpretación"*, las características de los indicadores dependen del proyecto a evaluar y del proceso de monitoreo y evaluación del mismo. Están resumidos en 3 grupos básicos, así:

| CONFIABILIDAD DE LOS DATOS | RELACIONES CON LOS PROBLEMAS | UTILIDAD PARA EL USUARIO |
|---|---|--|
| Disponibilidad Confiabilidad Calidad Series temporales Consistencia | Idoneidad Representatividad Unidades de medida Cobertura geográfica Sensibilidad a los cambios Especificidad | Aplicabilidad No redundancia Interpretación Predictivo Comparabilidad Oportunidad |

7.1 CRITERIOS ACERCA DE LA CONFIABILIDAD DE LOS DATOS.

- **DISPONIBILIDAD.** Los indicadores deben ser construidos a partir de las variables sobre las cuales existan registros estadísticos llevados de forma continua. Así mismo, se trata de que la información fuente para la construcción de los indicadores, se encuentre disponible fácilmente, ya que esto redundará en una reducción de los costos que implica su obtención.

| | | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|------------------|------------|-----|
| Elaboro: Oficina de Calidad | | Reviso: Comité MECI - Calidad | | Aprobó: Gerencia | | 204 |
| Fecha: | 2009/12/04 | Fecha: | 2009/12/14 | Fecha: | 2009/12/14 | |

| | | | |
|---|-----------------------|------------|-------------------------|
|  | GESTIÓN DOCUMENTAL | | |
| | MANUAL DE INDICADORES | | |
| | Fecha: | 2009/12/04 | Código: 12.202.11.04 |


Las variables de las cuales dependa el indicador deben contar con un soporte estadístico o evidencia que le permita obtener la información de manera continua, disponible fácilmente, lo que se traduce en obtener los datos sin dificultades.

- **CONFIABILIDAD.** Los datos que generan el indicador deben dar una demostración convincente de que los objetivos están siendo alcanzados, basados en la observación y no subjetivamente. Los datos deben ser medidos siempre de la misma manera, sin importar la persona que realice la medición.
- **CALIDAD.** Los indicadores pueden ser mejorados permanentemente si son integrados en un marco coordinado de estadísticas, que de manera congruente, permita un manejo adecuado de los datos. Los indicadores pueden ser mejorados permanentemente a fin de que le permita un manejo adecuado de los datos.
- **SERIES TEMPORALES.** Debe procurarse que las series de indicadores ofrezcan a los usuarios las ventajas de la aplicación de una metodología uniforme, por un prolongado periodo de tiempo. Esta característica facilitara la realización de análisis sobre su evolución y comportamiento en el tiempo. Es importante que los datos mantengan una metodología uniforme que garantiza su continuidad en el tiempo, para medir evolución y comportamiento en el periodo.
- **CONSISTENCIA.** Relacionada con el interés de uno o más tomadores de decisiones, con el fin de cumplir las metas comunes.

7.2 CRITERIOS SOBRE LA RELACIÓN CON LOS PROBLEMAS.

- ⇒ **IDONEIDAD.** Deben responder de forma conveniente a determinadas preocupaciones acerca del bienestar de la comunidad y de los servicios sociales relacionados con éste.

| | | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|------------------|------------|-----|
| Elaboro: Oficina de Calidad | | Reviso: Comité MECl - Calidad | | Aprobó: Gerencia | | 205 |
| Fecha: | 2009/12/04 | Fecha: | 2009/12/14 | Fecha: | 2009/12/14 | |


| | | | |
|---|-----------------------|------------|-------------------------|
|  | GESTIÓN DOCUMENTAL | | |
| | MANUAL DE INDICADORES | | |
| | Fecha: | 2009/12/04 | Código: 12.202.11.04 |

- ⇒ **REPRESNTATIVIDAD.** Los indicadores deben dar una demostración convincente de que los objetivos están siendo alcanzados, o no, con base en la observación de la realidad y no en apreciaciones subjetivas.
- ⇒ **UNIDADES DE MEDIDA.** La unidad de medida en la que se exprese el indicador debe ser la de mayor conveniencia en cada caso.
- ⇒ **COBERTURA GEOGRAFICA.** Los indicadores deben seguir las pautas de estudio que los usuarios quieran hacer de ellos. Es decir, la cobertura debe ajustarse a territorios, espacios, etc.
- ⇒ **SENSIBILIDAD A LOS CAMBIOS.** Los indicadores deben permitir captar cambios ocurridos en la situación o momentos analizados.
- ⇒ **ESPECIFICIDAD.** Los datos que permiten construir el indicador, debe reportar información solamente sobre el hecho o acción que se desea evaluar, no es que mida varios aspectos del proceso, es que los datos que reportan información se enfoquen solo en acciones determinadas a los mismos.

7.3 CRITERIOS EN LA RELACIÓN CON LA UTILIDAD PARA EL USUARIO.

- × **APLICABILIDAD.** Un indicador debe responder a una circunstancia que haga necesaria su generación y, por ende, su utilización dentro de los procesos de seguimiento y evaluación.
- × **NO REDUNDANCIA.** Debe expresar por sí mismo el fenómeno sin ser redundante con otros indicadores. Existe la posibilidad de que dos indicadores se encuentren altamente correlacionados, lo que lleva a que la información contenida en ellos sea muy similar, surgiendo la posibilidad de utilizar sólo uno.
- × **INTERPRETABILIDAD.** Se espera que sean fáciles de entender por todos los interesados, aun cuando no sean especialistas.
- × **PREDICTIVO.** La información obtenida a partir de los indicadores, debe facilitar la realización de estudios de análisis en los cuales se encuentren ejercicios de proyecciones, pronósticos o simulaciones.

| | | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|------------------|------------|-----|
| Elaboro: Oficina de Calidad | | Reviso: Comité MECI - Calidad | | Aprobó: Gerencia | | 206 |
| Fecha: | 2009/12/04 | Fecha: | 2009/12/14 | Fecha: | 2009/12/14 | |

| | | | |
|---|------------------------------|------------|-------------------------|
|  | GESTIÓN DOCUMENTAL | | |
| | MANUAL DE INDICADORES | | |
| | Fecha: | 2009/12/04 | Código: 12.202.11.04 |

- × **COMPARABILIDAD.** Las anomalías percibidas en los indicadores, pondrán de manifiesto los problemas de coherencia y de cobertura presentes en las estadísticas que sirven de base para su construcción. Con base en esto, puede reflejarse el estado de la información, a partir del estado de los indicadores.
- × **OPORTUNIDAD.** Los indicadores deben ser mensurables inmediatamente, usando datos disponibles para el nivel local o nacional. Deben poder construirse en el corto plazo, para facilitar la evaluación y el reajuste de las metas.

8 FORMAS DE PRESENTAR UN INDICADOR


- ⇒ **CIFRA ABSOLUTA.** Refleja características particulares en un momento dado (por ejemplo número de estudiantes al nivel primario del colegio/ Número total de estudiantes del colegio).
- ⇒ **PORCENTAJES.** Se refiere fundamentalmente a aspectos de distribución (por ejemplo porcentaje de analfabetos en el total de la población, participación del gasto social en el PIB).
- ⇒ **PROMEDIOS Y OTRAS MEDIDAS ESTADÍSTICAS.** Representa comportamientos típicos (por ejemplo el ingreso per-cápita, la mediana de los salarios de los profesionales y técnicos). Muestra comportamientos tales como:
 - Cifras absolutas: se utilizan para dar cuenta de características particulares en un momento dado. Por ejemplo, número total de la población por sexo
 - Medidas estadísticas: usados para mostrar comportamientos típicos, tales como: promedios, mediana, moda, etc. Por ejemplo, ingreso per cápita.
 - Tasas: muestra la evolución o comportamiento de una situación o fenómeno en el tiempo (por ejemplo: tasa de crecimiento del PIB)

9 PROPIEDADES DE LOS INDICADORES

Las cualidades más representativas son las siguientes

- ⇒ **VALIDEZ.** Reflejar y medir los efectos y resultados del programa o proyectos, y los factores externos a estos.

| | | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|------------------|------------|-----|
| Elaboro: Oficina de Calidad | | Reviso: Comité MECI - Calidad | | Aprobó: Gerencia | | 207 |
| Fecha: | 2009/12/04 | Fecha: | 2009/12/14 | Fecha: | 2009/12/14 | |


| | | | |
|---|-----------------------|------------|-------------------------|
|  | GESTIÓN DOCUMENTAL | | |
| | MANUAL DE INDICADORES | | |
| | Fecha: | 2009/12/04 | Código: 12.202.11.04 |

- ⇒ **PERTINENCIA.** Guardar correspondencia con los objetivos y la naturaleza del programa o proyecto, así como con las condiciones del contexto (medio social) en donde se gestiona.
- ⇒ **SENSIBILIDAD.** Reflejar el cambio de la variable en el tiempo, es decir, debe cambiar efectiva y en forma persistente a lo largo del periodo de análisis.
- ⇒ **RELEVANCIA.** Servir efectivamente al usuario para la toma de decisiones. Es decir deben, captar un aspecto esencial de la realidad que buscan expresar, en términos cuantitativos en su dimensión temporal.
- ⇒ **REPRESENTATIVIDAD.** Expresar efectivamente el significado que los actores le otorgan a determinada variable.
- ⇒ **CONFIABILIDAD.** Las mediciones que se hagan, por diferentes personas deben arrojar los mismos resultados.
- ⇒ **DEMOSTRABLES.** Evidenciar los cambios buscados.
- ⇒ **FACTICOS.** Objetivamente verificables.
- ⇒ **EFICIENTES.** Exactos al expresar el fenómeno.
- ⇒ **SUFICIENTES.** Expresar el fenómeno, sin ser redundantes.
- ⇒ **FLEXIBLES.** Adecuarse a la realidad de lo que se pretende medir y a la disponibilidad y confiabilidad de la información.

10 TIPOS DE INDICADORES

Los indicadores sirven como parámetro comparativo, para evaluar la dinámica de las variables que representan su sustento o creación. Existen al menos, dos criterios para clasificar a los indicadores:

| | | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|------------------|------------|-----|
| Elaboro: Oficina de Calidad | | Reviso: Comité MECI - Calidad | | Aprobó: Gerencia | | 208 |
| Fecha: | 2009/12/04 | Fecha: | 2009/12/14 | Fecha: | 2009/12/14 | |

| | | | |
|---|------------------------------|------------|-------------------------|
|  | GESTIÓN DOCUMENTAL | | |
| | MANUAL DE INDICADORES | | |
| | Fecha: | 2009/12/04 | Código: 12.202.11.04 |

1. A partir de la dimensión o valoración de la realidad que se pretenda expresar; para el caso de la ESE Clínica Guane y su RIS.
2. Partiendo del tipo de medida o procedimiento estadístico necesario para su obtención.

Con todo y lo anterior, el fin último de los indicadores es de ser un insumo para evaluar la cercanía o lejanía en la consecución de las metas.

Por otro lado, la forma de captar información para construirlos, se puede diferenciar entre los indicadores objetivos y subjetivos. Los objetivos se basan en observaciones externas e independientes del informante, y los subjetivos obedecen al juicio, en modo y en concepto, y reflejan percepciones y opiniones del informante respecto a su situación.

Para el caso de la ESE, el Sistema de Monitoreo y Evaluación necesita explicar las diferentes clases de indicadores que lo componen, y por ello, se pueden describir los tipos de indicadores existentes, de acuerdo con sus objetivos:


10.1 INDICADORES DE EVALUACIÓN

Los indicadores de evaluación, están relacionados con los logros a corto y largo plazo, y al cumplimiento de la gestión y la consecución de las metas previstas. Es decir, que permite comparar lo logrado con lo esperado. Un ejemplo de ellos dentro del Programa son: Indicadores de porcentaje de avance tales como Porcentaje de Avance en la Consolidación del Portafolio de Servicios, Porcentaje de Avance en la Ejecución de las Actividades para Analizar, Publicar y Promover los Resultados de los Planes Estratégicos Generados por el Sistema de Monitoreo y Evaluación, Porcentaje de Soluciones, etc.

10.2 INDICADOR DE FORMULACIÓN

Son la representación cuantitativa de una variable en relación con otra, que permite medir la calidad del diseño o formulación de una política, programa o proyecto. Ejemplo: Porcentaje de Atención en Requerimiento de Información, Peticiones, Quejas y reclamos.

| | | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|------------------|------------|-----|
| Elaboro: Oficina de Calidad | | Reviso: Comité MECI - Calidad | | Aprobó: Gerencia | | 209 |
| Fecha: | 2009/12/04 | Fecha: | 2009/12/14 | Fecha: | 2009/12/14 | |

| | | | |
|---|------------------------------|------------|-------------------------|
|  | GESTIÓN DOCUMENTAL | | |
| | MANUAL DE INDICADORES | | |
| | Fecha: | 2009/12/04 | Código: 12.202.11.04 |

10.3 INDICADOR DE PRODUCTO

Mide la eficacia final e intermedia, es decir, los productos finales e intermedios del proyecto. A menudo son descritos como la representación cuantitativa de una variable en relación con otra, que permite medir los bienes o servicios directamente provistos por una política, programa o proyecto. Ejemplo: Número de Cadenas de Trámites Automatizadas, Número de Entidades Vinculadas al servicio, número de Entidades Vinculadas a la Intranet Gubernamental, etc.

10.4 INDICADORES DE IMPACTO


Son la representación cuantitativa de una variable en relación con otra (o con ella misma), que permite medir los efectos a mediano y largo plazo, generados por una política, programa o proyecto, sobre la población en general. Los efectos medidos son aquellos directamente atribuibles a dicha política, programa o proyecto específico. Incluye efectos positivos y negativos, producidos directa o indirectamente por una intervención, sean estos intencionales o no. Ejemplos: Porcentaje de Avance en la Asimilación de la Estrategia de la ESE.

Los indicadores de impacto son generalmente diferenciados en dos: de efecto o de corto plazo y de consecuencia o de largo plazo. Los primeros están relacionados con los logros a mediano plazo de un plan, programa o proyecto y al cumplimiento de sus objetivos en una región determinada; y los segundos son los que miden el grado máximo de cumplimiento de los objetivos con respecto, al grupo, o al espacio o región donde se desenvuelve la acción institucional; se relacionan con los logros a largo plazo y son objeto de monitoreo en intervalos entre grandes intervalos de tiempo.

10.5 INDICADOR DE RESULTADO

Representación cuantitativa de una variable en relación con otra, que permite medir los efectos inmediatos o a corto plazo generados por los productos de una política, programa o proyecto, sobre la población directamente afectada. Ejemplo: aumento del uso de los servicios del Centro de Datos, Disminución del Número de Productos No Conformes, etc.

| | | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|------------------|------------|-----|
| Elaboro: Oficina de Calidad | | Reviso: Comité MECI - Calidad | | Aprobó: Gerencia | | 210 |
| Fecha: | 2009/12/04 | Fecha: | 2009/12/14 | Fecha: | 2009/12/14 | |

| | | | |
|---|------------------------------|------------|-------------------------|
|  | GESTIÓN DOCUMENTAL | | |
| | MANUAL DE INDICADORES | | |
| | Fecha: | 2009/12/04 | Código: 12.202.11.04 |

10.6 INDICADORES DE GESTIÓN O DE PROCESO

Aportan los elementos en los cuales deben examinarse los recursos, eficiencia, eficacia, oportunidad, ejecución presupuestal, entre otros, en la ejecución del proyecto por parte de la entidad ejecutora.

Son la representación cuantitativa de una variable en relación con otra, que permite medir los procesos, acciones y operaciones adelantadas dentro la etapa de implementación de una política, programa o proyecto. Ejemplo: Eficiencia en la Ejecución de los Procedimientos Específicos, Número de Citas Mensuales Promedio.

10.7 INDICADOR DE INSUMO

Es una representación cuantitativa de una variable en relación con otra, que permite medir los recursos financieros, humanos y físicos necesarios para implementar el Programa. Ejemplos: Presupuesto Anual, ejecuciones presupuestales.


11 ELABORACIÓN DE LOS INDICADORES

Corre a cargo de cada una de las dependencias quienes tienen que diseñar, aplicar y evaluar sus propios indicadores. Para ello deben tener en cuenta:

- los objetivos, planes y programas de la entidad, los proyectos específicos de cada dependencia, cada uno de estos se encuentran establecidos en el Plan de Acción Institucional que se desarrolla para cada vigencia;
- las funciones específicas definidas en las distintas resoluciones que organizan y establecen las distintas dependencias y/o grupos de trabajo internos;
- las variables que maneja expresadas en términos de recursos y resultado esperado (Metas).

Para su aplicación deben definirse las variables, las unidades de medida y los parámetros a los cuales se medirá la gestión de los procesos, el desempeño de

| | | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|------------------|------------|-----|
| Elaboro: Oficina de Calidad | | Reviso: Comité MECI - Calidad | | Aprobó: Gerencia | | 211 |
| Fecha: | 2009/12/04 | Fecha: | 2009/12/14 | Fecha: | 2009/12/14 | |

| | | | |
|---|------------------------------|------------|-------------------------|
|  | GESTIÓN DOCUMENTAL | | |
| | MANUAL DE INDICADORES | | |
| | Fecha: | 2009/12/04 | Código: 12.202.11.04 |

los funcionarios, los riesgos que afectan las operaciones, la gestión y el impacto de los resultados sobre bienes y servicios prestados, ya sean internos o externos.

12 INDICADORES DE LA ESE CLINICA GUANE Y SU RIS.

Estos indicadores hacen parte del Plan Estratégico de la Entidad como de las fichas de caracterización de los proceso, los cuales se encuentran en desarrollo y que deben ser complementados con el fin de tener en definitiva el Manual de Indicadores. Igualmente el diseño de los indicadores de efectividad, como parte fundamental de los indicadores de la entidad.

Se presenta los indicadores en el formato establecido en el Manual de Implementación de Control Interno MECI del DAFP. Formato **2.1.4** Diseño de Indicadores.

- 13. FICHA TECNICA DE LOS INDICADORES (ANEXOS)**
- 14.**

| | | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|------------------|------------|-----|
| Elaboro: Oficina de Calidad | | Reviso: Comité MECI - Calidad | | Aprobó: Gerencia | | 212 |
| Fecha: | 2009/12/04 | Fecha: | 2009/12/14 | Fecha: | 2009/12/14 | |

Anexo 10 Formato de indicadores

| | | | | |
|-----------------------------|--------------------|-------------|--------------------|-----------------|
| PROCESO | | | | |
| RESPONSABLE | | | | |
| NOMBRE DEL INDICADOR | | | | |
| | | | | |
| OBJETIVO | | | | |
| FORMULA | NUMERADOR | | _____ X 100 | |
| | DENOMINADOR | | | |
| DEFINICION | | | | |
| | | | | |
| ESCALA | REFERENCIA | | TENDENCIA | TIPO |
| | | | | |
| COBERTURA | METAS | | FRECUENCIA | |
| | MIN. | MAX. | RECOLECCION | REVISION |
| | | | | |
| USUARIOS | | | | |
| REVISADO: | | | APROBADO: | |
| | | | | |

Anexo 11 Registros de asistencia

Jueves 15 de Octubre de 2009



ESE CLÍNICA GUANE Y SU RIS
LISTADO DE ASISTENCIA

| TEMA : | | CAPACITACIÓN DEL PERSONAL JORNADA 1 | | |
|-------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------|-----------------------|
| FACILITADOR | | JAVIER GARCIA GELVEZ | | FECHA |
| | | | | OCTUBRE-15-2009 |
| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | LUGAR DE TRABAJO | FIRMA |
| 1 | Martha Stella Condego G. | Apoyo S.T.A.U. | S.T.A.U. | Martha Stella Condego |
| 2 | Beatriz Elena Ferreira V. | Auxiliar de Enf. | Extramural | Beatriz Ferreira |
| 3 | Hesikares Armesto de la Rosa | Aux. Odontología | Extramural | Hesikares Armesto |
| 4 | Dz. Stella Juárez | Aux. Odontología | clínica Guane | Stella Juárez |
| 5 | Helio José Montilla Durán | Médico Rural | Extramural | Helio José |
| 6 | Etida parra contreras | AUX. ENFER. URS | urgencias clinica | Etida parra c. |
| 7 | FABIO DABIO OTERO A. | Médico Rural | C.S. Reposo | Fabio Otero |
| 8 | Rafael Miguel Camacho López | Médico Rural | C.S. Reposo | Rafael Camacho |
| 9 | Solangel Smith Polanco | Aux. Enfermería | Vacunación | Solangel S. Polanco |
| 10 | STRETA RILEY LARKOTTA | AN Enfermería | Vacunación | STRETA RILEY |
| 11 | ELIZABETH LEÓN GARDENIO | AUX. ENFERMERIA | Vacunación | Elizabeth León |
| 12 | JENNIFER A. CARRERO | AUX. ENFERMERIA | VACUNACION | JENNIFER A. CARRERO |
| 13 | Mónica Estanz Sánchez | AUX. ENFERMERIA | Vacunación | Mónica Estanz |
| 14 | Blanca Marleny Gabe Ortiz | AUX. ENFERMERIA | Vacunación | Blanca Marleny |
| 15 | GLADYS Xiomara Cano L. | AUX. ENFERMERIA | Vacunación | Xiomara Cano |
| 16 | Enka Chaves Rodríguez | Auxiliar Enfermería | Vacunación-Extra | Enka Chaves |
| 17 | Monica M. Diaz Alarcos | AUX. DE ENFERMERIA | Vacunación-Extra | Monica M. Diaz A. |



GUANE

ESE CLÍNICA GUANE Y SU RIS
LISTADO DE ASISTENCIA

| TEMA : | | CAPACITACIÓN DEL PERSONAL JORNADA 1 | | |
|-------------|----------------------------------|---|------------------|--------------------------|
| FACILITADOR | | JAVIER GARCIA GELVEZ | FECHA | OCTUBRE-15-2009 |
| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | LUGAR DE TRABAJO | FIRMA |
| 1 | Adriana Mario Guarín Pardo | Coord. Vacunación | Clinica Guane | [Firma] |
| 2 | Alexander Guevara Fajardo | Control de Esterilización | Clinica Guane | [Firma] |
| 3 | Diana I. Cosmecha Velasco | Monit. Citologías y Grupo Extremidad | Clinica Guane | [Firma] |
| 4 | Ygora L. Jimenez F. | Fisioterapeuta | CS Guane | [Firma] |
| 5 | Yanica de los A. Negrete Padua | Fisioterapia | Clinica Guane | [Firma] |
| 6 | Diana Katherine Alvarez Vega | P. y P. Asistente | Clinica Guane | [Firma] |
| 7 | Maria M. Aledia Aguas | Coord. Vigilancia Salud Publica | Clinica Guane | [Firma] |
| 8 | HERNANDO FLOREZ | Coord. Extramed | Clinica Guane | [Firma] |
| 9 | Catalina Guerrero Sierra | Coord. Fisioterapia | Clinica Guane | Catalina Guerrero Sierra |
| 10 | Marica Marin Santoya | Optometrista | Clinica Guane | [Firma] |
| 11 | Elkin Corrales | Odeol. Lección | Clinica Guane | [Firma] |
| 12 | Eugenio Vargas Leon | Aux. Enfermería | CS Reposo | [Firma] |
| 13 | Eunice Navarro Rugeles | Aux. Enfermería | CS Reposo | [Firma] |
| 14 | Ysabel Serrano Pineda | Enfermera | CS Reposo | [Firma] |
| 15 | Leidy Violeta Pongas Castro | Aux. Enfermería | CS Reposo | Leidy Violeta Pongas C |
| 16 | Amintha Villabona | Aux. Odontología | CS Reposo | [Firma] |
| 17 | Nenny Ortiz Reyes | Cafetera | CS Reposo | [Firma] |



ESE CLÍNICA GUANE Y SU RIS
LISTADO DE ASISTENCIA

| TEMA : | | CAPACITACIÓN DEL PERSONAL JORNADA 1 | | |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------|
| FACILITADOR | | JAVIER GARCIA GELVEZ | FECHA | OCTUBRE-15-2009 |
| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | LUGAR DE TRABAJO | FIRMA |
| 1 | Ricardo Cardozo Bartista | Odontólogo | Reposo | [Firma] |
| 2 | Yolanda Portillo Villaverde | Médico General | Guane | [Firma] |
| 3 | Elfradelli Conza Pérez | Enfermera CE | Guane | [Firma] |
| 4 | Nathalia Pinto Leon | Aux. Enfermería | Guane | [Firma] |
| 5 | Juan Carlos Moreno | P. y P. extramural | Extramural | [Firma] |
| 6 | Sergio Gómez Barrios | Aux. Admitivo | Historias Clínicas | [Firma] |
| 7 | Rosalba Briceño Ojeda | AUX-EM | Urgencias | [Firma] |
| 8 | Fidelis Lucy Flores Ruiz | AUX. Emerg. | Urgencia | [Firma] |
| 9 | Doris Castro Castro | Aux. Enfermería | Extramural | [Firma] |
| 10 | Yanessa Tobiza V. | Aux. Enfermería | Extramural | [Firma] |
| 11 | Taisay Infante Castro | ENFERMERA JEFE | EXTRAMURAL | [Firma] |
| 12 | Silvia Johanna Camargo L. | Aux. Odontología | CS La Cumbre Aux. Odontología | [Firma] |
| 13 | MONICA ACELAS | MÉDICO GENERAL | CS LA CUMBRE | [Firma] |
| 14 | Carla Paola Flores Cu. | Odontóloga | CS La Cumbre | [Firma] |
| 15 | Elinson Salgado P. | Archivo | Ext. Moral. | [Firma] |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |

Jueves 22 de Octubre de 2009



ESE CLÍNICA GUANE Y SU RIS
LISTADO DE ASISTENCIA

1/3

| TEMA : | | CAPACITACIÓN DEL PERSONAL JORNADA 2 | | |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| FACILITADOR | | JAVIER GARCIA GELVEZ | FECHA | OCTUBRE-22-2009 |
| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | LUGAR DE TRABAJO | FIRMA |
| 1 | YANIRA REIGADO ANAIZA | AUX ENFERMERIA | J-A MORALES | [Firma] |
| 2 | YANIRA REIGADO ORTIZ | AUX-ENFERMERIA | JOSE A. MORALES. | [Firma] |
| 3 | Yaneth Magali Quintero R. | Enfermera Jefe | JOSE A. MORALES | [Firma] |
| 4 | Diana Marguette Parafonseca | Enfermera Jefa | logos II | [Firma] |
| 5 | Ismelda Plata Vasga | Enfermera Jefa | C.S. Barrabista | [Firma] |
| 6 | Esmeralda Pangel Rueda | Aux Enfermería | C.S logos | Esmeralda Pangel Rueda |
| 7 | Celina Villalba | Servicios Generales | C.S logos-J.A.Morales | [Firma] |
| 8 | Silvia Johanna Camargo | Aux. Odontología 1098665535 | La Cumbre | [Firma] |
| 9 | Gloria H. Rey | 63443993 | Los Andes | [Firma] |
| 10 | Mónica M. Acevedo Anaiza | Médico General | La Cumbre. | [Firma] |
| 11 | [Firma] | Odontóloga | La Cumbre. | [Firma] |
| 12 | JIEGO ISAAC CAMERO H. | ENFERMERO JEFE | 2A CUMBRE | [Firma] |
| 13 | Aminta Villabona | Aux odontología | Reposo | [Firma] |
| 14 | PADA URBE JIMENEZ | odontóloga | Peroso/Villabel | [Firma] |
| 15 | [Firma] | Higienista oral | C.S. Villabel | [Firma] |
| 16 | Eunice [Firma] | AUX ENFERMERIA | C.S. Reposo | [Firma] |
| 17 | [Firma] | Servicios Generales | Reposo Trinidad | [Firma] |



ESE CLÍNICA GUANE Y SU RIS
LISTADO DE ASISTENCIA

2/3

| TEMA : | | CAPACITACIÓN DEL PERSONAL JORNADA 2 | | |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------------|---------------------|------------------------|
| FACILITADOR | | JAVIER GARCIA GELVEZ | FECHA | OCTUBRE-22-2009 |
| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | LUGAR DE TRABAJO | FIRMA |
| 1 | Diana Patricia Toro Cortés | Aux. Enfermería | C.S. Trinidad | Diana Patricia Toro |
| 2 | LAORA MIENA DIAZ AROILA | ODONTÓLOGA | C.S. TRINIDAD-GUANE | LAORA DIAZ |
| 3 | Estelita Santos Arce | AUX. odontología | C.S. Trinidad | Estelita Santos A. |
| 4 | Denny Courtney Ortiz Reyes | Cajera | REPOSO | Denny Ortiz |
| 5 | Leidy Violeta Pargas Castro | Aux. Enfermería | CS REPOSO | Leidy Violeta Pargas C |
| 6 | Ysabel Socorro Bracamonte | Enfermera | C.S. Reposo | Ysabel Bracamonte |
| 7 | Sandra Zapata A. | Medico Rural | CS Bellavista | Sandra Zapata |
| 8 | Nathalie Gomez | Medico General | CS Villabel | Nathalie Gomez |
| 9 | Viviana Flores Guana | Medico Rural | C.S. Villabel | Viviana Flores |
| 10 | Andrea Paola Mejía Forzate | Medico Rural | C.S. Matino | Andrea Paola Mejía |
| 11 | Ely Johanna Méndez Villanar | AUX. odontología | C.S. Matino | Ely Johanna Méndez |
| 12 | Elba Pabla Suárez Niño | Enfermera JEFE | C.S. Matino | Elba Suárez |
| 13 | Marina Duarte de Romera | servicios generales | Bellavel | Marina Duarte |
| 14 | Yacielina Rodríguez A. | Enfermera | C.S. Villabel | Yacielina Rodríguez |
| 15 | Rafael Camacho López | Medico Rural | C.S. Reposo | Rafael Camacho |
| 16 | Yasna E. Portillo | Asistente | C.S. Bellavista | Yasna E. Portillo |
| 17 | Yasna E. Portillo | Asistente | C.S. Bellavista | Yasna E. Portillo |



ESE CLÍNICA GUANE Y SU RIS
LISTADO DE ASISTENCIA

3/3

| TEMA : | | CAPACITACIÓN DEL PERSONAL JORNADA 2 | | |
|-------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------|-------------------------------|
| FACILITADOR | | JAVIER GARCIA GELVEZ | FECHA | OCTUBRE-22-2009 |
| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | LUGAR DE TRABAJO | FIRMA |
| 1 | Maria Esperanza Gutierrez P. | Auxiliar Enfermera | C.S. Trinidad | Maria Esperanza Gutierrez P. |
| 2 | Maria Eugenia Vargas Leon | Auxiliar enfer | C.S. Reposo | Maria Eugenia Vargas Leon |
| 3 | Yelitza Niño | Enfermera jefe | C.S. Trinidad | Yelitza Niño |
| 4 | Gerardo Andrés Ferrera Vargas | Cajero | C.S. Trinidad | Gerardo Andrés Ferrera Vargas |
| 5 | Luzmila Pardo | Medico | C.S. Trinidad | Luzmila Pardo |
| 6 | Alberto Becerra | Medico | C.S. Trinidad | Alberto Becerra |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |

Miércoles 18 de noviembre de 2009



ESE CLÍNICA GUANE Y SU RIS
LISTADO DE ASISTENCIA A REUNION DEL EQUIPO MECI - CALIDAD

| TEMA : | | EQUIPO MECI - CALIDAD | | |
|-------------|--------------------------------|-----------------------|------------------|--------------------|
| FACILITADOR | | EQUIPO MECI - CALIDAD | | FECHA |
| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | LUGAR DE TRABAJO | FIRMA |
| 1 | Samuel Ardila Rueda. | Sub. Adm. | Clinica Guane | <i>[Signature]</i> |
| 2 | Pablo Emilio Torres Gamdo | Coord. Médico | Clinica Guane | <i>[Signature]</i> |
| 3 | Carmen Alicia Zambrano Navarro | Calidad | Clinica Guane | <i>[Signature]</i> |
| 4 | Dalia Astrith Arias Lopez | Almacen | Clinica Guane | <i>[Signature]</i> |
| 5 | Edilberto Sarmiento C | Sub científico | Clinica Guane | <i>[Signature]</i> |
| 6 | Claudia G. Hernandez U. | Cont int. obip/mis | Clinica Guane | <i>[Signature]</i> |
| 7 | Diego Yarchin | Tesoro | ... | <i>[Signature]</i> |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |

Jueves 25 de Febrero de 2010



ESE CLINICA GUANE Y SU RIS
LISTADO DE ASISTENCIA

| TEMA : | | SOCIALIZACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD - INTERFACE | | |
|-------------|------------------------------|--|-----------------------|-----------------|
| FACILITADOR | | JAVIER GARCIA GELVEZ | FECHA | FEBRERO-25-2010 |
| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | LUGAR DE TRABAJO | FIRMA |
| 1 | Diana Margarita Pardo Pasaca | Enfermera jefe | C.S. Lagos 17 | Diana Pardo |
| 2 | Elizabeth Gomez Pérez | Enfermera | ESE CLINICA GUANE | Elizabeth |
| 3 | Gabriel Zamora Z | Coord. Med. Urge. | Clinica Guane | Gabriel |
| 4 | Yaneth Magali Quintana F. | Enfermera jefe | C.S. J.A.M | Yaneth |
| 5 | Ismelda Plata Vega | Enfermera Jefe | C.S. Brillavista | Ismelda |
| 6 | Doris C. Velasco | Prof. un. planear. | | Doris |
| 7 | Teresa Emilia Torres | TEC. SAN. AHB | Clinica Guane | Teresa |
| 8 | Yacqueline Rodriguez A. | Enfermera | C.S. Villabel | Yacqueline |
| 9 | José Román Cortez | Asist. Admón | Almacén | José Román |
| 10 | Felix Aguilar Mejia | Apoyo profesional | ALMACEN | Felix |
| 11 | Dalia Astrith Arbolez Lezama | Almacenista | Clinica Guane | Dalia |
| 12 | Mery Luz Hernandez Lopez | jefe Control interno | Control interno | Mery Luz |
| 13 | Mely Nelly Serrano Turiso | Asistente Control Int. | Control interno | Mely Nelly |
| 14 | IVAN DARIO ROJAS | Sistemas. | Sistemas. | Ivan |
| 15 | Diana Katherine Alvarez Vega | Asist. P y P | Mod. Med. y P y P | Diana |
| 16 | Yolba Emilia Torres G. | Coord. Médico | Coord. Médico y P y P | Yolba |
| 17 | Jorge Roberto Medina A | Coord. VSP | P y P | Jorge |



ESE CLINICA GUANE Y SU RIS
LISTADO DE ASISTENCIA

| TEMA : | | SOCIALIZACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD - INTERFACE | | |
|-------------|----------------------------|--|----------------------|----------------------------|
| FACILITADOR | | JAVIER GARCIA GELVEZ | FECHA | FEBRERO-25-2010 |
| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | LUGAR DE TRABAJO | FIRMA |
| 1 | CAROLINA BETHA DUKAN | ASIST. SUBDIRECCION | SUB. ADMIVA Y FINAN. | CAROLINA BETHA D. |
| 2 | Samuel Adela Rueda. | Sub. Administrativo | clinica Guane | Samuel Adela Rueda |
| 3 | Sergio Mauricio Ramirez P. | Contactador | Contabilidad | Sergio Mauricio Ramirez P. |
| 4 | Henry Giovanni Monsale | Asist. contabilidad | Contabilidad | Henry Giovanni Monsale |
| 5 | Wendery Rodriguez P | Apoy. Prof. | Presupuesto | Wendery Rodriguez P. |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |

Anexo 12 Tablas Retención Documental

- Series y subseries

| COD. | SERIE | COD. | SUBSERIE |
|-----------|------------------------|-----------|---|
| 01 | ACTAS | 01 | Actas de Junta Directiva |
| | | 02 | Acta de Comité de MECI - CALIDAD |
| | | 03 | Acta de Comité de Presupuesto |
| | | 04 | Acta de Comité de Historias Clínicas |
| | | 05 | Acta de Comité de Cartera |
| | | 06 | Acta de Comité de Conciliación |
| | | 07 | Acta de Comité de Archivo |
| | | 08 | Acta de Comité de Compras |
| | | 09 | Acta de Comité de Docencia |
| | | 10 | Acta de Comité de Mortalidad Materna y Perinatal |
| | | 11 | Acta de Comité de Emergencias y Desastres |
| | | 12 | Acta de Comité de Vigilancia y Epidemiología |
| | | 13 | Acta de Comité Técnico de Estudio para Acceso |
| | | 14 | Acta de Comité Administrador de Bajas |
| | | 15 | Acta de Comité de Gestión Sanitaria y Ambiental |
| | | 16 | Acta de Comité Técnico Científico |
| | | 17 | Acta de Comité de Farmacia y Terapéutico |
| | | 18 | Acta de Comité de Coordinación de Control Interno |
| | | 19 | Acta de Comité de Medicina, Higiene y Seguridad |
| | | 20 | Acta de Posesión |
| | | 21 | Acta de inicio |
| | | 22 | Acta de liquidación |
| | | 23 | Acta de anticipo |
| 02 | ACUERDOS | 01 | Acuerdos de Junta Directiva |
| 03 | CERTIFICACIONES | 01 | Certificaciones Laborales |
| | | 02 | Certificado de Ingresos |

| COD. | SERIE | COD. | SUBSERIE |
|-------------|-----------------------|-------------|--|
| | | 03 | Certificado de IVA y Retención |
| | | 04 | Certificado de Disponibilidad Presupuestal |
| | | 05 | Certificado CISE |
| | | 06 | Certificado CUBS |
| | | 07 | Certificado de Asistencia |
| | | | |
| 04 | COMUNICACIONES | 01 | Control de Registro Enviado |
| | | 02 | Circulares Informativas |
| | | 03 | Circulares Reglamentarias |
| | | 04 | Memorandos |
| | | 05 | Avisos de Prensa |
| | | 06 | Comunicados de prensa |
| | | 07 | Derechos de petición |
| | | 08 | Tutelas |
| | | 09 | Control de Registro Interno |
| | | 10 | Control de registro recibida |
| 05 | INFORMES | 01 | Informes de Gestión |
| | | 02 | Informes a Entes de Control |
| | | 03 | Informes de Auditoria |
| | | 04 | Informes Financieros |
| | | 05 | Informe de Presupuestos |
| | | 06 | Informe de Visitas |
| | | 07 | Informe de Servicios Públicos |
| | | 08 | Informe de Cartera |
| | | 09 | Informe de Ingreso |
| | | 10 | Informe de Saldos de Cartera |
| | | 11 | Informe de Facturación |
| | | 12 | Informe del 2193 |
| | | 13 | Informe Circular Única |
| | | 14 | Informe de Ejecución Plan de Compras |
| | | 15 | Informe de Ordenes de pago |
| | | 16 | Informe del CHIFP |
| 06 | RESOLUCIONES | 01 | Resoluciones de Actos Administrativos |
| | | 02 | Resoluciones Manejo Presupuestal |

| COD. | SERIE | COD. | SUBSERIE |
|-------------|----------------------|-------------|---|
| | | 03 | Resolución de Viáticos |
| | | 04 | Resolución de legalización y desembolso de caja menor |
| 07 | COMPROBANTES | 01 | Comprobantes de Ingreso |
| | | 02 | Comprobantes de Egreso |
| | | 03 | Comprobante de Contabilidad |
| 08 | CONTRATOS | 01 | Contrato de Arrendamiento |
| | | 02 | Contrato de Prestación de Servicios Profesionales |
| | | 03 | Contrato de Obra |
| | | 04 | Contrato de Suministro |
| | | 05 | Contrato con EPS-S |
| | | 06 | Contrato de Compraventa |
| | | 07 | Contrato de Publicidad |
| 09 | HISTORIAS | 01 | Historia laboral |
| | | 02 | Historia Clínica |
| 10 | LIBROS | 01 | Libro Auxiliar |
| | | 02 | Libro Caja Diario |
| | | 03 | Libro Mayor y Balances |
| | | 04 | Libro Balance de Comprobación |
| 11 | MANUALES | 01 | Manual de Archivo |
| | | 02 | Manual de Procesos y Procedimientos |
| | | 03 | Manual de Funciones |
| | | 04 | Manual de Indicadores |
| | | 05 | Manual de Calidad |
| 12 | PLANES | 01 | Plan de Acción |
| | | 02 | Plan de Gestión |
| | | 03 | Plan de Mejoramiento |
| | | 04 | Plan de Capacitación |
| | | 05 | Plan de Auditoria |
| | | 06 | Plan de Compras |
| 13 | PROGRAMAS | 01 | Programas de Salud Ocupacional |
| | | 02 | Programas de Inducción |
| | | 03 | Programas de Salud |
| 14 | DECLARACIONES | 01 | Declaración de Ingresos y patrimonio |
| | | 02 | Declaración de Retención en la Fuente |

| COD. | SERIE | COD. | SUBSERIE |
|-------------|-----------------------|-------------|---|
| | | 03 | Declaración de Renta y Complementarios |
| 15 | PROCESOS | 01 | Procesos de Investigaciones Administrativos |
| | | 02 | Procesos Disciplinarios |
| | | 03 | Procesos Judiciales |
| 16 | CONCILIACIONES | 01 | Conciliaciones Bancarias |
| | | 02 | Conciliaciones Entre las Partes |
| | | 03 | Sentencias y Conciliaciones |
| 17 | EXAMENES | 01 | Exámenes de laboratorio |
| | | 02 | Exámenes de Citología |
| 18 | PROYECTOS | 01 | Proyectos de Investigación |
| | | 02 | Proyectos de Inversión |
| | | 03 | proyectos de Soporte Institucional |
| 19 | CONCEPTOS | 01 | Conceptos Jurídicos |
| | | 02 | Conceptos Médicos |
| 20 | REPORTES | 01 | Ejecución de Ingresos |
| | | 02 | Ejecución de Gastos |
| | | 03 | Registro Presupuestal |
| 21 | ORDENES | 01 | Ordenes de Pago |
| | | 02 | Orden de Pedido |
| | | 03 | Ordenes de Laboratorio |
| | | 04 | Ordenes de Imagenología |
| | | 05 | Ordenes de Medicamentos |
| | | 06 | Ordenes Medicas |
| | | 07 | Ordenes de Compra |
| 22 | TABLAS | 01 | Tablas de Retención Documental |
| 23 | LICITACIONES | 01 | Licitaciones |
| 24 | ARQUEOS | 01 | Arqueos de caja |
| 25 | MOVIMIENTOS | 01 | Movimiento Diario |
| 26 | ENCUESTAS | 01 | Encuestas a usuarios |
| | | 02 | Encuestas de Control Interno |
| | | 03 | Encuestas diagnostico GP 1000:2004 |
| 27 | INVENTARIOS | 01 | Inventario de Almacén |
| | | 02 | Inventario por Dependencias |
| 28 | GLOSAS | 01 | Glosas Facturas |

| COD. | SERIE | COD. | SUBSERIE |
|-------------|--------------------|-------------|-------------------------|
| | | 02 | Glosas Entes de Control |
| 29 | CAJA | 01 | Arqueos de caja |
| 30 | PRESUPUESTO | 01 | Presupuesto anual |
| 31 | FACTURAS | 01 | Factura de cobro |
| 32 | NOTAS | 01 | Notas debito |
| | | 02 | Notas crédito |
| | | 03 | Notas contables |
| | | 04 | notas presupuestales |
| 33 | CONVENIOS | 01 | Docente Asistenciales |

- Áreas funcionales

| CODIFICACION DE AREAS FUNCIONALES | | | |
|--|-------------------------|-------------|---------------------------|
| COD. | AREA FUNCIONAL | COD. | OFICINA PRODUCTORA |
| 10 | GERENCIA | | |
| 11 | SUBDIRECCION CIENTIFICA | 101 | PROMOCION Y PREVENCION |
| | | 102 | URGENCIAS |
| | | 103 | CONSULTA EXTERNA |
| | | 104 | LABORATORIO CLINICO |
| | | 105 | FARMACIA |
| | | 106 | VACUNACION |
| | | 107 | ODONTOLOGIA |
| | | 108 | SIAU |
| | | 109 | C.S. LA CUMBRE |
| | | 110 | C.S. VILLABEL |
| | | 111 | C.S. LA TRINIDAD |
| | | 112 | C.S. REPOSO |
| | | 113 | C.S. JOSE A. MORALES |
| | | 114 | C.S. BELLAVISTA CASAS |
| | | 115 | C.S. LAGOS |
| | | 116 | C.S EL MORTIÑO |
| | | 117 | C.S. ROSABLANCA |

| CODIFICACION DE AREAS FUNCIONALES | | | |
|--|-----------------------------|-------------|---------------------------|
| COD. | AREA FUNCIONAL | COD. | OFICINA PRODUCTORA |
| | | 118 | C.S. AGUABLANCA |
| | | 119 | GESTION AMBIENTAL |
| | | 120 | FISIOTERAPIA |
| | | 121 | IMAGENOLOGIA |
| 12 | SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA | 201 | CARTERA |
| | | 202 | CALIDAD |
| | | 203 | MANTENIMIENTO |
| | | 204 | ARCHIVO |
| | | 205 | SISTEMAS |
| | | 206 | CONTABILIDAD |
| 13 | TESORERIA | 301 | CAJAS |
| 14 | PLANEACION Y PRESUPUESTO | | |
| 15 | OFICINA ASESORA JURIDICA | | |
| 16 | OFICINA DE CONTROL INTERNO | | |
| 17 | ALMACEN | | |

Fuente: Documentos del SGC de la E.S.E. Clínica Guane

Anexo 13 Manual de Calidad


| | | | | |
|---|---------------------------|------------|-------------------------|---------------------------------|
|  | GESTION DOCUMENTAL | | | |
| | MANUAL DE CALIDAD | | | |
| | Fecha: | 2009/12/12 | Código: 12.202.11.05 | Versión : 01 Pág. 230 de 356 |

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

1 PROPOSITO, VISION, MISION, GENERALIDADES, ESTRUCTURA Y DEFINICIONES

- 1.1 Propósito del manual de calidad
- 1.2 Visión
- 1.3 Misión
- 1.4 Generalidades DE LA E.S.E. CLINICA GUANE Y SU RIS
- 1.5 Estructura organizacional
- 1.6 Definiciones

2 GESTIÓN DEL MANUAL

- 2.1 Objeto del manual de gestión de la calidad
- 2.2 Campo de aplicación
 - 2.2.1 Alcance del sistema de gestión de la calidad
 - 2.2.2 Exclusiones del sistema de gestión de la calidad
- 2.3 Control del manual de gestión de la calidad
 - 2.3.1 Aprobación
 - 2.3.2 Actualización
 - 2.3.3 Distribución


3 DIRECCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

- 3.1 Compromiso de la Gerencia
- 3.2 Enfoque al cliente
- 3.3 Compromiso con el sistema de gestión de la calidad
- 3.4 Política de calidad
- 3.5 Objetivos de calidad

4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

- 4.1 Representante del sistema de gestión de la calidad de la ESE CLINICA GUANE Y SU RIS
- 4.2 Revisión del sistema de gestión de la calidad
- 4.3 Gestión de los recursos
 - 4.3.1 Provisión de recursos
 - 4.3.2 Recursos humanos
 - 4.3.2.1 Generalidades
 - 4.3.2.2 Competencia, toma de conciencia y formación

| | | | | | |
|--|------------|-------------------------------|------------|---|------------|
| Elaboro: Javier García Gelvez: Cargo: Asesor de Calidad | | Reviso: Comité MECI - CALIDAD | | Autorizo: Martín E. Rodríguez Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/23 | Fecha: | 2009/12/10 | Fecha: | 2009/12/12 |

| | | | |
|---|--------------------|------------|---------------------------------|
|  | GESTION DOCUMENTAL | | |
| | MANUAL DE CALIDAD | | |
| | Fecha: | 2009/12/12 | Código: 12.202.11.05 |
| | | | Versión : 01 Pág. 231 de 356 |

4.3.2.3 Comunicación

4.3.3 Infraestructura

4.3.4 Ambiente de trabajo

4.4 Mediciones del sistema de gestión de la calidad

4.4.1 Medición del desempeño de los procesos

4.4.2 Medición de la satisfacción de la comunidad

4.4.3 Medición de la conformidad de productos y servicios


4.4.4 Medición sobre el cumplimiento de objetivos de calidad

4.5 Acciones correctivas, preventivas y de mejora

5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

ANEXOS

| | | | | | |
|--|------------|-------------------------------|------------|---|------------|
| Elaboro: Javier García Gelvez: Cargo: Asesor de Calidad | | Reviso: Comité MECI - CALIDAD | | Autorizo: Martín E. Rodríguez Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/23 | Fecha: | 2009/12/10 | Fecha: | 2009/12/12 |

| | | | |
|---|---------------------------|------------|-------------------------|
|  | GESTION DOCUMENTAL | | |
| | MANUAL DE CALIDAD | | |
| | Fecha: | 2009/12/12 | Código: 12.202.11.05 |

INTRODUCCIÓN

El presente manual tiene como finalidad describir el Sistema de Gestión de Calidad implementado por la **ESE CLINICA GUANE Y SU RIS**, para el aseguramiento de la calidad en la prestación de sus servicios, cumpliendo con los estándares de calidad de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004.

También contiene información sobre nuestra entidad, el alcance, control y distribución de este documento, la información sobre los procesos de la entidad, así como la referencia a los Procedimientos y Registros que exige el Sistema de Gestión de Calidad.

El Manual de Calidad de la **ESE CLINICA GUANE Y SU RIS** se encuentra a disposición de todos los usuarios, servidores y partes interesadas en nuestro Sistema de Gestión de Calidad como guía fundamental para el buen entendimiento de la estructura, composición y compromiso de la entidad. Define la política, los objetivos y la responsabilidad del Sistema de Gestión de Calidad; contiene todos los Procesos, procedimientos y directrices relacionadas, como también los formatos de registro, guías de trabajo e instructivas que deben y/o pueden requerirse en la gestión.


1. PROPOSITO, MISION, VISION, GENERALIDADES, ESTRUCTURA Y DEFINICIONES

1.1. PROPOSITO DEL MANUAL DE CALIDAD

Este manual de calidad tiene como propósito describir el sistema de gestión de calidad (SGC) que se implementa y mantiene en LA E.S.E. CLINICA GUANE Y SU RIS mediante la adopción de procesos misionales y de apoyo identificados y definidos por las diferentes áreas funcionales de la ESE CLINICA GUANE Y SU RIS cuyo objetivo es normalizar los procedimientos de actuación y evitar las indefiniciones e improvisaciones que pudieran dar lugar posteriormente a problemas o deficiencias en la prestación de cada servicio.

Así mismo, el manual busca que se conozca el compromiso adquirido por LA ESE CLINICA GUANE Y SU RIS respecto a la satisfacción de sus usuarios: ciudadanos, entidades adscritas y vinculadas y funcionarios de la entidad. Dicho

| | | | | | |
|--|------------|-------------------------------|------------|---|------------|
| Elaboro: Javier García Gelvez: Cargo: Asesor de Calidad | | Reviso: Comité MECI - CALIDAD | | Autorizo: Martín E. Rodríguez Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/23 | Fecha: | 2009/12/10 | Fecha: | 2009/12/12 |

| | | | | |
|---|---------------------------|------------|-------------------------|---------------------------------------|
|  | GESTION DOCUMENTAL | | | |
| | MANUAL DE CALIDAD | | | |
| | Fecha: | 2009/12/12 | Código: 12.202.11.05 | Versión : 01 <hr/> Pág. 233 de 356 |

compromiso se enfoca hacia el logro permanente de las directrices y objetivos que constituyen la política de calidad, la cual enmarca y orienta el SGC.

1.2 VISIÓN

La ESE Clínica Guane de Floridablanca y su Red Integral de Salud, será para el 2011 una institución altamente reconocida a nivel Departamental y pionera en la prestación de servicios de salud del nivel I, generando un alto impacto social, elevando su estabilidad patrimonial y financiera, a través de sus valores corporativos.

Se proyecta como la mejor empresa prestadora de servicios del nivel I, de atención en salud tanto del régimen subsidiado como del contributivo, con alto grado de compromiso social, acreditada y certificada en salud bajo los estándares más altos de calidad.

1.3 MISIÓN

La ESE Clínica Guane y su Red Integral de Salud es una institución que presta servicios de salud del nivel I en el municipio de Floridablanca, cuyo propósito es ofrecer atención médica y paramédica con calidad, buscando la satisfacción de nuestros usuarios mediante una atención cálida, oportuna, segura y de fácil acceso, a través de nuestra fortalecida red institucional.

1.4 GENERALIDADES LA E.S.E. CLINICA GUANE Y SU RIS


1.4.1 DATOS GENERALES

La **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, CLINICA GUANE Y SU RED INTEGRAL DE SERVICIOS DEL MUNICIPIO DE FLORIDBLANCA** fue creada mediante Acuerdo Municipal No.044 de fecha Julio 14 de 1998, como una entidad pública descentralizada del orden municipal, bajo la administración del alcalde Luis Eduardo Rodríguez Pinzón.

Entendida como una categoría especial de entidad pública, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Dirección local de Salud e integrante del Sistema General de Seguridad social en Salud y sometida al régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículo 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios y demás disposiciones que lo modifiquen, adicionen, reformen o sustituyan.

El objeto de la ESE CLINICA GUANE Y SU RIS, es la prestación de Servicios de Salud, entendidos como un servicio público y como parte integrante del sistema de

| | | | | | |
|--|------------|-------------------------------|------------|---|------------|
| Elaboro: Javier García Gelvez: Cargo: Asesor de Calidad | | Reviso: Comité MECI - CALIDAD | | Autorizo: Martín E. Rodríguez Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/23 | Fecha: | 2009/12/10 | Fecha: | 2009/12/12 |

| | | | | |
|---|---------------------------|------------|-------------------------|---------------------------------------|
|  | GESTION DOCUMENTAL | | | |
| | MANUAL DE CALIDAD | | | |
| | Fecha: | 2009/12/12 | Código: 12.202.11.05 | Versión : 01 <hr/> Pág. 234 de 356 |

seguridad social en salud. En consecuencia en desarrollo de este objeto, adelantará acciones de promoción y Prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud.

La ESE CLINICA GUANE se encuentra ubicada en la calle 4 No.7-01 del Municipio de Floridablanca y cuenta con una Red Integral de Servicios ubicados en los siguientes sitios:

- × Centro de Salud la Cumbre Calle 34 entre cra. 5 y 6.
- × Centro de Salud Villabel Cra. 12 No.12 – 21
- × Centro de Salud la Trinidad Cra. 19 No.61 A – 03
- × Centro de Salud el Reposo Calle 56 con cra. 14
- × Centro de Salud José A. Morales Cra. 60 No. 24 – 38
- × Centro de Salud Lagos transversal 129 No. 5 – 07 Lagos III
- × Centro de Salud Bellavista Cra. 33 No. 99 – 23
- × Centro de Salud El Mortiño Kilometro 18 vía a Pamplona
- × Centro de Salud Rosa Blanca Kilometro 16 vía a Pamplona
- × Centro de Salud Agua Blanca Kilometro 18 vía a Pamplona

1.5 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL


La estructura de la ESE CLINICA GUANE Y SU RIS está conformada por las siguientes Dependencias:

- I. Gerencia
- II. Subdirección Administrativa
- III. Subdirección Científica
- IV. Oficina de Control Interno Disciplinario
- V. Oficina de Control Interno
- VI. Secretaria de Gerencia
- VII. Oficina Asesora Jurídica
- VIII. Oficina de Planeación
- IX. Tesorería
- X. Almacén General

1.6 DEFINICIONES

SGC - Sistema de gestión de la calidad: (NTC ISO 9000, numeral 3.2.3) Es un sistema de gestión para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad.

| | | |
|---|-------------------------------|---|
| Elaboro: Javier García Gelvez Cargo: Asesor de Calidad | Reviso: Comité MECI - CALIDAD | Autorizo: Martín E. Rodríguez Cargo: Gerente |
| Fecha: 2009/10/23 | Fecha: 2009/12/10 | Fecha: 2009/12/12 |

| | | | | |
|---|--------------------|------------|-------------------------|---------------------------------------|
|  | GESTION DOCUMENTAL | | | |
| | MANUAL DE CALIDAD | | | |
| | Fecha: | 2009/12/12 | Código: 12.202.11.05 | Versión : 01 <hr/> Pág. 235 de 356 |

Sistema de gestión de la calidad para Entidades: (NTCGP 1000:2004, numeral 3.49) Herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social, en la prestación de los servicios a cargo de las entidades. Está enmarcado en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades.

Manual de calidad: (NTC ISO 9000 numeral 3.7.4, NTCGP 1000:2004 numeral 3.30) Es un documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una organización.

Procedimiento: (NTC ISO 9000, numeral 3.4.5, NTCGP 1000:2004 numeral 3.38) Es una forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

Planificación de calidad: (NTCGP 1000:2004 numeral 3.36) Parte de la gestión de la calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad y a la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados, para cumplir los objetivos de la calidad.

Plan de calidad: (NTC ISO 9000, numeral 3.7.5) Es un documento que especifica qué procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quién debe aplicarlos y cuándo deben aplicarse a un proyecto, proceso, producto o contrato específico.

Registro: (NTC ISO 9000 numeral 3.7.6, NTCGP 1000:2004 numeral 3.42) Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

Parte interesada: (NTC-ISO 9000 numeral 3.3.7, NTCGP 1000:2004 numeral 3.35) Persona o grupo que tenga un interés en el desempeño o éxito de una organización.

Proceso: (NTC-ISO 9000 numeral 3.4.1, NTCGP 1000:2004 numeral 3.39) Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

Mejora continua: (NTC-ISO 9000 numeral 3.2.13) Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.


Satisfacción del cliente: (NTC-ISO 9000 numeral 3.1.4, NTCGP 1000:2004 numeral 3.47) Percepción del cliente sobre el grado que se han cumplido sus requisitos y expectativas.

2 .GESTIÓN DEL MANUAL

2.1 OBJETO DEL MANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

- ✓ Describir el sistema de gestión de la calidad de la ESE CLINICA GUANE Y SU RIS.

| | | | | | |
|---|------------|-------------------------------|------------|---|------------|
| Elaboro: Javier García Gelvez Cargo: Asesor de Calidad | | Reviso: Comité MECI - CALIDAD | | Autorizo: Martín E. Rodríguez Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/23 | Fecha: | 2009/12/10 | Fecha: | 2009/12/12 |

| | | | | |
|---|---------------------------|------------|-------------------------|---------------------------------------|
|  | GESTION DOCUMENTAL | | | |
| | MANUAL DE CALIDAD | | | |
| | Fecha: | 2009/12/12 | Código: 12.202.11.05 | Versión : 01 <hr/> Pág. 236 de 356 |

- ✓ Relacionar los macroprocesos, procesos y procedimientos generales por medio de las cuales se realizan las actividades descritas en el sistema de calidad revisados de acuerdo con los requisitos y lineamientos establecidos por la NTC GP 1000: 2004.
- ✓ El sistema de gestión de la calidad está orientado a incrementar la satisfacción de los usuarios de los servicios médicos y asistenciales, mediante la mejora constante del desempeño de la ESE y la prevención de todo evento que pueda afectar la salud de dicha comunidad
- ✓ Presentar la estructura del SCG, cumpliendo con los requisitos de la NTCGP 1000:2004 dentro de un enfoque integral orientado a satisfacer las necesidades de todas las partes interesadas.

2.2 CAMPO DE APLICACIÓN

Los criterios dados en este Manual aplican para los procesos descritos en el numeral 2.5.1. y que son responsabilidad de las siguientes áreas funcionales de la ESE:

- Gerencia
- Subdirección Científica
- Subdirección Administrativa
- Control Interno Disciplinario
- Control Interno
- Tesorería
- Oficina de Planeación
- Oficina Asesora Jurídica
- Almacén


2.2.1 ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

El Presente Manual describe a la ESE CLINICA GUANE Y SU RIS, sus responsabilidades y estructura dentro del sistema de gestión de calidad, de acuerdo con los requisitos específicos de la norma NTC ISO 9001:2000 y NTCGP 1000:2004.

2.2.2 EXCLUSIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Teniendo en cuenta las características propias del la ESE CLINICA GUANE Y SU RIS, los siguientes apartados del capítulo 7 de la norma NTC GP 1000:2004 han sido excluidos:

| | | |
|---|-------------------------------|---|
| Elaboro: Javier García Gelvez Cargo: Asesor de Calidad | Reviso: Comité MECI - CALIDAD | Autorizo: Martín E. Rodríguez Cargo: Gerente |
| Fecha: 2009/10/23 | Fecha: 2009/12/10 | Fecha: 2009/12/12 |

| | | | | |
|---|---------------------------|------------|-------------------------|---------------------------------|
|  | GESTION DOCUMENTAL | | | |
| | MANUAL DE CALIDAD | | | |
| | Fecha: | 2009/12/12 | Código: 12.202.11.05 | Versión : 01 Pág. 237 de 356 |

Numeral 7.3 Diseño y desarrollo

Se excluye este requisito del Sistema de gestión de la Calidad de la ESE Clínica Guane y su RIS debido a que su portafolio de servicios responde a exigencias regulatorias (la ley establece los servicios que deben prestar las ESE de nivel I al igual que su portafolio), esta exclusión no afecta la capacidad o responsabilidad de la ESE para prestar un servicio que cumpla con los requisitos de satisfacción al usuario y los protocolos aplicables.

Numeral 7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio.

Todos los servicios de la ESE Clínica Guane y su RIS, pueden ser verificados mediante las actividades de control y seguimiento dispuestas en la caracterización de los procesos, protocolos médicos, planes de calidad y procedimientos documentados.

Cualquier deficiencia que pudiera presentarse, puede ser identificada mediante el sistema de control dispuesto en la ESE.

2.3 CONTROL DEL MANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

2.3.1 APROBACIÓN

El Manual de gestión de la calidad debe ser aprobado por el comité de calidad de LA E.S.E. CLINICA GUANE Y SU RIS, de acuerdo a las directrices establecidas en el procedimiento de control de documentos.

2.3.2 ACTUALIZACIÓN


El manual de gestión de la calidad debe ser actualizado con previa aprobación de solicitud de modificación de acuerdo a las directrices establecidas en el procedimiento de control de documentos.

2.3.3 DISTRIBUCIÓN

Una vez aprobado el manual de calidad o actualizada una versión del mismo este debe ser difundido y quedar disponible para la consulta de todos los funcionarios con responsabilidades en los procesos que se encuentren dentro del alcance del sistema de gestión de calidad de la ESE Clínica Guane y su RIS, de acuerdo las directrices establecidas en el procedimiento de control de documentos.

3 DIRECCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

| | | | | | |
|---|------------|-------------------------------|------------|---|------------|
| Elaboro: Javier García Gelvez Cargo: Asesor de Calidad | | Reviso: Comité MECI - CALIDAD | | Autorizo: Martín E. Rodríguez Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/23 | Fecha: | 2009/12/10 | Fecha: | 2009/12/12 |

| | | | | |
|---|---------------------------|------------|-------------------------|---------------------------------------|
|  | GESTION DOCUMENTAL | | | |
| | MANUAL DE CALIDAD | | | |
| | Fecha: | 2009/12/12 | Código: 12.202.11.05 | Versión : 01 <hr/> Pág. 238 de 356 |

3.1 COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCION

La gerencia de la ESE CLINICA GUANE Y SU RIS del Municipio de Floridablanca ha demostrado su compromiso con el sistema de gestión de la calidad, garantizando su desarrollo, implementación y mejora continua así:

Comunicando a los colaboradores los lineamientos relacionados con la importancia de satisfacer oportunamente los requisitos o necesidades de la comunidad, de la Constitución y demás normas superiores.

La Alta Dirección se compromete a establecer la Política de Calidad, comunicarla, asegurar su entendimiento y revisarla periódicamente. Estableciendo objetivos de calidad como medio para cumplir con la política de calidad de la organización.

Revisiones periódicas del sistema de gestión de calidad y de los objetivos.

Asegurando la disponibilidad de los recursos necesarios para el sistema de gestión de la calidad.

3.2 ENFOQUE AL CLIENTE

LA ESE CLINICA GUANE Y SU RIS ha identificado a los usuarios Florideños como el cliente objeto del sistema de gestión de la calidad implementado. La gerencia de la ESE ha establecido los recursos y directrices pertinentes para asegurar que los requisitos del cliente se determinen y se satisfagan.

3.3 COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD


Como demostración de su compromiso con el sistema de gestión de la calidad de la ESE CLINICA GUANE Y SU RIS, el Señor Gerente, ha establecido la política y los objetivos de calidad. Así mismo, ha desarrollado actividades que busca crear un ambiente que favorezca la implementación y maduración del sistema de gestión de la calidad.

Igualmente, se han efectuado reuniones de socialización para crear conciencia sobre la importancia del sistema de gestión de la calidad y la satisfacción de las necesidades de la comunidad Florideña.

3.4 POLÍTICA DE LA CALIDAD

La ESE Clínica Guane de Floridablanca y su Red Integral de Salud, es una entidad comprometida con la salud y calidad de vida de la comunidad mediante la mejor prestación de servicios médicos y paramédicos, siempre en busca de satisfacer oportunamente las necesidades y expectativas de sus usuarios, para ello cuenta con personal científico calificado, tecnología e infraestructura

| | | |
|--|-------------------------------|---|
| Elaboro: Javier García Gelvez: Cargo: Asesor de Calidad | Reviso: Comité MECI - CALIDAD | Autorizo: Martín E. Rodríguez Cargo: Gerente |
| Fecha: 2009/10/23 | Fecha: 2009/12/10 | Fecha: 2009/12/12 |

| | | | |
|---|---------------------------|------------|-------------------------|
|  | GESTION DOCUMENTAL | | |
| | MANUAL DE CALIDAD | | |
| | Fecha: | 2009/12/12 | Código: 12.202.11.05 |


adecuada, desarrollando procesos de mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de la Calidad, en cumplimiento de los principios de eficiencia, transparencia, responsabilidad e imparcialidad; garantizando la participación comunitaria en las acciones administrativas.

3.5 OBJETIVOS DE CALIDAD

| DIRECTRICES DE CALIDAD | OBJETIVOS DE CALIDAD |
|---|---|
| Prestar los mejores servicios médicos y paramédicos. | Mejorar los procesos misionales con el fin de atender las necesidades de los usuarios, con la mayor eficacia posible, optimizando los recursos disponibles. |
| Satisfacer oportunamente las necesidades y expectativas de sus usuarios. | Garantizar la pertinencia medica en el tratamiento de la salud de nuestros usuarios. |
| Contar con personal científico calificado, tecnología e infraestructura adecuada. | Garantizar la competencia del personal mediante el desarrollo y evaluación de programas de capacitación. |
| Desarrollar procesos de mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de la Calidad. | Diseñar e implementar programas de mejoramiento continuo, con el fin de fomentar la cultura proactiva en el talento humano de la clínica. |
| Cumplir los principios de eficiencia, transparencia, responsabilidad e imparcialidad. | Diseñar e implementar un programa de sensibilización para la generación de la cultura del autocontrol y autogestión en los servidores públicos. |
| Garantizar la participación comunitaria en las acciones administrativas. | Establecer estrategias de comunicación que permitan la retroalimentación de información de los procesos misionales y de apoyo entre la ESE y la comunidad. |

4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

| | | | | | |
|---|------------|-------------------------------|------------|---|------------|
| Elaboro: Javier García Gelvez Cargo: Asesor de Calidad | | Reviso: Comité MECI - CALIDAD | | Autorizo: Martín E. Rodríguez Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/23 | Fecha: | 2009/12/10 | Fecha: | 2009/12/12 |

| | | | | |
|---|---------------------------|------------|-------------------------|---------------------------------------|
|  | GESTION DOCUMENTAL | | | |
| | MANUAL DE CALIDAD | | | |
| | Fecha: | 2009/12/12 | Código: 12.202.11.05 | Versión : 01 <hr/> Pág. 240 de 356 |

4.1 REPRESENTANTE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA ESE CLINICA GUANE

El representante del sistema de gestión de la calidad es el Subdirector Administrativo y Financiero y tiene la autoridad y responsabilidad para asegurar que se establezcan, se implementen o se mantengan los requisitos del sistema de gestión de calidad, de acuerdo con la norma NTC-ISO 9001:2000 y la norma NTCGP 1000:2004.

El Representante de la Gerencia es el responsable de:

- ✓ Asegurarse de que se establezcan, implementen y mantengan los procesos necesarios para el sistema de gestión de calidad.
- ✓ Mantener informado al Gerente de la ESE sobre el desempeño del sistema de gestión y de cualquier necesidad de mejora.
- ✓ Promover la toma de conciencia de los requisitos que se le deben cumplir a la comunidad.
- ✓ Generar acciones de mejora que permitan el óptimo desarrollo de los procesos.
- ✓ Desarrollar, implementar y mantener el sistema de gestión de calidad de la Organización de acuerdo con los requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2000 y NTCGP 1000:2004

4.2 REVISIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

El Manual de gestión de la calidad debe ser revisado por el comité de calidad y la alta dirección de la ESE Clínica Guane y su RIS por lo menos una vez al año de acuerdo a las directrices establecidas en el procedimiento de control de documentos.

Para la revisión del sistema de gestión de calidad se tienen en cuenta entre otras las siguientes fuentes de información:

Plan de Gestión


Política de calidad

Objetivos de calidad

Manual de gestión de calidad

Análisis de la información del sistema de quejas y soluciones

| | | | | | |
|---|------------|-------------------------------|------------|---|------------|
| Elaboro: Javier García Gelvez Cargo: Asesor de Calidad | | Reviso: Comité MECI - CALIDAD | | Autorizo: Martín E. Rodríguez Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/23 | Fecha: | 2009/12/10 | Fecha: | 2009/12/12 |

| | | | | |
|---|---------------------------|------------|-------------------------|---------------------------------------|
|  | GESTION DOCUMENTAL | | | |
| | MANUAL DE CALIDAD | | | |
| | Fecha: | 2009/12/12 | Código: 12.202.11.05 | Versión : 01 <hr/> Pág. 241 de 356 |

Desempeño de los procesos
 Acciones correctivas y preventivas
 Informes sobre las conclusiones de las auditorias

4.3 GESTIÓN DE LOS RECURSOS

4.3.1 PROVISIÓN DE RECURSOS

Cada una de las Áreas funcionales de la ESE CLINICA GUANE Y SU RIS identifican las necesidades de recursos para los procesos, estas necesidades son analizadas y aprobadas mediante el plan operativo anual de inversiones. Una vez aprobadas las necesidades de recursos se incorporaran al presupuesto y estos son suministrados a través del proceso de contratación.

4.3.2 RECURSOS HUMANOS

Se garantizara la asignación del personal idóneo para mantener el Sistema de Gestión de la Calidad, además de su seguimiento en los apéndices administrativos y asistenciales que se susciten.

4.3.2.1 GENERALIDADES


El personal que afecta la calidad de los servicios prestados por la ESE CLINICA GUANE tiene definidos los requisitos de educación, formación, habilidades y experiencia en el documento de caracterización de cada proceso, así como en el documento inventario de competencias.

4.3.2.2 COMPETENCIA, TOMA DE CONCIENCIA Y FORMACIÓN

La ESE CLINICA GUANE Y SU RIS garantiza la competencia de sus funcionarios a través de:

- ✓ Aplicación de la Ley 443 de 1998, y específicamente el Decreto 1569 de 1998 que regula los requisitos que debe cumplir un funcionario público dependiendo del nivel del cargo dentro de la carrera administrativa.
- ✓ Las necesidades de formación de personal se satisfacen a través del plan anual de capacitación el cual cubre todos los procesos del sistema de gestión de la calidad.
- ✓ La eficacia de la formación se evalúa a través de la evaluación del desempeño de los funcionarios.

| | | | | | |
|--|------------|-------------------------------|------------|---|------------|
| Elaboro: Javier García Gelvez: Cargo: Asesor de Calidad | | Reviso: Comité MECI - CALIDAD | | Autorizo: Martín E. Rodríguez Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/23 | Fecha: | 2009/12/10 | Fecha: | 2009/12/12 |

| | | | | |
|---|---------------------------|------------|-------------------------|---------------------------------------|
|  | GESTION DOCUMENTAL | | | |
| | MANUAL DE CALIDAD | | | |
| | Fecha: | 2009/12/12 | Código: 12.202.11.05 | Versión : 01 <hr/> Pág. 242 de 356 |

- ✓ Los registros de las acciones tomadas para suplir necesidades de capacitación se conservan en la carpeta de cada funcionario localizada en la unidad de personal.

4.3.2.3 COMUNICACIÓN

La alta Dirección asegura que se establezcan los procesos apropiados de comunicación dentro de la ESE CLINICA GUANE Y SU RIS y que esta se efectúe considerando la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad. Por lo anterior se elaboro el Plan de Comunicación del Sistema de Gestión de la Calidad.

4.3.3 INFRAESTRUCTURA

La infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto en LA ESE CLINICA GUANE Y SU RIS es determinada a través del plan operativo anual de inversiones (POAI), es proporcionada mediante el proceso de contratación y es mantenida a través del proceso de recursos físicos.

4.3.4 AMBIENTE DE TRABAJO

Las condiciones de ambiente de trabajo para lograr la conformidad de los requisitos del producto son determinadas por los dueños de los procesos de prestación de servicios y se gestionan dependiendo de la necesidad específica a través de los procesos de POAI, contratación y/o recursos físicos.

4.4 MEDICIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

4.4.1 MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS


La medición del desempeño de los procesos de La ESE CLINICA GUANE Y SU RIS se realiza mediante el seguimiento a un sistema de indicadores establecido para cada uno de los procesos del sistema de gestión de calidad de acuerdo la razón de ser del mismo.

El resultado de los indicadores alimenta periódicamente una base única de datos en la cual se monitorea el comportamiento de los indicadores de todos los procesos de Clínica.

4.4.2 MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LA COMUNIDAD

La satisfacción de la comunidad con respecto a los servicios médicos, asistenciales y administrativos prestados por la ESE CLINICA GUANE Y SU RIS se mide a través de la siguiente herramienta.

| | | | | | |
|---|------------|-------------------------------|------------|---|------------|
| Elaboro: Javier García Gelvez Cargo: Asesor de Calidad | | Reviso: Comité MECI - CALIDAD | | Autorizo: Martín E. Rodríguez Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/23 | Fecha: | 2009/12/10 | Fecha: | 2009/12/12 |

| | | | | |
|---|---------------------------|------------|-------------------------|---------------------------------------|
|  | GESTION DOCUMENTAL | | | |
| | MANUAL DE CALIDAD | | | |
| | Fecha: | 2009/12/12 | Código: 12.202.11.05 | Versión : 01 <hr/> Pág. 243 de 356 |

- × Encuesta consolidada de satisfacción de la comunidad: Es una encuesta formal aplicada periódicamente a la comunidad a través de muestreo, la cual tiene por objeto medir el grado de satisfacción de la comunidad con respecto a los servicios prestados por la Clínica. La frecuencia de la realización de esta encuesta es definida por el representante de la alta dirección (Inicialmente es anual)

4.4.3 MEDICIÓN DE LA CONFORMIDAD DE PRODUCTOS Y SERVICIOS

Todos los procesos del sistema de gestión de la calidad tienen establecidos indicadores en los cuales se mide periódicamente el grado de cumplimiento de los productos y servicios con respecto a los requisitos definidos para los mismos. Estos indicadores hacen parte del sistema de indicadores del proceso.

4.4.4 MEDICIÓN SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DE CALIDAD

El cumplimiento de los objetivos de calidad establecidos se evalúa y se mide mediante los planes de control en los cuales queda definido el aporte de cada proceso a cada uno de los objetivos de calidad a través de objetivos específicos de proceso.

4.5 ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA

La Alta Dirección de la ESE CLINICA GAUEN Y SU RIS del municipio de Floridablanca mejora continuamente la eficacia, la conveniencia y la adecuación del sistema de gestión de la calidad a través de la identificación de oportunidades de mejora en cada uno de los procesos del sistema.

Las oportunidades de mejora son analizadas para identificar causas de problemas mediante la metodología de lluvia de ideas y matrices de decisión. De la misma manera una vez identificadas las causas de los problemas se proponen acciones correctivas, preventivas y de mejora a través de planes de acción que incluyen el seguimiento necesario para verificar la eficacia de dichas acciones.

5 DOCUMENTOS DE REFERENCIA


NTCGP 1000:2004 - Sistema de gestión de la calidad para el sector público.

NTC ISO 9000:2000 - Sistema de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario.

NTC ISO 9001:2000 - Sistema de gestión de la calidad. Requisitos

ANEXOS

| | | | | | |
|---|------------|-------------------------------|------------|---|------------|
| Elaboro: Javier García Gelvez Cargo: Asesor de Calidad | | Reviso: Comité MECI - CALIDAD | | Autorizo: Martín E. Rodríguez Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/23 | Fecha: | 2009/12/10 | Fecha: | 2009/12/12 |


| | | | | |
|---|---------------------------|------------|-------------------------|---------------------------------|
|  | GESTION DOCUMENTAL | | | |
| | MANUAL DE CALIDAD | | | |
| | Fecha: | 2009/12/12 | Código: 12.202.11.05 | Versión : 01 Pág. 244 de 356 |

Manual de procesos y procedimientos
 Mapa de Procesos
 Organigrama
 Interacción entre los procesos y procedimientos
 Caracterización de los procesos
 Manual de Indicadores de Gestión
 Tablas de Retención Documental

| NOTAS DE CAMBIO | | | | |
|------------------------|------------------------|-------------------------------|-------------------------|----------------------|
| No. | Versión Inicial | Descripción del cambio | Fecha del cambio | Versión Final |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | | | | |
|--|------------|-------------------------------|------------|---|------------|
| Elaboro: Javier García Gelvez: Cargo: Asesor de Calidad | | Reviso: Comité MECI - CALIDAD | | Autorizo: Martín E. Rodríguez Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/23 | Fecha: | 2009/12/10 | Fecha: | 2009/12/12 |

Anexo 14 Formato de caracterización de procedimientos

| | | | | |
|--|------------------------|----------|---------|--------------|
|  | PROCESOS (TIPO) | | | |
| | NOMBRE PROCEDIMIENTO | | | |
| | Fecha: | AA/MM/DD | Código: | Versión : __ |
| | | | | Pág. _de _ |

| | |
|------------------------|--|
| OFICINA PRODUCTORA: | |
| OBJETIVOS: | |
| ALCANCE: | |
| PERÍODO DE APLICACION: | |

1. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

| FLUJOGRAMA | DESCRIPCION [Etapa] | RESPONSABLE [Cargo] | REQUISITOS [Soportes] | REGISTRO [Formato] | TIEMPO |
|------------|------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------|--------|
| | | | | | |

2. REFERENCIA

| |
|---|
| RESPONSABILIDADES |
| <ul style="list-style-type: none"> • Elabora: • Revisó: • Aprobó: |
| GLOSARIO |
| • |
| OBSERVACIONES (las que se considere importante resaltar de acuerdo con la norma y la gestión institucional) |
| • |

3. CONTROL DE CAMBIOS

| FECHA | RESPONSABLE | CAMBIO | VERSIÓN | ARCHIVO |
|-------|-------------|--------|---------|---------|
| | | | | |

| | | |
|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Elaboro: Oficina de calidad | Reviso: Comité MECI y Calidad | Autorizo: Martín E Rodríguez Cargo: Gerente |
| Fecha: 2009/10/15 | Fecha: 2009/10/20 | Fecha: 2009/10/25 |

Anexo 15 Lista de procedimientos

| PROCESO DE EVALUACION | |
|---|---------|
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO | CODIGO |
| AUDITORIA INTERNA | PAI-001 |
| SISTEMA UNICO DE HABILITACION | PSH-001 |
| CONTROL DE REGISTROS | PCR-001 |
| CONTROL DE DOCUMENTOS | PCD-001 |
| CONTROL PRODUCTO NO CONFORME | PNC-001 |
| ACCIONES PREVENTIVAS | PAP-001 |
| ACCIONES CORRECTIVAS | PAC-001 |
| PROCESO MISIONAL | |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO | CODIGO |
| SERVICIOS ASISTENCIALES | |
| ATENCION DEL PARTO EN SALA DE PARTOS | PAP-001 |
| REMISION DEL SERVICIO DE URGENCIAS A CONSULTA PRIORITARIA | PCP-001 |
| ALTA DE USUARIOS | PAU-001 |
| ATENCION DEL RECIEN NACIDO | PRN-001 |
| APOYO DIAGNOSTICO | |
| ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS | PAM-001 |
| ANALISIS DE MUESTRAS PARA CUADRO HEMATICO | PLH-001 |
| TOMA DE MUESTRAS | PTM-001 |
| UROCULTIVOS | PUC-001 |
| TOMA Y PROCESAMIENTO DE UROCULTIVOS | PTU-001 |
| PROCESO DE REQUERIMIENTO Y DISTRIBUCIÓN DE INSUMOS DE TOMA DE MUESTRAS DE LA ESE CLINICA GUANE Y SU RED | PIT-001 |

| | |
|---|-----------|
| ALMACENAMIENTO DE REACTIVOS | PAR-001 |
| CONTROL DE CALIDAD INTERNO Y EXTERNO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE LABORATORIO CLINICO | PCL-001 |
| REFERENCIA DE ENVIO DE INFORMES DE LA ESE CLINICA GUANE Y SUS RIS AL LABORATORIO DEPARTAMENTAL DE LOS PROGRAMAS DE LA RED DE LABORATORIOS | PEI-001 |
| REFERENCIA MUESTRA DE LABORATORIO DELA RED ESE CLINICA GUANE | PML-001 |
| REFERENCIA MUESTRAS EN SALUD PUBLICA DE LA GUANE Y SUS RIS AL LABORATORIO DEPARTAMENTAL | PMD-001 |
| RECEPCION Y TOMA DE MUESTRAS EN LA ESE CLINICA GUANE DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA | PTR-001 |
| RECEPCION Y TOMA DE MUESTRAS EN LA RED DE LA ESE CLINICA GUANE DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE CONSULTA EXTERNA | PTR-002 |
| RECEPCION Y TOMA DE MUESTRAS EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE OBSTETRICIA PARA RECIEN NACIDO (TSH, HEMOCLASIFICACION) | PTR-003 |
| PROCESO DE RECEPCION Y TOMA DE MUESTRAS EN LA ESE CLINICA GUANE DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS | PTM-001 |
| ATENCION AL USUARIO | |
| CITAS Y ADMISIONES | PCA-001 |
| PROCEDIMIENTO SIAU | PQR - 001 |
| APERTURA DE BUZÓN | PAB-001 |
| PROMOCION Y PREVENCION | |

| | |
|--|---------|
| CONTROL POSPARTO BINOMIO MADRE HIJO | PCP-001 |
| CRECIMIENTO Y DESARROLLO | PCD-001 |
| DEMANDA INDUCIDA | PDI-001 |
| PLANIFICACION FAMILIAR | PDF-001 |
| CONSULTA EXTERNA | |
| ATENCION DE CONSULTA DE OPTOMETRIA EN LA ESE CLINICA GUANE | PCO-001 |
| PROCESO DE ADMISIÓN Y EGRESO DE LOS USUARIOS | PAI-002 |
| ASIGNACION DE CITAS DE LA ESE CLINICA GUANE Y SUS RIS | PAC-001 |
| ASIGNACION DE CITAS DE LA ESE CLINICA GUANE Y SUS RIS EN LOS CENTROS DE SALUD DE FLORIDABLANCA | PAC-002 |
| ASIGNACION DE CITAS DE LOS CENTROS DE SALUD DEL AREA RURAL | PAC-003 |
| APERTURA HISTORIAS CLINICAS | PAH-001 |
| ENTRADA Y SALIDA DE HISTORIAS CLINICAS DEL ARCHIVO | PES-001 |
| CONSERVACION Y CUSTODIO DE HISTORIAS CLINICAS DEL ARCHIVO | PCC-001 |
| HISTORIA CLINICA UNICA | PHU-001 |
| SOLICITUD DE PRESTAMO DE HISTORIAS CLINICAS | PPH-001 |
| PRESTAMO DE HISTORIAS CLINICAS AL PERSONAL DE SALUD | PPH-002 |
| ESTERELIZACION | |
| ELABORACIÓN DE PAQUETES QUIRÚRGICOS | PPQ-001 |
| INGRESO A CENTRAL DE ESTERILIZACION | PIE-001 |
| MANEJO ROPA HOSPITALARIA | PRH-001 |

| | |
|--|---------|
| MANEJO DE EQUIPO DE ESTERILIZACIÓN (AUTOCLAVE Y MATACHANAS) | PEE-001 |
| DISTRIBUCIÓN Y REPOSICIÓN DE INSUMOS A LAS UNIDADES FUNCIONALES | PMI-001 |
| FARMACIA | |
| CONTROL DE FECHAS DE VENCIMIENTO | PFV-001 |
| DISPENSACION DE MEDICAMENTOS | PDM-001 |
| PROVISION DE MEDICAMENTOS A UNIDADES FUNCIONALES URGENCIAS Y OBSTETRICIA | PPM-001 |
| REPORTE DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS A LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL | PRM-001 |
| URGENCIAS Y/O OBSTETRICIA | |
| INGRESO DE USUARIOS A LA UNIDAD FUNCIONAL DE URGENCIAS | PIU-001 |
| REALIZAR SERVICIO DE TRIAGE | PST-001 |
| EVOLUCION DEL PACIENTE POR ENFERMERIA EN URGENCIAS | PPE-001 |
| EVOLUCION MEDICA DE PACIENTES EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE OBSERVACION URGENCIAS Y OBSTETRICIA (trabajo de parto y puerperio) | PEM-001 |
| ATENCION A LA GESTANTE EN CONSULTA DE URGENCIAS OBSTETRICA | PAG-001 |
| REMISION DE USUARIOS | PRU-001 |
| VERIFICACION DE MEDICAMENTOS | PVM-001 |
| VERIFICACION DE INSUMOS | PVI-001 |
| ASEPSIA Y ANTISEPSIA DE EQUIPOS | PAA-001 |
| EVOLUCION DE LA PACIENTE POR ENFERMERIA EN SALA DE PARTOS | PEO-001 |
| ATENCION DEL PARTO | PAP-001 |

| | |
|--|---------|
| ATENCION AL RECIEN NACIDO | PAR-001 |
| TRASLADO DE LA PUERPERA Y RECIEN NACIDO A SALA DE PUERPERIO | PTR-001 |
| ATENCION EN PUERPERIO MEDIATO Y EGRESO DE PACIENTE | PPP-001 |
| EVOLUCION DE LA PUERPERA Y RECIEN NACIDO POR ENFERMERIA EN SALA DE PUERPERIO | PEP-001 |
| TOMA DE TSH NEONATAL AL RECIEN NACIDO | PTS-001 |
| VISITA DE FAMILIARES Y OBSERVACION A LA UNIDAD DE OBSTETRICIA | PVF-001 |
| ODONTOLOGIA | |
| ATENCION DE PACIENTES | PTT-001 |
| ASIGNACION DE CITAS | PAC-004 |
| GESTION DE INSUMOS | PIG-001 |
| FISIOTERAPIA | |
| ATENCION DE FISIOTERAPIA (TERAPIA FISICA, RESPIRATORIA, NEBULIZACION) | PAF-001 |
| GESTION DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO | PIF-001 |


| PROCESO DE APOYO | |
|---|---------|
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO | CODIGO |
| ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS | |
| COMPRAS MAYORES A 50 SMLV MENORES DE 250 SMLV | PCM-001 |
| COMPRAS MENORES A 50 SMLV | PCM-002 |
| ENTRADA DE INSUMOS AL ALMACEN | PEA-001 |
| REVISION DE INVENTARIOS DEL ALMACEN | PRI-001 |
| SALIDA DE INSUMOS DEL ALMACEN | PSA-001 |

| ALMACENAMIENTO | |
|---|-----------|
| ACTUALIZACION DE ACTIVOS FIJOS | PAF-001 |
| REGISTRO DE BIENES POR DEVOLUCION | PBD-001 |
| REGISTRO DE BIENES PERDIDOS POR HURTO | PBH-001 |
| REGISTRO DE BIENES INSERVIBLES | PBI-001 |
| REGISTRO DE BIENES TRASLADADOS | PBT-001 |
| CARTERA | |
| CUENTAS POR COBRAR POR VENTA DE SERVICIOS | PCC-001 |
| REGISTRO Y COBRO DE CARTERA | PRC-001 |
| FACTURACION A ENTES CONTRATANTES | PFE-001 |
| OBJECIONES Y GLOSAS | POG-001 |
| REGISTRO Y FACTURACION DEL SERVICIO PRESTADO | PRF-001 |
| REVISION E INSTALACION DE BASES DE DATOS | PBD-001 |
| JURIDICA | |
| CONTESTACION DE DERECHOS DE PETICION, DEMANDAS Y TUTELAS | PPD - 001 |
| PROYECCION DE ACTOS ADMINISTRATIVOS | PAA - 001 |
| TESORERÍA | |
| CONCILIACION BANCARIA | PCB-001 |
| RECAUDO EN CENTROS DE SALUD | PCS-001 |
| RECAUDO Y CONSIGNACION | PRE-001 |
| SERVICIOS GENERALES | |
| LIMPIEZA DE AREAS CONTAMINADAS Y NO CONTAMINADAS | PLA-001 |
| ESTERILIZACION DE AREAS | PES-001 |
| LIMPIEZA DE AREAS ADMINISTRATIVAS | PLA-002 |
| MANTENIMIENTO | PMT-001 |
| MANTENIMIENTO CORRECTIVO VEHICULOS | PMC-001 |
| MANTENIMIENTO PREVENTIVO VEHICULOS | PMP-001 |

| SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA | |
|--------------------------------------|---------|
| | |
| CONTRATACION PRESTACION DE SERVICIOS | PCT-001 |
| ELABORACION DE NOMINA | PEN-001 |
| INDUCCION DE PERSONAL | PIP-001 |
| POSESION DEL CARGO | PPC-001 |
| SELECCIÓN DEL PERSONAL | PSP-001 |
| ELABORACION DE ESTADOS FINANCIEROS | PEF-001 |
| ELABORACION DE PRESUPUESTO | PEP-001 |
| ELABORACION PLANES DE ACCION | PPA-001 |
| AFECTACIONES PRESUPUESTALES | PAP-001 |

Fuente: Documentos del SGC de la E.S.E. Clínica Guane

Anexo 16 Procedimiento Para El Control De Registros


| | | | |
|--|-------------------------------|------------|---------------------------------------|
|  | PROCESOS DE EVALUACIÓN | | |
| | CONTROL DE REGISTROS | | |
| | Fecha: | 2009/10/30 | Código: PCR-001 |
| | | | Versión : 02 <hr/> Pág. 255 de 356 |

| | |
|-------------------------------|---|
| OFICINA PRODUCTORA: | SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA |
| OBJETIVO: | Este procedimiento establece en forma exacta y breve la manera como se deben establecer y mantener los registros del sistema de gestión de la calidad de nuestra organización, para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del sistema de gestión de la calidad. |
| ALCANCE: | Este procedimiento es de aplicación en todos los procesos de la organización que necesitan presentar resultados obtenidos o proporcionar evidencia de las actividades desempeñadas. |
| PERÍODO DE APLICACION: | Continuo |

2. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

| No. | Actividad | Metodología | Frecuencia | Responsable |
|-----|--|--|---|------------------------|
| 1 | Identificación de los registros Asigna el código de identificación del nuevo formato creado para evidenciar las actividades desempeñadas. Adicionalmente actualiza listado maestro de documentos F-GR-GD-8000-001. Formatos, asegurando su estado vigente. | Según lo establecido en el instructivo para elaborar documentos política documental Listado maestro de documentos | Cada vez que se crea un nuevo registro | Coordinador de calidad |
| 2 | Almacenamiento de los registros Los registros del Sistema de Gestión de la Calidad son almacenados en carpetas o A-Z para el caso de los registros impresos y en computador organizados en sus respectivas carpetas para los registros magnéticos, según la necesidad. Los registros de inspección son almacenados temporalmente en la oficina de la obra y enviados una vez finalice el proyecto a la oficina principal de la empresa, donde serán almacenados junto con los demás registros del Sistema. | N. A. | Constantemente | Coordinador de calidad |
| 3 | Protección de los registros Los registros del Sistema de Gestión de la Calidad que se presentan en medio magnético son protegidos contra virus realizando un mantenimiento periódico al | N.A. | La realización de copias de seguridad se realizará mínimo | Coordinador de calidad |

| | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|--|------------|
| Elaboro: Oficina de calidad | | Reviso: Comité MECI y Calidad | | Autorizo: Martín E Rodríguez Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/15 | Fecha: | 2009/10/20 | Fecha: | 2009/10/25 |


| | | | |
|--|-------------------------------|---------------------------|--|
|  | PROCESOS DE EVALUACIÓN | | |
| | CONTROL DE REGISTROS | | |
| | Fecha: 2009/10/30 | Código: PCR-001 | Versión : 02 Pág. 256 de 356 |

| No. | Actividad | Metodología | Frecuencia | Responsable |
|-----|--|--|------------------|-------------------------|
| | computador además de tenerse copias en medios magnéticos (CD- memorias); para el caso de los registros impresos y realizados manualmente se protegen del polvo y la humedad manteniéndolos en carpetas. | | dos veces al año | |
| 4 | Recuperación de los registros Para la consulta fácil de los registros impresos del Sistema de Gestión de la Calidad se tiene una carpeta por proyecto con guías separadoras identificando el proceso correspondiente. Para el caso de los registros magnéticos se consultan en las carpetas según proyecto y proceso en el computador respectivo | N.A. | Constantemente | Responsable del proceso |
| 6 | Retención y disposición de los registros Todos los registros del sistema de gestión de la calidad, son archivados en la oficina del responsable del proceso relacionado al registro, en donde se almacenan por un tiempo determinado; luego son enviados al archivo general de la organización, en el cual se conservan por un período que varía de acuerdo al tipo de registro. Una vez terminado el tiempo de conservación, los registros del SGC son destruidos o dejados para reciclaje. | Según lo descrito en el listado maestro de documentos del F-GR-GD-8000-001 | Constantemente | Responsable del proceso |

2. REFERENCIA

| |
|--|
| RESPONSABILIDADES |
| <ul style="list-style-type: none"> • Elabora: Persona competente y responsable de elaborar el documento. • Revisor: Persona competente, responsable y con la autoridad necesaria para la revisión de los documentos, pudiendo aportar ideas al documento con el fin de liberarlo hacia la aprobación o desestimarlos si lo considera conveniente. • Aprueba: Persona competente, responsable y con la autoridad necesaria para aprobar o desestimar los documentos una vez hayan sido revisados. |
| REQUISITOS ESPECÍFICOS |

| | | |
|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Elaboro: Oficina de calidad | Reviso: Comité MECl y Calidad | Autorizo: Martín E Rodríguez Cargo: Gerente |
| Fecha: 2009/10/15 | Fecha: 2009/10/20 | Fecha: 2009/10/25 |

| | | | |
|--|-------------------------------|------------|--------------------|
|  | PROCESOS DE EVALUACIÓN | | |
| | CONTROL DE REGISTROS | | |
| | Fecha: | 2009/10/30 | Código: PCR-001 |

- Numeral 8.2.4 y 8.3 de la NTCGP 1000:2004


GLOSARIO

- **Actividades de Control:** Constituyen el componente del Modelo Estándar de Control Interno, que permite ejercer control sobre toda la operación de la Institución, se da para todos los procesos, interviene todas las funciones y compromete todos los niveles de responsabilidad. Las acciones de control deben ser conducentes a reducir los riesgos; estos deben ser suficientes, comprensibles, eficaces, económicos y oportunos.
- **Aprobación:** autorización para la aplicación institucional de un documento.
- **Corrección:** Eliminación de errores lingüísticos, tipográficos o culturales, en el texto publicado de un documento normativo. Los documentos aprobados se deben publicar una vez estén libres de errores en su forma o contenido.
- **Información:** Datos que poseen significado.
- **Procedimiento:** Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso, mediante la cual se obtiene un resultado.
- **Proceso:** Conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados. Define el Qué se hace al interior de la Entidad para cumplir con los requerimientos de los usuarios o comunidad.
- **Registro:** documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
- **Sistema de Gestión de la Calidad.** Herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades. Está enmarcado en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades.
- **Revisión:** Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos.

OBSERVACIONES

- La ESE CLÍNICA GUANE se reserva la aplicación de las sanciones legales por el efecto que se genere del producto no conforme.
- Independientemente del medio de presentación (impreso, magnético, electromagnético etc.), los registros deben ser legibles.
- Al diligenciar los registros, trate de llenar la información solicitada en todas las casillas. En caso de que no exista información, no sea relevante o no aplique, escriba una raya en la casilla vacía o si es el caso escriba "No Aplica" o "N.A."
- Según el tipo de presentación, los registros se pueden clasificar como se expone a continuación:
 1. Medio impreso: corresponde a los registros diligenciados en manuscrito, preimpresos para diligenciamiento o impresos por computador u otros métodos. Se consideran dentro de los impresos las imágenes fotográficas reveladas en papel para fotografía y las impresas por computador.
 2. Medio magnético: corresponde a los registros generados por medios electrónicos y usualmente almacenados en discos ópticos, discos duros, cintas para almacenamiento de datos, disquetes, Cds, Dvds y memorias. Se incluyen dentro de esta clasificación las imágenes almacenadas en medios magnéticos obtenidas por exploradores electrónicos de imágenes o cámaras fotográficas

| | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|--|------------|
| Elaboro: Oficina de calidad | | Reviso: Comité MECI y Calidad | | Autorizo: Martín E Rodríguez Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/15 | Fecha: | 2009/10/20 | Fecha: | 2009/10/25 |

| | | | | |
|--|-------------------------------|------------|--------------------|--------------|
|  | PROCESOS DE EVALUACIÓN | | | |
| | CONTROL DE REGISTROS | | | |
| | Fecha: | 2009/10/30 | Código: PCR-001 | Versión : 02 |
| | | | Pág. 258 de 356 | |

o de video digitales.

3. Otros medios: corresponden a los medios electromagnéticos u otros diferentes al impreso o magnético. El medio electromagnético corresponde a cintas de audio, cintas para video y rollos fotográficos (sin revelar o con revelado básico) sin impresión en papel para fotografía.

3. DEFINICION

Este procedimiento establece la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de conservación y disposición de los registros del sistema de gestión de la calidad de la ESE CLINICA GUANE Y SU RIS.

4 CONTENIDO

2.1 Generalidades

Todos los registros que se generen en la aplicación de procedimientos del sistema de gestión de la calidad se deben controlar como lo indica este documento y cada uno de los procedimientos del SGC.

Los registros del sistema de gestión de la calidad deben ser legibles y almacenados de tal forma que se conserven y consulten con facilidad. Los medios utilizados para la realización de registros en la ESE CLINICA GUANE Y SU RIS son: registros en medio magnético e impreso, y en algunos casos, ambos medios de soporte.


Para el control de registros generados en el sistema de gestión de la calidad en la ESE CLINICA GUANE Y SU RIS se utiliza el cuadro modelo que se describe a continuación:

| NOMBRE | RESPONSABLE DE CREACION | RESPONSABLE DE DILIGENCIAMIENTO | LUGAR DE ARCHIVO | CLASIFICACION | TIEMPO DE ARCHIVO |
|--------|-------------------------|---------------------------------|------------------|---------------|-------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Donde:

- NOMBRE: Es el nombre asignado al respectivo registro. Si se manejan registros en original y copia, relacionan independientemente colocando entre paréntesis si es original o copia.

| | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|--|------------|
| Elaboro: Oficina de calidad | | Reviso: Comité MECI y Calidad | | Autorizo: Martín E Rodríguez Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/15 | Fecha: | 2009/10/20 | Fecha: | 2009/10/25 |

| | | | |
|--|-------------------------------|------------|--------------------|
|  | PROCESOS DE EVALUACIÓN | | |
| | CONTROL DE REGISTROS | | |
| | Fecha: | 2009/10/30 | Código: PCR-001 |


- **RESPONSABLE DE CREACION:** Es el nombre de la persona o grupo de personas encargas de diseñar y crear un registro para la aplicación en el sistema de gestión de la calidad en la ESE CLINICA GUANE Y SU RIS.
- **RESPONSABLE DE DILIGENCIAMIENTO:** Es el nombre del cargo responsable del diligenciamiento del registro correspondiente.
- **LUGAR DE ARCHIVO:** Sitio donde se guarda el registro realizado.
- **CLASIFICACION:** Forma en que se archivan los registros (por fecha, por dependencia, entre otros).
- **TIEMPO DE ARCHIVO:** Es el tiempo durante el cual los registros permanecen en el lugar de archivo.

2.2 Control de registros

El procedimiento a seguir es el siguiente:

| PASO | RESPONSABLE | DESCRIPCION |
|------|-----------------------|--|
| 1 | Funcionario | Elabora algún registro que evidencia las actividades realizadas. |
| 2 | Funcionario | Identifica si el registro requiere o no de un formato específico: <ul style="list-style-type: none"> • Si requiere formato y éste existe procede así: <ul style="list-style-type: none"> - Selecciona el formato. - Verifica que corresponda al que se requiera. - Diligencia el formato en forma legible registrando toda la información solicitada y continua con el paso 4. • Si requiere formato y no existe o si el formato requiere modificaciones procede de acuerdo a lo establecido en el procedimiento para el control de documentos. Una vez cumplido con esta etapa, se le envía al representante del SGC. |
| 3 | Representante del SGC | Ingresa el registro al sistema de gestión de la calidad. |
| 4 | Funcionario | Diligencia el registro y procede así: <ul style="list-style-type: none"> • Si el registro se almacena en la dependencia |

| | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|--|------------|
| Elaboro: Oficina de calidad | | Reviso: Comité MECI y Calidad | | Autorizo: Martín E Rodríguez Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/15 | Fecha: | 2009/10/20 | Fecha: | 2009/10/25 |

| | | | |
|--|-------------------------------|------------|--------------------|
|  | PROCESOS DE EVALUACIÓN | | |
| | CONTROL DE REGISTROS | | |
| | Fecha: | 2009/10/30 | Código: PCR-001 |

| | | |
|---|-------------|--|
| | | <p>que lo elabora, se archiva en el lugar establecido.</p> <ul style="list-style-type: none"> Si el registro se envía a otra dependencia, verifica que éste corresponda a la dependencia que lo requiera, y lo envía de acuerdo a los medios de comunicación interna de la ESE CLINICA GUANE, y deja copia de respaldo en caso de requerirse. |
| 5 | Funcionario | Si se requiere acceso a un registro que este archivado, solicita el préstamo del registro, consulta la información requerida y devuelve los documentos. |
| 6 | Funcionario | Realiza disposición del registro según lo establecido por el sistema de gestión de la calidad de la ESE CLINICA GAUANE. |

2.3 Tiempo de conservación de los registros

El procedimiento a seguir es el siguiente:

| PASO | RESPONSABLE | DESCRIPCION |
|------|---|--|
| 1 | Coordinador de Archivo o responsable del servicio | Define el tiempo de conservación de los registros, teniendo en cuenta las leyes que le competen. |
| 2 | Funcionario | Dispone el registro según lo establecido en el sistema de gestión de la calidad de la ESE CLINICA GUANE. |
| 3 | Funcionario | Conservan los registros que evidencian la aplicación del procedimiento. |

3 REFERENCIA


3.1 REQUISITOS

- Los mismos del proceso, especialmente el numeral 4.2.4 de la NTCGP 1000:2004
- Procedimiento para el control de documentos

3.2 OBSERVACIONES

- Los registros constituyen la evidencia primaria del desempeño de la organización y están sujetos a la normatividad de Gestión Documental y Archivística descrita en la ficha de proceso.
- La conservación y control de los registros tiene implicaciones disciplinarias.
- El soporte, conservación, tiempos de retención y disposición final de los documentos son establecidos por las Tablas de Retención Documental, según la Ley 594/2000, implementado en los procedimientos.

| | | |
|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Elaboro: Oficina de calidad | Reviso: Comité MECI y Calidad | Autorizo: Martín E Rodríguez Cargo: Gerente |
| Fecha: 2009/10/15 | Fecha: 2009/10/20 | Fecha: 2009/10/25 |

| | | | | |
|--|-------------------------------|------------|--------------------|---------------------------------------|
|  | PROCESOS DE EVALUACIÓN | | | |
| | CONTROL DE REGISTROS | | | |
| | Fecha: | 2009/10/30 | Código: PCR-001 | Versión : 02 <hr/> Pág. 261 de 356 |

3.3 GLOSARIO

- **Actividades de Control:** Constituyen el componente del Modelo Estándar de Control Interno, que permite ejercer control sobre toda la operación de la Institución, se da para todos los procesos, interviene todas las funciones y compromete todos los niveles de responsabilidad. Las acciones de control deben ser conducentes a reducir los riesgos; estos deben ser suficientes, comprensibles, eficaces, económicos y oportunos.
- **Controles:** Conjunto de acciones o mecanismos definidos para prevenir o reducir el impacto de los eventos que ponen en riesgo la adecuada ejecución de los procesos, requeridos para el logro de los objetivos de la Institución.
- **Indización:** Índice por medio del cual se puede localizar un documento.
- **Información:** Datos que poseen significado.
- **Registro:** documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
- **Sistema de Gestión de la Calidad.** Herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades. Está enmarcado en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades.


4 REGISTROS A CREAR

| NOMBRE | RESPONSABLE DE CREACION | RESPONSABLE DE DILIGENCIAMIENTO | LUGAR DE ARCHIVO | CLASIFICACION | TIEMPO DE ARCHIVO |
|--|-------------------------|--------------------------------------|--|---------------|-------------------|
| Listado de distribución de registros del SGC | Comité de calidad | Funcionario responsable del servicio | Oficina Funcionario / carpeta control de registros | Por fecha | Permanente |

5 CONTROL DE CAMBIOS

| FECHA | RESPONSABLE | CAMBIO | VERSIÓN | ARCHIVO |
|------------|--------------------|----------------------------|---------|---------|
| 2009/10/20 | Oficina de calidad | Encabezado y pie de página | 02 | |
| | | | | |

| | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|--|------------|
| Elaboro: Oficina de calidad | | Reviso: Comité MECI y Calidad | | Autorizo: Martín E Rodríguez Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/15 | Fecha: | 2009/10/20 | Fecha: | 2009/10/25 |

| | | | |
|---|-----------------------------|------------|---------------------------------------|
|  | CALIDAD | | |
| | CONTROL DE REGISTROS | | |
| | Fecha: | 2009/10/30 | Código: PCR-001 |
| | | | Versión : 02 <hr/> Pág. 262 de 356 |

LISTADO DE DISTRIBUCION DE REGISTROS DEL SGC

| No. | CODIGO REGISTRO | NOMBRE REGISTRO | FECHA DISTRIBUCION REGISTRO | DEPENDENCIA RECEPTORA DEL REGISTRO | NOMBRE FUNCIONARIO QUE RECIBE REGISTRO | FIRMA FUNCIONARIO QUE RECIBE REGISTRO |
|-----|-----------------|-----------------|-----------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

COPIA CONTROLADA

Anexo 17 Listado Maestro de registros

| CÓDIGO | TIPO DE FORMATO | NOMBRE DEL DOCUMENTO | UBICACIÓN | PROCESO | RESPONSABLE | PERIODICIDAD |
|--------|-------------------------|--|-------------------------------|------------|---------------------------------------|--------------------|
| RM-001 | Impreso | Atención de urgencias | Urgencias | Misionales | Cajero | Cada vez requerida |
| RM-002 | Impreso | Rips de consulta | Urgencias | Misionales | Médico | Cada vez requerida |
| | | | Odontología | Misionales | Médico odontólogo | Cada vez requerida |
| | | | P & P | Misionales | Médico | Cada vez requerida |
| | | | Preconsulta externa | Misionales | Auxiliar de Enfermería | Cada vez requerida |
| | | | Obstetricia | Misionales | Médico / Aux. Enfermería | Cada vez requerida |
| RM-003 | Impreso | Rips de procedimientos | Urgencias | Misionales | Auxiliar de Enfermería | Cada vez requerida |
| | | | Obstetricia | Misionales | Médico / Enfermera jefe | Cada vez requerida |
| | | | Optometría | Misionales | Optometra | Cada vez requerida |
| RM-004 | Impreso | Rips de medicamentos | Urgencias | Misionales | Auxiliar de Enfermería | Cada vez requerida |
| | | | Obstetricia | Misionales | Médico / Enfermera jefe | Cada vez requerida |
| RM-005 | Impreso | Triage | Urgencias | Misionales | Médico / Enfermera jefe | Cada vez requerida |
| RM-006 | Impreso | Recetario | Urgencias | Misionales | Médico | Cada vez requerida |
| | | | Odontología | Misionales | Médico odontólogo | Cada vez requerida |
| | | | Obstetricia | Misionales | Médico / Aux. Enfermería | Cada vez requerida |
| RM-007 | Impreso | Solicitud de paraclínicos | Urgencias | Misionales | Médico | Cada vez requerida |
| | | | Consulta Externa (Enfermería) | Misionales | Médico | Cada vez requerida |
| | | | Laboratorio de Rayos X | Misionales | Médico de urgencias/consulta externa | Cada vez requerida |
| RM-008 | Impreso | Control neurológico | Urgencias | Misionales | Médico / Aux. Enfermería | Cada vez requerida |
| RM-009 | Impreso | Control de líquidos administrados/eliminados | Urgencias | Misionales | Auxiliar de Enfermería | Cada vez requerida |
| RM-010 | Impreso | Control de medicamentos | Urgencias | Misionales | Auxiliar de Enfermería | Cada vez requerida |
| | | | Obstetricia | Misionales | Auxiliar de Enfermería | Cada vez requerida |
| RM-011 | Impreso | Notas de Enfermería | Urgencias | Misionales | Auxiliar de Enfermería | Cada vez requerida |
| | | | Obstetricia | Misionales | Auxiliar de Enfermería | Cada vez requerida |
| RM-012 | Autoría del responsable | Registro de Urgencias | Lab. Clínico | Misionales | Coordinadora de Laboratorio | Diario |
| RM-013 | Impreso | Toma de muestras | Lab. Clínico | Misionales | Coordinadora de Laboratorio | Diario |
| RM-014 | Impreso | Entrega de de resultados | Urgencias | Misionales | Bacterióloga | Cada vez requerida |
| RM-015 | Programa computador | Entrega de de resultados consulta externa | Lab. Clínico | Misionales | Auxiliar administrativo | Cada vez requerida |
| RM-016 | Impreso | Demanda inducida | P & P | Misionales | Auxiliar de Enfermería | Diario |
| RM-017 | Impreso | Hoja Evolucion Clínica | P & P | Misionales | Auxiliar de Enfermería | Cada vez requerida |
| | | | Preconsulta externa | Misionales | Auxiliar de Enfermería/Enfermera Jefe | Cada vez requerida |
| | | | Obstetricia | Misionales | Médico / Aux. Enfermería | Cada vez requerida |
| RM-018 | Impreso | Historia de detección de alteraciones de crecimiento y desarrollo | P & P | Misionales | Médico | Cada vez requerida |
| RM-019 | Impreso | Detención temprana de alteraciones del desarrollo del joven 10-29 años | P & P | Misionales | Médico | Cada vez requerida |
| RM-020 | Impreso | Detección de alteraciones del adulto mayor | P & P | Misionales | Médico | Cada vez requerida |
| RM-021 | Impreso | Historia Clínica de planificación familiar | P & P | Misionales | Médico | Cada vez requerida |
| RM-022 | Impreso | Atención integrada del niño de 2 meses a 5 años (AEIPI) | P & P | Misionales | Médico | Cada vez requerida |

| CÓDIGO | TIPO DE FORMATO | NOMBRE DEL DOCUMENTO | UBICACIÓN | PROCESO | RESPONSABLE | PERIODICIDAD |
|--------|-------------------------|--|-------------------------------|------------|---------------------------------------|--------------------|
| RM-023 | Impreso | Registro diario de consulta externa | P & P | Misionales | Auxiliar de Enfermería | Diario |
| | | | Preconsulta externa | Misionales | Enfermera Jefe | Diario |
| | | | Consulta Externa (Enfermería) | Misionales | Enfermera Jefe | Diario |
| RM-024 | Impreso | Formato actividades de P & P | P & P | Misionales | Auxiliar de Enfermería | Cada vez requerida |
| | | | Odontología | Misionales | Auxiliar de Enfermería | Cada vez requerida |
| | | | Vacunación | Misionales | Auxiliar de Enfermería | Cada vez requerida |
| | | | Consulta Externa (Enfermería) | Misionales | Enfermera Jefe | Cada vez requerida |
| | | | Preconsulta externa | Misionales | Enfermera Jefe | Cada vez requerida |
| | | | Optometría | Misionales | Optometra | Cada vez requerida |
| RM-025 | Autoría del responsable | Formato asignación de citas Médicas | Consulta Externa | Misionales | Auxiliar administrativo | Cada vez requerida |
| RM-026 | Impreso | Formato de Referencia | Consulta Externa | Misionales | Médico | Cada vez requerida |
| RM-027 | Impreso | Atención integrada del niño de 0 meses a 2 meses (AEIPI) | P & P | Misionales | Médico | Cada vez requerida |
| RM-028 | Impreso | Carta dental | Odontología | Misionales | Médico odontólogo | Cada vez requerida |
| RM-029 | Impreso | Historia Clínica Odontológica | Odontología | Misionales | Médico odontólogo | Cada vez requerida |
| RM-030 | Impreso | Registro diario de actividades Odontológicas | Odontología | Misionales | Médico odontólogo | Diario |
| RM-031 | Impreso | Registro diario de actividades de Protección específica y detección temprana | Odontología | Misionales | Médico odontólogo | Diario |
| | | | Vacunación | Misionales | Auxiliar de Enfermería | Diario |
| | | | P & P | Misionales | Médico | Diario |
| | | | Consulta Externa (Enfermería) | Misionales | Enfermera Jefe | Diario |
| | | | Optometría | Misionales | Optometra | Diario |
| RM-032 | Impreso | Consolidado de actividades odontológicas | Odontología | Misionales | Médico odontólogo | Diario |
| RM-033 | Impreso | Certificado de Vacunación del adulto | Vacunación | Misionales | Auxiliar de Enfermería | Cada vez requerida |
| RM-034 | Impreso | Historia de vacunación | Vacunación | Misionales | Auxiliar de Enfermería | Cada vez requerida |
| RM-035 | Impreso | Carné de vacunaciones | Vacunación | Misionales | Auxiliar de Enfermería | Cada vez requerida |
| RM-036 | Impreso | Registro diario de vacunación | Vacunación | Misionales | Auxiliar de Enfermería | Diario |
| RM-037 | Impreso | Registro diario de vacunación del recién nacido | Vacunación | Misionales | Auxiliar de Enfermería | Diario |
| RM-038 | Impreso | Encuesta previa para realizar vacunación fiebre amarilla | Vacunación | Misionales | Auxiliar de Enfermería | Cada vez requerida |
| RM-039 | Impreso | Informe mensual de vacunación | Vacunación | Misionales | Auxiliar de Enfermería | Mensual |
| RM-040 | Impreso | Carné infantil (menor de 5 años) | P & P | Misionales | Auxiliar de Enfermería/Enfermera Jefe | Cada vez requerida |
| RM-041 | Impreso | Diario de citologías | P & P | Misionales | Enfermera Jefe | Diario |
| RM-042 | Impreso | Control de lectura de citologías | P & P | Misionales | Enfermera Jefe | Mensual |
| RM-043 | Impreso | Libro Registro diario de Citologías | P & P | Misionales | Enfermera Jefe | Diario |
| RM-044 | Impreso | Informe mensual de actividades estrategia de enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI) | P & P | Misionales | Enfermera Jefe | Mensual |
| RM-045 | Impreso | Percentiles de estatura por edad y peso por edad (Niños 2-20 años) | P & P | Misionales | Enfermera Jefe | Cada vez requerida |
| RM-046 | Impreso | Percentiles de estatura por edad y peso por edad (Niñas 2-20 años) | P & P | Misionales | Enfermera Jefe | Cada vez requerida |
| RM-047 | Impreso | Citología cervico-Uterina | P & P | Misionales | Enfermera Jefe | Cada vez requerida |
| RM-048 | Impreso | Escala Abreviada de | P & P | Misionales | Enfermera Jefe | Cada vez |

| CÓDIGO | TIPO DE FORMATO | NOMBRE DEL DOCUMENTO | UBICACIÓN | PROCESO | RESPONSABLE | PERIODICIDAD |
|--------|-------------------------|---|-------------------------------|------------|---------------------------------------|--------------------|
| | | desarrollo (Edad -1) | | | | requerida |
| RM-049 | Impreso | Tarjeta de control prenatal | Consulta Externa (Enfermería) | Misionales | Enfermera Jefe | Cada vez requerida |
| RM-050 | Impreso | Tarjeta índice Programa de control de riesgo cardiovascular | Consulta Externa (Enfermería) | Misionales | Enfermera Jefe | Cada vez requerida |
| RM-051 | Impreso | Sistema de vigilancia del estado nutricional menores de 12 Años | Preconsulta externa | Misionales | Auxiliar de Enfermería/Enfermera Jefe | Diario |
| RM-052 | Programa computador | Registro de facturación | Farmacia | Misionales | Regente y Auxiliar Administrativo | Cada vez requerida |
| RM-053 | Impreso | Formato Queja, Reclamo o Petición del usuario externo | SIAU | Misionales | Jefe oficina del SIAU | Cada vez requerida |
| RM-054 | Impreso | Recien Nacido | Obstetricia | Misionales | Auxiliar de Enfermería | Cada vez requerida |
| RM-055 | Impreso | Partograma | Obstetricia | Misionales | Médico / Aux. Enfermería | Cada vez requerida |
| RM-056 | Impreso | Test de movilidad articular | Fisioterapia | Misionales | Fisioterapeuta | Cada vez requerida |
| RM-057 | Impreso | Examen Muscular | Fisioterapia | Misionales | Fisioterapeuta | Cada vez requerida |
| RM-058 | Impreso | Valoración de los Músculos de la cara | Fisioterapia | Misionales | Fisioterapeuta | Cada vez requerida |
| RM-059 | Impreso | plan casero parálisis facial | Fisioterapia | Misionales | Fisioterapeuta | Cada vez requerida |
| RM-060 | Impreso | Carta de sensibilidad | Fisioterapia | Misionales | Fisioterapeuta | Cada vez requerida |
| RM-061 | Autoría del responsable | Test de movilidad articular | Fisioterapia | Misionales | Fisioterapeuta | Cada vez requerida |
| RM-062 | Autoría del responsable | Historia clínica (fisioterapia) | Fisioterapia | Misionales | Coordinadora de fisioterapia | Cada vez requerida |
| RM-063 | Autoría del responsable | Examen de postura | Fisioterapia | Misionales | Coordinadora de fisioterapia | Cada vez requerida |
| RM-064 | Autoría del responsable | Control diario (terapias) | Fisioterapia | Misionales | Coordinadora de fisioterapia | Diario |
| RM-065 | Autoría del responsable | Formato esterilización | Central de Esterilización | Misionales | Instrumentador Quirúrgico | 2 Dias |
| RA-066 | Programa computador | Informe de actividades | Subdirección Administrativa | Apoyo | Subdirector Administrativo | Cada vez requerida |
| RA-067 | Programa computador | C.D.P (solicitud de disponibilidad presupuestal) | Subdirección Administrativa | Apoyo | Subdirector Administrativo | Cada vez requerida |
| RA-068 | Programa computador | R.P (registro presupuestal) | Subdirección Administrativa | Apoyo | Subdirector Administrativo | Cada vez requerida |
| RA-069 | Autoría del responsable | Requisitos para contratar como persona jurídica | Jurídica | Apoyo | Auxiliar administrativo | Cada vez requerida |
| RA-070 | Impreso | Requisición de pedidos | Almacen | Apoyo | Jefe Almacen | Cada vez requerida |
| RA-071 | Impreso | Lista de chequeo para evaluar a los proveedores | Almacen | Apoyo | Jefe Almacen | Semestral |

Anexo 18 Asistencia socialización Interfase



ESE CLINICA GUANE Y SU RIS
LISTADO DE ASISTENCIA


| TEMA : | | SOCIALIZACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD - INTERFACE | | |
|-------------|-------------------------------|--|-------------------------|-----------------|
| FACILITADOR | | JAVIER GARCIA GELVEZ | FECHA | FEBRERO-25-2010 |
| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | LUGAR DE TRABAJO | FIRMA |
| 1 | Diana Margarita Pardo Fonseca | Enfermera jefe | C.S. Lagos U | Diana Pardo |
| 2 | Elizabeth Gomez Perez | Enfermera | ESE CLINICA GUANE | Elizabeth |
| 3 | Gabriel Zamora Z | Coord. Med. Urgan | Clinica Guane | Gabriel |
| 4 | Yaneth Magali Quintana F. | Enfermera jefe | C.S. J.A.M | Yaneth |
| 5 | Ismelda Plata Vega | Enfermera Jefe | CS Barrovisita. | Ismelda |
| 6 | Doris C. Velasco | Prof. un. planear. | | Doris |
| 7 | José Emilio Torres | Tec. SAN. AHB | Clinica Guane | José |
| 8 | Yaqueline Rodríguez A. | Enfermera | C.S. Villabel | Yaqueline |
| 9 | Sandro Ximenes Cortez | Asist. Admón | Almacén | Sandro |
| 10 | Felix Aguilar Mejia | Ayudo profesional | ALMACEN | Felix |
| 11 | Dalia Astrith Arboz Lozano | Almacenista | Clinica Guane | Dalia |
| 12 | Mery Luz Hernandez Lopez | jefe Control interno | Control interno | Mery Luz |
| 13 | Nelly Serrano Toranzo | Asistente Control Int. | Control interno | Nelly |
| 14 | Ivan Dario Rojas | Sistemas. | Sistemas. | Ivan |
| 15 | Diana Katherine Alvarez Vega | Asist. P. y P. | Coord. Med. y P. y P. | Diana |
| 16 | Tabla Emilia Torres G. | Coord. Médico | Coord. Médico y P. y P. | Tabla |
| 17 | Juan Pablo Medina A | Coord VSP | P. y P. | Juan |



ESE CLINICA GUANE Y SU RIS
LISTADO DE ASISTENCIA

| TEMA : | | SOCIALIZACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD - INTERFACE | | | |
|-------------|----------------------------|--|----------------------|------------------|-----------------|
| FACILITADOR | | JAVIER GARCIA GELVEZ | | FECHA | FEBRERO-25-2010 |
| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | LUGAR DE TRABAJO | FIRMA | |
| 1 | CAROLINA RITA DURAN | ASIST. SUBDIRECCION | SIB. ADLIVA Y FINAN. | CAROLINA RITA D. | |
| 2 | Samuel Arda Rueda. | Sub. Administrador | clinica Guane | [Firma] | |
| 3 | Sergio Mauricio Ramirez R. | Contador | Contabilidad | [Firma] | |
| 4 | Henry Giovanni Monsate | ASIST. contabilidad | Contabilidad | Giovanni Monsate | |
| 5 | Luz Dary Rodriguez R | Apoyo. Prof. | Presupuesto | [Firma] | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |

Anexo 19 Datos para ejecutar Indicadores

| | | |
|--|-------------------|-----------------------------|
|  ESE CLINICA GUANE Y SU RIS CONTROL DE REGISTRO INTERNO | Versión : 01 | |
| | Fecha: 2010/27/10 | Código TRD: 12.204.04.09 |
| | | Pág. 1 de 1 |

Floridablanca, abril 5 de 2010

E.S.E. Clínica Guane

Radicado: _____
 Fecha: **05 APR 2010**
 Hora: **3:21 PM**
 Recibido: *[Signature]*

Doctora
MERY LUZ HERNANDEZ LOPEZ
 Jefe de la Oficina de Control Interno
 ESE Clínica Guane y su RIS
 Ciudad

Cordial saludo

Adjunto a la presente le hago entrega de los INDICADORES DE GESTION con fecha de corte a dic. 31 de 2009 implementados mediante resolución No. 005 de 2010

Atentamente,

[Signature]
JAVIER GARCIA GELVEZ
 Asesor de Calidad

Copia: Dr. Martin Emilio Rodríguez Cáceres

Anexos: 3 folios

*Quij
 abril 05/10*

INDICADORES DE PROCESOS MISIONALES A 31 DIC 2009

| NORMA QUE LO REGLAMENTA | NOMBRE DEL INDICADOR | CUALIDAD DEL SGC | NUMERADOR | DENOMINADOR | VALORES OPERATIVOS | RESULTADO | META |
|-------------------------|--|-----------------------------|--|---|--------------------|-----------|------------|
| resolucion 1446 de 2006 | I,1,1, OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITA EN CONSULTA MEDICA GENERAL | ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD | Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual es paciente solicita cita para ser atendido en la consulta medica general y la fecha en la cual es asignada la cita | Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución | 2 60390 | 0,000033 | 3 DIAS |
| resolucion 1446 de 2006 | I,1,4, OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN CONSULTA DE URGENCIAS | ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD | Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico | Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias | 20 15913 | 0,001257 | 20 MINUTOS |
| resolucion 1446 de 2006 | I,1,5, OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA | ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD | Sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de imagenología y el momento en el cual es prestado el servicio. | Total de atenciones en servicios de imagenología | 1 4159 | 0,000240 | 2 DIAS |
| resolucion 1446 de 2006 | I,1,6, OPORTUNIDAD EN LA ATENCION EN CONSULTA DE ODONTOLOGIA GENERAL | ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD | Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita para ser atendido en la consulta de odontología general y la fecha para la cual es asignada la cita | Número total de consultas odontológicas generales asignadas en la institución | 2 14815 | 0,000135 | 5 DIAS |
| resolucion 1446 de 2006 | I,2,2, PROPORCION DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL CONTROLADA | CALIDAD TECNICA | Número total de pacientes que seis meses despues de diagnosticada su hipertension arterial presentan niveles de tension arterial esperados de acuerdo con las metas recomendadas por la Guía de Práctica Clínica basada en Evidencia | Número total de pacientes hipertensos diagnosticados | 2575 3200 | 80% | 100% |
| resolucion 1446 de 2006 | I,3,3, PROPORCION DE VIIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS | GERENCIA DEL RIESGO | Número total de eventos adversos detectados | Número total de eventos adversos gestionados | 1 1 | 100% | 100% |
| resolucion 1446 de 2006 | I,4,1, TASA DE SATISFACCION GLOBAL | Encuestas de satisfacción | Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la ESE | Número total de pacientes encuestados por la ESE | 1100 1180 | 93% | 100% |
| resolucion 1446 de 2006 | E,1,4, OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS POS | ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD | Número total de medicamentos POS ordenados por el Medico que son entregados por la farmacia desde la primera vez que el afiliado o su representante presenta la fórmula | Número total de medicamentos POS solicitados a la farmacia por el periodo | 1617496 1617496 | 100% | 100% |
| resolucion 1446 de 2006 | E,2,1, PROPORCION DE ESQUEMAS DE VACUNACION ADECUADOS EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO | CALIDAD TECNICA | Registro de farmacia | Número total de niños menores de un año afiliados a la EAPB | 31673 31673 | 100% | 100% |
| resolucion 1446 de 2006 | EFICIENCIA EN LA EJECUCION DE ENCUESTAS DE SATISFACCION PROGRAMADAS | EFICIENCIA | Numero de encuestas de satisfaccion programadas | Numero de encuestas de satisfaccion realizadas | 1180 1200 | 98% | 100% |

Información suministrada por los áreas funcionales
 PROYECTO: JAVIER GARCIA GELVEZ

INDICADORES DE PROCESOS DE APOYO A 31 DIC 2009


| PROCESO | NOMBRE DEL INDICADOR | CUALIDAD DEL SGC | NUMERADOR | DENOMINADOR | VALORES OPERATIVOS | RESULTADO | META |
|--|---|------------------|--|---|--------------------|-----------|------|
| G E S | Porcentaje de cumplimiento en la presentación de informes ante el Ministerio de la Protección Social (decreto 2193 de 2004) | EFICIENCIA | No. De informes presentados | No. De informes que se deben presentar | 5 | 100% | 100% |
| | | | | | 5 | | |
| T I O | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE CONCILIACIONES BANCARIAS | EFICIENCIA | No. Total de conciliaciones realizadas | No. De cuentas bancarias | 2 | 100% | 100% |
| | | | | | 2 | | |
| N | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE INFORMES DE CARTERA PRESENTADOS | EFICIENCIA | No. De informes de cartera presentados | No. De informes de cartera que se deben presentar | 5 | 100% | 100% |
| | | | | | 5 | | |
| F I N A N C I E R A | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LOS PAGOS EFECTUADOS | EFICACIA | No. De pagos efectuados | No. De ordenes de pago recepcionadas en tesorería | 6552935710 | 87% | 100% |
| | | | | | 7554204920 | | |
| N A C I O N | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA PRESENTACION DE DECLARACIONES ANTE LA DIAN | EFICIENCIA | No. De declaraciones presentadas oportunamente | No. De declaraciones que se deben presentar oportunamente | 13 | 100% | 100% |
| | | | | | 13 | | |
| N A C I O N | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA PRESENTACION DE INFORMES A LA CONTADURIA GENERAL DE LA NACION | EFICIENCIA | No. De informes presentados oportunamente | No. De informes que se deben presentar oportunamente | 5 | 100% | 0% |
| | | | | | 5 | | |
| C I E R A | PORCENTAJE DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE GASTOS | EFICACIA | Valor total de gastos ejecutados | Valor total de gastos presupuestados | 7554204920 | 96% | 100% |
| | | | | | 7862670389 | | |
| E R A | PORCENTAJE DE EJECUCION DEL PRESUPUESTO DE INGRESOS | EFICACIA | Valor total de ingresos ejecutados | Valor total de ingresos presupuestados | 6594699662 | 84% | 100% |
| | | | | | 7862670389 | | |
| A | EJECUCION DE COMPRAS DE BIENES | EFICIENCIA | Valor compras del periodo | Plan de compras del periodo | 1512209702 | 98% | 100% |
| | | | | | 1546066717 | | |

Información suministrada por las áreas funcionales
 PROYECTO: JAVIER GARCIA GELVEZ
 Asesor de Calidad

INDICADORES DE PROCESOS DE APOYO 31 DIC 2009

| PROCESO | NOMBRE DEL INDICADOR | CUALIDAD DEL SGC | NUMERADOR | DENOMINADOR | VALORES OPERATIVOS | RESULTADO | META |
|---|--|---|---|---|--------------------|-----------|------|
| MANTENIMIENTO | EJECUCION DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS | EFICIENCIA | Numero de equipos a los que se le ha hecho mantenimiento | Numero total de equipos de la institucion | 147 | 100% | 100% |
| | | | | | 147 | | |
| | PORCENTAJE DE EQUIPOS CON COPIA DE SEGURIDAD | EFICACIA | Numero de copias de seguridad efectuadas a los computadores | Numero de computadores con informacion institucional | 52 | 100% | 100% |
| | | | | | 52 | | |
| TALENTO HUMANO | PORCENTAJE EJECUTADO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO A BIENESTAR SOCIAL | EFICIENCIA | Presupuesto ejecutado para bienestar social | Presupuesto asignado a bienestar social | 17351000 | 87% | 100% |
| | | | | | 20000000 | | |
| | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE CAPACITACION | EFICACIA | No. De capacitaciones realizadas | No. De capacitaciones programadas | 21 | 100% | 100% |
| | | | | | 21 | | |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE BIENESTAR SOCIAL | EFICACIA | No. De eventos de bienestar social realizados | No. De eventos de bienestar social programados | 3 | 100% | 100% | |
| | | | | 3 | | | |
| | PORCENTAJE DE ACCIDENTABILIDAD LABORAL | EFICIENCIA | No. De accidentes laborales | No. Total de funcionarios | 0 | 0% | 0% |
| | | | | | 10 | | |
| EVALUACION Y CONTROL | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA LABOR DE AUDITAGE DE LA ENTIDAD | EFICACIA | Auditorias realizadas | Auditorias programadas | 26 | 100% | 100% |
| | | | | | 26 | | |
| | INDICE DE SATISFACCION DEL USUARIO | EFICACIA | No. De encuestas de satisfaccion aplicadas | No. De encuestas de satisfaccion programadas | 1180 | 98% | 100% |
| | | | | | 1200 | | |
| | PORCENTAJE DE ACCIONES PREVENTIVAS | EFICIENCIA | Acciones preventivas | Acciones preventivas y correctivas | 0 | 100% | 100% |
| | | | | | 0 | | |
| PORCENTAJE DE ACCIONES CORRECTIVAS | EFICIENCIA | Acciones correctivas | Acciones preventivas y correctivas | 0 | 100% | 100% | |
| | | | | 0 | | | |
| | ACCIONES CORRECTIVAS REINCIDENTES | EFICIENCIA | Acciones correctivas reincidentes | Acciones correctivas reincidentes y correctivas | 0 | 100% | 100% |
| | | | | | 0 | | |
| JURIDICA | OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A DERECHOS DE PETICION | EFICIENCIA | Derechos de peticion resueltos dentro de los terminos legales | Derechos de peticion recibidos en la oficina juridica | 4 | 100% | 100% |
| | | | | | 4 | | |
| | PORCENTAJE DE RESPUESTA DE CONCEPTOS JURIDICOS | EFICACIA | No. De conceptos juridicos emitidos | No. De Conceptos juridicos solicitados | 9 | 75% | 100% |
| | | | | | 12 | | |
| GERENCIA | CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO | EFICIENCIA | No. De planes ejecutados satisfactoriamente | Total de planes emitidos | 4 | 100% | 100% |
| | | | | | 4 | | |

Informacion suministrada por las areas funcionales
 PROYECTO: JAVIER GARCIA GELVEZ
 Asesor de Calidad

| | | | |
|--|---------------------------|-------------------------|--------------|
|  ESE CLÍNICA GUANE | ESE GUANE Y SU RIS | | |
| | RESPUESTA OFICIO | | |
| Fecha: | 2010/03/19 | Código TRD: 13.04.02 | Versión : 01 |
| | | | Pág. 1 de 1 |

Floridablanca Marzo 19 de 2.010

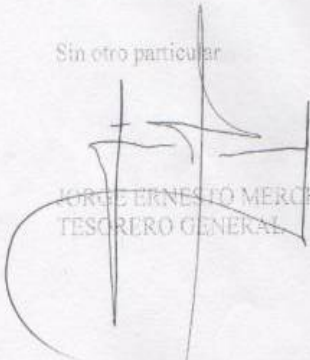
Doctor
 MARTIN EMILIO RODRIGUEZ CACERES
 Gerente ESE Clínica Guane
 E.S.D

Atento saludo

Teniendo en cuenta su solicitud de suministro de información estadística, formalmente envío los siguientes datos:

| | |
|---------------------------------------|------------------|
| Total pagos efectuados | 6.552.935.710,47 |
| Total ordenes de pago recepcionadas | 7.554.204.920,17 |
| No total de conciliaciones realizadas | 24 |
| No total de cuentas bancarias | 4 (2 activas) |

Sin otro particular


 JORGE ERNESTO MERCHAN HERRERA
 TESORERO GENERAL

| | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------|--------------|
|  GUANE | ESE CLINICA GUANE Y SU RIS | | |
| | CONTROL DE REGISTRO INTERNO | | |
| Fecha: | 2010/27/10 | Código TRD: 10.04.01 | Versión : 01 |
| | | | Pág. 1 de 1 |

Floridablanca, 08 de marzo de 2010

Doctor
SAMUEL ARDILA RUEDA
 Subdirector Administrativo y financiero
 ESE Clínica Guane y su RIS
 Ciudad

Asunto: Suministro de información estadística

Me permito solicitar a Ud. La siguiente información correspondiente a la vigencia 2009 con corte a 31 de diciembre.


| CONCEPTO | Del 01 de enero al 31 de Diciembre de 2009 |
|---|--|
| • Presupuesto ejecutado para bienestar social | \$ 17.351.000 = |
| • Presupuesto asignado a bienestar social | \$ 20.000.000 = |
| • No. De capacitaciones realizadas | 21 |
| • No. De capacitaciones programadas | 21 |
| • No. De eventos de bienestar social realizados | 3 |
| • No. De eventos de bienestar social programadas | 3 |
| • No. De accidentes laborales | 0 |
| • No. Total de Funcionarios | 10 |
| • No. De equipos a los que se les ha hecho mantenimiento | - |
| • No. Total de equipos de la institución | - |
| • No. De copias de seguridad efectuada a los computadores | 52 |
| • No. De computadores con información institucional | 52 |
| • No. De informes de cartera presentados | 5 |
| • No. De informes de cartera que se deben presentar | 5 |

Le agradezco que esta información sea suministrada al Dr. Javier Garcia Gelvez a más tardar el próximo 11 de marzo de 2010 para construir los indicadores de gestión requeridos por el SGC y el MECI.

Atentamente,


MARTIN EMILIO RODRIGUEZ CACERES
 Gerente ESE Clínica Guane

Handwritten notes:
 SAF
 Rob. M.P.
 09 MAR 10
 10 a.m.

| | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------|--------------|
|  | ESE CLINICA GUANE Y SU RIS | | |
| | CONTROL DE REGISTRO INTERNO | | |
| Fecha: | 2010/27/10 | Código TRD: 10.04.01 | Versión : 01 |
| | | | Pág. 1 de 1 |

Floridablanca, 08 de marzo de 2010

Doctora
DORIS CECILIA VELAZCO
 Jefe de la Oficina de Planeación y Presupuesto
 ESE Clínica Guane y su RIS
 Ciudad

Asunto: Suministro de información estadística

Cordial saludo

Me permito solicitar a Ud. La siguiente información correspondiente a la vigencia 2009 con corte a 31 de diciembre.


| CONCEPTO | Del 01 de enero al 31 de Diciembre de 2009 |
|---|--|
| • Valor total de ingresos ejecutados <i>Recaudo</i> | <i>6.594.699.662,05</i> |
| • Valor total de ingresos presupuestados | <i>7862 670 389,58</i> |
| • Valor total de gastos ejecutados | <i>7554 204 920,17</i> |
| • Valor total de gastos presupuestados | <i>7862.670.389,58</i> |
| • No. De informes presentados del 2193 | <i>5</i> |
| • No. De informes que se deben presentar del 2193 | <i>5</i> |

Le agradezco que esta información sea suministrada al Dr. Javier García Gelvez a más tardar el próximo 11 de marzo de 2010 para construir los indicadores de gestión requeridos por el SGC y el MECI.

Atentamente,


MARTIN EMILIO RODRIGUEZ CACERES
 Gerente ESE Clínica Guane



| | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------|--------------|
|  ESE CLÍNICA GUANE | ESE CLÍNICA GUANE Y SU RIS | | |
| | CONTROL DE REGISTRO INTERNA | | |
| Fecha: | 2009/12/10 | Código TRD: 15.04.09 | Versión : 01 |
| | | | Pág. 1 de 2 |

Floridablanca 17 de Marzo de 2010

Doctor
JAVIER GARCÍA GELVEZ
 Profesional en los Procesos de MECI-Calidad
 Ciudad

Ref: Suministro de Información estadística

En cumplimiento a su solicitud requerida, el 08 de Marzo de 2010, me permito enviar información correspondiente a la vigencia 2009 con corte a 31 de Diciembre.

| Derechos de Petición | Fecha de Recibido | Fecha de Contestación |
|----------------------|-------------------|-----------------------|
| 1 | Marzo 26 de 2009 | Abril 12 de 2009 |
| 1 | Abril 14 de 2009 | Abril 25 de 2009 |
| 1 | Agosto 10 de 2009 | Agosto 24 de 2009 |
| 1 | Agosto 27 de 2009 | Agosto 28 de 2009 |

Número de Conceptos emitidos 9 (Nueve)
 Número de Conceptos solicitados 12 (Doce)

Para su conocimiento y fines pertinentes,

Cordialmente,


MAURICIO MANTILLA SAAVEDRA
 Jefe Oficina Asesora Jurídica

Proyecto: John Bello/ Apoyo Jurídico

Calle 4 No. 7 - 01


Teléfonos:

648 7450 - 648 7442 - 649 8880

Floridablanca - Santander

www.risclinicaguane.gov.co

e-mail: info@risclinicaguane.gov.co

| | | | |
|---|------------------------------------|------------|-------------------------|
|  | ESE CLINICA GUANE Y SU RIS | | |
| | CONTROL DE REGISTRO ENVIADO | | |
| | Fecha: | 2009/12/10 | Código TRD: 16.04.01 |

Floridablanca 16 de Marzo de 2010 de 2010

CI -024 - 2010

Doctor
MARTIN EMILIO RODRIGUEZ CACERES
 Gerente
 Atte. Dr. Javier García
 Asesor de Calidad

Asunto: Información Estadística 2009

Para los fines pertinentes allego a su despacho la información solicitada, relacionada con las estadísticas de cumplimiento correspondientes a la Oficina de Control Interno durante la vigencia de enero 01 a Diciembre 31 de 2009.


| | |
|---|----------|
| Auditorias Programadas: Una al año por cada área: | TOTAL 26 |
| Auditorias realizadas: | 26 |

Cumplimiento: 100%

Cordialmente,


MERY LUZ HERNANDEZ LOPEZ
 Jefe de Control Interno

E.S.E. Clínica Guane
 Recibido: 17 MAR 2010
 Hora: 16:00 P.M.
 Recibido: *[Signature]*

| | | | |
|---|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
|  | ESE CLINICA GUANE Y SU RIS | | |
| | CONTROL DE REGISTRO INTERNO | | |
| Fecha: | 2009/12/10 | Código TRD: 12.206.04.01 | Versión : 01 Pág. 1 de 1 |

Floridablanca, 09 de marzo de 2010.

oficio 2010-08

Doctor
MARTIN EMILIO RODRIGUEZ CACERES
 GERENTE
 ESE Clínica Guane y su Ris
 Ciudad

Asunto: Respuesta a solicitud de información estadística

Cordial Saludo

La presente es para hacerle entrega de cuadro estadístico de la presentación de informes ante la CGN y la DIAN correspondiente a la vigencia 2009.

| CONCEPTO | Del 1 de enero al 31 de Diciembre de 2009 |
|---|---|
| Numero de informes presentados oportunamente a la CGN | 5 |
| Numero de informes que se deben presentar oportunamente a la CGN | 5 |
| Numero de declaraciones presentadas oportunamente ante la DIAN | 13 |
| Numero de declaraciones que se deben presentar oportunamente ante la DIAN | 13 |

Atentamente,



SERGIO MAURICIO RAMIREZ RAMIREZ

CONTADOR

Copia al doctor Javier Gardá Gelvez

1

Handwritten notes:
 Floridablanca
 Marzo 4/10.

| | | | |
|---|------------------------------------|------------|-----------------------------|
|  | ESE CLINICA GUANE Y SU RIS | | |
| | CONTROL DE REGISTRO INTERNO | | |
| | Fecha: | 2009/12/10 | Código TRD: 12.206.04.01 |
| | | | Versión : 01 Pág.1 de 1 |

Floridablanca, 09 de marzo de 2010.

oficio 2010-08

Doctor
MARTIN EMILIO RODRIGUEZ CACERES
 GERENTE
 ESE Clínica Guane y su Ris
 Ciudad

Asunto: Respuesta a solicitud de información estadística

Cordial Saludo

La presente es para hacerle entrega de cuadro estadístico de la presentación de informes ante la CGN y la DIAN correspondiente a la vigencia 2009.

| CONCEPTO | Del 1 de enero al 31 de Diciembre de 2009 |
|---|---|
| Numero de informes presentados oportunamente a la CGN | 5 |
| Numero de informes que se deben presentar oportunamente a la CGN | 5 |
| Numero de declaraciones presentadas oportunamente ante la DIAN | 13 |
| Numero de declaraciones que se deben presentar oportunamente ante la DIAN | 13 |


Atentamente,



SERGIO MAURICIO RAMIREZ RAMIREZ

CONTADOR

Copia al doctor Javier García Gelvez

| | | | |
|---|---|-------------------------|--------------|
|  ESE CLINICA GUANE GUANE | ESE CLINICA GUANE Y SU RIS | | |
| | CONTROL DE CORRESPONDENCIA ENVIADA INTERNA | | |
| Fecha: | 2009/12/10 | Código TRD: 17.04.09 | Versión : 01 |
| | | | Pág. 1 de 1 |

Floridablanca, Enero 21 de 2010

ALM-007-2010

DE: ALMACENISTA GENERAL

PARA: JAVIER GARCIA GELVEZ
Oficina de Calidad

ASUNTO: INFORME DE INDICADORES

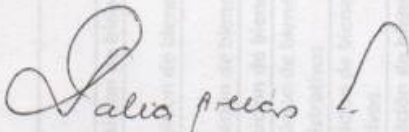
Atentamente me permito anexar el informe consolidado de los indicadores correspondientes al almacén general para el año 2010.

Valor Compras de bienes 2009 \$ 1.512.209.702.00

Plan de Compras del período \$ 1.546.066.717.00

Porcentaje de ejecución \$ 97.81%

Cordial saludo,



DALIA ASTRITH ARIAS LOZANO
Almacenista General Clínica Guane

| RESUMEN EJECUCION A OCTUBRE DE 2009 | | | | |
|-------------------------------------|---|----------------------|----------------------|--------------------|
| CODIGO | CONCEPTO | PRESUPUESTO 2009 | EJECUCION A OCTUBRE | SALDO |
| 032103 | Adquisición de bienes y Servicios- Compra de equipo | 168.036.684 | 104.955.868 | 63.080.816 |
| 03210301 | Adquisición de bienes y Servicios- Compra de equipo Administrativo | 47.036.684 | 7.036.684 | 40.000.000 |
| 03210302 | Adquisición de bienes y Servicios- Compra de equipo Operativo | 121.000.000 | 97.919.184 | 23.080.816 |
| 032104 | Adquisición de bienes y Servicios- Enseres y Equipo de Oficina | 40.000.000 | - | 40.000.000 |
| 03210401 | Adquisición de bienes y Servicios- Enseres y Equipo de Oficina Administrativos | 10.000.000 | | 10.000.000 |
| 03210402 | Adquisición de bienes y Servicios- Enseres y Equipo de Oficina Operativos | 30.000.000 | | 30.000.000 |
| 032106 | Adquisición de bienes y Servicios- Materiales y Suministros | 150.000.000 | 131.459.570 | 18.540.430 |
| 03210601 | Adquisición de bienes y Servicios- Materiales y Suministros Administrativos | 60.000.000 | 54.789.546 | 5.210.454 |
| 03210602 | Adquisición de bienes y Servicios- Materiales y Suministros Operativo | 90.000.000 | 76.670.024 | 13.329.976 |
| 032109 | Adquisición de bienes y Servicios- Impresos y Publicaciones | 136.427.318 | 131.317.979 | 5.109.339 |
| 03210901 | Adquisición de bienes y Servicios- Impresos y Publicaciones Administrativo | 39.000.000 | 34.925.929 | 4.074.071 |
| 03210902 | Adquisición de bienes y Servicios- Impresos y Publicaciones Operativo | 97.427.318 | 96.392.050 | 1.035.268 |
| 0321910203 | Plan gestión integral de residuos | 77.602.715 | 62.452.824 | 15.149.891 |
| 032501 | Comercial compra de bienes y servicios | | | |
| 03250101 | Productos Farmacéuticos | 200.000.000 | 198.500.000 | 1.500.000 |
| 032502 | Comercial Otros gastos | | | |
| 03250201 | Materiales Médico Quirúrgico | 188.000.000 | 180.904.114 | 7.095.886 |
| 03250202 | Materiales para odontología | 100.000.000 | 96.150.100 | 3.849.900 |
| 03250203 | Materiales para laboratorio | 200.000.000 | 199.584.938 | 415.062 |
| 03250204 | Materiales para RX | 50.000.000 | 49.794.650 | 205.350 |
| 03250205 | Productos Farmacéuticos (Servicio de la Clínica) | 59.000.000 | 56.594.100 | 2.405.900 |
| 0532 | Gastos de Inversión Aprobados | | | |
| 053207 | Adquisición y/o producción de equipos, materiales, suministros y servicios propios del sector | 177.000.000 | 176.531.428 | 468.572 |
| | TOTAL.... | 1.546.066.717 | 1.388.245.570 | 157.821.147 |



ESE CLINICA GUANE Y SU RIS
CONTROL DE REGISTRO INTERNO

| | | | | |
|--------|------------|-------------|----------|--------------|
| Fecha: | 2010/27/10 | Código TRD: | 10.04.01 | Versión : 01 |
| | | | | Pág. 1 de 3 |

Floridablanca, 08 de marzo de 2010

Centro de consultas odontológicas generales
dentales en la institución

Doctor
EDILBERTO SARMIENTO
Subdirector Científico
ESE Clínica Guane y su RIS
Ciudad

Asunto: Suministro de información estadística

Cordial saludo

Me permito solicitar a Ud. La siguiente información correspondiente a la vigencia 2009 con corte a 31 de diciembre.

| CONCEPTO | Del 01 de enero al 31 de Diciembre de 2009 |
|--|--|
| • Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual es paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha en la cual es asignada la cita | 2 |
| • Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución | 60.390 |
| • Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico | 20 |
| • Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias | 15.913 |
| • Sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de imagenología y el momento en el cual es prestado el servicio. | 1 |
| • Total de atenciones en servicios de imagenología | 4.159 |
| • Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita para ser atendido en la consulta de odontología general y la fecha para la cual es asignada la cita consulta por | 2 |



ESE CLÍNICA GUANE Y SU RIS
CONTROL DE REGISTRO INTERNO

Fecha: 2010/27/10

Código TRD:
10.04.01

Versión : 01


Pág. 2 de 3

| parte del médico | |
|--|-----------|
| • Número total de consultas odontológicas generales asignadas en la institución | 14.815 |
| • Número total de pacientes que seis meses después de diagnosticada su hipertensión arterial presentan niveles de tensión arterial esperados de acuerdo con las metas recomendadas por la Guía de Práctica Clínica basada en Evidencia | 2575 |
| • Número total de pacientes hipertensos diagnosticados | 3.200 |
| • Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la ESE | 414 |
| • Número total de pacientes encuestados por la ESE | 525 |
| • Número total de medicamentos POS ordenados por el Médico que son entregados por la farmacia desde la primera vez que el afiliado o su representante presenta la fórmula | — |
| • Número total de medicamentos POS solicitados a la farmacia por el periodo | 1'617 496 |
| • Número de niños menores de un año con esquema de vacunación adecuado según las nomas del Programa ampliado de inmunizaciones <i>✓ Dosis Aprobadas</i> | 31.673 = |
| • Número total de niños menores de un año afiliados a la EAPB | NA |
| • Número total de pacientes con CA de cuello uterino detectados in situ | NA |
| • Número total de pacientes detectados con cáncer de cuello uterino | NA |
| • Número de muertes de maternas por causas atribuibles al embarazo | NA |
| • Número de nacidos vivos | 257 |
| • Número total de consultas odontológicas <i>realizadas</i> | 12.651 |
| • Número de horas dedicadas a las consultas de odontología | 16.826 |
| • (Fecha de entrega de los resultados) - (Fecha de atención en imagenología) | 1 |

Farmacia
alga

2 Pcs
ODONTOL


R x

| | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------|--------------|
|  GUANE | ESE CLINICA GUANE Y SU RIS | | |
| | CONTROL DE REGISTRO INTERNO | | |
| Fecha: | 2010/27/10 | Código TRD: 10.04.01 | Versión : 01 |
| | | | Pág. 3 de 3 |

Le agradezco que esta información sea suministrada al Dr. Javier García Gelvez a más tardar el próximo 11 de marzo de 2010 para construir los indicadores de gestión requeridos por el SGC y el MECI.

Atentamente,

Martin E Rodriguez C
MARTIN EMILIO RODRIGUEZ CACERES
 Gerente ESE Clínica Guane

| | | | |
|---|---------------------------------|--------------|--------------|
|  | ESE CLÍNICA GUANE Y SU RIS | | |
| | CONTROL CORRESPONDENCIA ENVIADA | | |
| Fecha: | 2009/12/10 | 11.109.04.09 | Versión : 01 |
| | | | Pág. 1 de 1 |

Floridablanca, 10 de Marzo de 2010

Doctor:
JAVIER GARCIA GELVEZ
 Meci-Calidad
 Floridablanca - Santander

Cordial saludo,

La presente tiene como fin dar respuesta a la solicitud, asunto: **Suministro de información estadística** realizada en el periodo comprendido 01 de Enero de 2009 al 31 de Diciembre de 2009.

ENCUESTA DE SATISFFACION APLICADA: 1180
TOTAL ENCUESTA PROGRAMADASZ: 1200

Formalmente,


 Proyecto: **SCHNEIDER ENRIQUE GUERRA BARRERA**
 Oficina Siau

Anexo 20 Encuesta de satisfacción urgencias

Anexo 21 Encuestas SIAU

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CLINICA GUANE Y SU RED INTEGRAL DE SALUD, E.S.E. CLINICA GUANE Y SU R.I.S.

Sistema de Información y Atención al Usuario -SIAU-

Señor Usuario: Los datos suministrados son confidenciales y están orientados para mejorar los servicios de nuestra Clínica y su Red Integrada de Salud.

ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUARIOS DE CONSULTA EXTERNA

1. Servicio/especialidad _____ Fecha: _____

2. Utiliza el servicio: Por primera vez _____ Control _____

Para la siguiente pregunta marque “No sabe “en caso de que la afirmación hable de un tema que usted no puede opinar.

3. La información suministrada por parte del personal de citas medicas:

No se cumple _____ Se cumple insatisfactoriamente _____

Se cumple aceptablemente _____ Se cumple en alto grado _____

Se cumple totalmente _____ No sabe _____

4. Los tiempos de espera para los siguientes servicios le parecieron:

Para obtener la cita: Corto ___ Normal ___ Largo ___

Tiempo para ser atendido: Corto ___ Normal ___ Largo ___

Para realizar exámenes de laboratorio Corto ___ Normal ___ Largo ___

Para obtener resultados de exámenes: Corto ___ Normal ___ Largo ___

5. Le parece adecuados los siguientes lugares:

Área de citas Si ___ No ___ Por qué _____

Sala de espera Si ___ No ___ Por qué _____

Área de atención Si ___ No ___ Por qué _____

6. La información recibida por parte del personal la considera:

| Servicio | Suficiente | | Clara | | Oportuna | |
|-------------------|-------------------|--------|--------------|--------|-----------------|--------|
| Caja, facturación | Si ___ | No ___ | Si ___ | No ___ | Si ___ | No ___ |
| Enfermería | Si ___ | No ___ | Si ___ | No ___ | Si ___ | No ___ |
| Laboratorio | Si ___ | No ___ | Si ___ | No ___ | Si ___ | No ___ |
| Médico | Si ___ | No ___ | Si ___ | No ___ | Si ___ | No ___ |

7. Califique la atención recibida en los siguientes servicios:


| | | | |
|--------------------|--------------|--------------|-----------------|
| Portería/celaduría | Excelente___ | Aceptable___ | Insuficiente___ |
| Información | Excelente___ | Aceptable___ | Insuficiente___ |
| Citas | Excelente___ | Aceptable___ | Insuficiente___ |
| Médico | Excelente___ | Aceptable___ | Insuficiente___ |
| Enfermería | Excelente___ | Aceptable___ | Insuficiente___ |
| Laboratorio | Excelente___ | Aceptable___ | Insuficiente___ |
| Otros | Excelente___ | Aceptable___ | Insuficiente___ |

8. Ha mejorado con el tratamiento recibido: Si___ No___
Por qué _____

9. Recomienda a la ESE Clínica Guane y su Red Integrada de Salud a familiares y amigos:
Si___ No___
Por qué _____

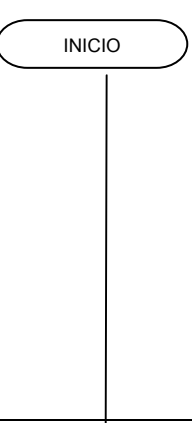
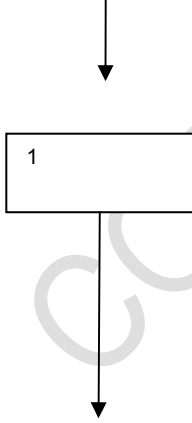
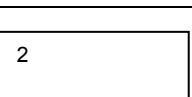
10. Observaciones y sugerencias. Si desea recibir respuesta escriba sus datos en el siguiente espacio. _____

Anexo 22 Procedimiento control de producto no conforme

| | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------|--|
|  | PROCESOS DE EVALUACIÓN | | |
| | CONTROL PRODUCTO NO CONFORME | | |
| | Fecha: 2009/10/30 | Código: PNC-001 | Versión : 02 Pág. 290 de 356 |


| | |
|-------------------------------|---|
| OFICINA PRODUCTORA: | SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA |
| OBJETIVO: | Establecer las actividades necesarias para detectar y realizar el procedimiento a los productos no conformes del SGC de la ESE Clínica Guane y Su RIS |
| ALCANCE: | Este procedimiento es aplicable a las no conformidades del SGC detectadas interna o externamente. |
| PERÍODO DE APLICACION: | Continuo |

3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

| FLUJOGRAMA | ETAPA [No-Nombre-Descripción] | RESPONSABLE [Cargo] | REQUISITOS [Punto de Control] | FORMATO | PRODUCCIÓN [Registro] | TIEMPO |
|---|--|---|---|-----------------------|------------------------------|--------|
|  | <p>Un producto no conforme puede ser detectado internamente durante el desempeño de los procesos o externamente cuando es detectado por el usuario, en cuyo caso se deberá determinar el grado de responsabilidad de la ESE y tomar las acciones correspondientes sobre la no conformidad. A continuación se relacionan algunos productos no conformes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informes con información ambigua o inconsistente. • Reportes o registros mal diligenciados o diligenciados parcialmente • Procedimientos aplicados por fuera de los lineamientos de ley o de la normatividad. <p>Detectado el producto no conforme se debe reportar y registrar en el formato "Producto no Conforme" describiendo en forma clara y precisa lo acontecido.</p> | Funcionario dueño del proceso | <p>Aplicación de manuales y protocolos.</p> <p>Aplicación de la normatividad vigente.</p> | | | |
|  | <p>Si la desviación o incumplimiento en el producto no es permitida, se procede a definir la disposición a seguir, la cual puede ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corregir mediante un reproceso, para que el producto sea conforme con los requisitos • Desechar dado que el grado de no conformidad no permite una corrección al producto para devolverle su utilidad prevista. • Aceptar o liberar por concesión • La disposición a tomar se evidencia en el registro "Informe de Producto no Conforme" <p>En los casos en que el producto no conforme no se trate en forma inmediata, es decir que se aplique la disposición definitiva, se debe separar de los productos conformes e identificarse apropiadamente su condición, para evitar que sea utilizado.</p> | Funcionario involucrado. Líder del proceso. Coordinador de Calidad. | <p>Aplicación de manuales y protocolos.</p> <p>Aplicación de la normatividad vigente.</p> | Producto no Conforme. | Informe producto no conforme | 1 día |
|  | <p>Si el producto no conforme es corregido, se debe verificar nuevamente para verificar si cumple con los requisitos establecidos. Los resultados de dicha verificación se deben registrar en el</p> | Líder del proceso. Coordinador de Calidad | | Producto no Conforme. | Informe producto no conforme | 1 día |

290

| | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|--|------------|
| Elaboro: Oficina de calidad | | Reviso: Comité MECI y Calidad | | Autorizo: Martín E Rodriguez Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/15 | Fecha: | 2009/10/20 | Fecha: | 2009/10/25 |

| | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------|--|
|  | PROCESOS DE EVALUACIÓN | | |
| | CONTROL PRODUCTO NO CONFORME | | |
| | Fecha: 2009/10/30 | Código: PNC-001 | Versión : 02 Pág. 291 de 356 |


| | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|------------------------------|-------|
| | formato "Informe de Producto no conforme". | | | | | |
| A | | | | | | |
| A | | | | | | |
| 3 | Verificada la conformidad del producto, se procede a su entrega o liberación al siguiente proceso. | Lider del proceso. Coordinador de Calidad | | | Informe producto no conforme | 1 día |
| FIN | | | | | | |

2. REFERENCIA

| |
|--|
| RESPONSABILIDADES |
| <ul style="list-style-type: none"> • Elabora: Persona competente y responsable de elaborar el documento. • Revisor: Persona competente, responsable y con la autoridad necesaria para la revisión de los documentos, pudiendo aportar ideas al documento con el fin de liberarlo hacia la aprobación o desestimarlos si lo considera conveniente. • Aprueba: Persona competente, responsable y con la autoridad necesaria para aprobar o desestimar los documentos una vez hayan sido revisados. |
| REQUISITOS ESPECÍFICOS |
| <ul style="list-style-type: none"> • Numeral 8.2.4 y 8.3 de la NTCGP 1000:2004 |
| GLOSARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Conformidad: Cumplimiento de un requisito. • No conformidad: Incumplimiento de un requisito. • Producto no conforme: Servicio que no cumple con los requisitos del cliente, reglamentarios o de la propia Entidad. • 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. • Actividades de Control: Constituyen el componente del Modelo Estándar de Control Interno, que permite ejercer control sobre toda la operación de la Institución, se da para todos los procesos, interviene todas las funciones y compromete todos los niveles de responsabilidad. Las acciones de control deben ser conducentes a reducir los riesgos; estos deben ser suficientes, comprensibles, eficaces, económicos y oportunos. • Aprobación: autorización para la aplicación institucional de un documento. |

291

| | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|--|------------|
| Elaboro: Oficina de calidad | | Reviso: Comité MECI y Calidad | | Autorizo: Martín E Rodriguez Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/15 | Fecha: | 2009/10/20 | Fecha: | 2009/10/25 |

| | | | |
|--|-------------------------------------|------------|---------------------------------|
|  | PROCESOS DE EVALUACIÓN | | |
| | CONTROL PRODUCTO NO CONFORME | | |
| | Fecha: | 2009/10/30 | Código: PNC-001 |
| | | | Versión : 02 Pág. 292 de 356 |

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Corrección: Eliminación de errores lingüísticos, tipográficos o culturales, en el texto publicado de un documento normativo. Los documentos aprobados se deben publicar una vez estén libres de errores en su forma o contenido. • Información: Datos que poseen significado. • • Procedimiento: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso, mediante la cual se obtiene un resultado. • Proceso: Conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados. Define el Qué se hace al interior de la Entidad para cumplir con los requerimientos de los usuarios o comunidad. • Registro: documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas. • Sistema de Gestión de la Calidad. Herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades. Está enmarcado en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades. • Revisión: Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos. |
| OBSERVACIONES |
| <ul style="list-style-type: none"> • La ESE CLINICA GUANE se reserva la aplicación de las sanciones legales por el efecto que se genere del producto no conforme. |


3. CONTROL DE CAMBIOS

| FECHA | RESPONSABLE | CAMBIO | VERSIÓN | ARCHIVO |
|------------|--------------------|----------------------------|---------|---------|
| 2009/10/20 | Oficina de calidad | Encabezado y pie de página | 02 | |
| | | | | |

292

| | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|--|------------|
| Elaboro: Oficina de calidad | | Reviso: Comité MECI y Calidad | | Autorizo: Martín E Rodriguez Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/15 | Fecha: | 2009/10/20 | Fecha: | 2009/10/25 |

Anexo 23 Procedimiento acciones correctivas

| | | | | |
|--|-------------------------------|------------|--------------------|--------------|
|  | PROCESOS DE EVALUACIÓN | | | |
| | ACCIONES CORRECTIVAS | | | |
| | Fecha: | 2009/10/30 | Código: PAC-001 | Versión : 02 |
| | | | Pág. 294 de 356 | |

| | |
|-------------------------------|--|
| OFICINA PRODUCTORA: | SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA |
| OBJETIVO: | Este procedimiento regula la forma de actuar cuando se ha detectado una deficiencia en el sistema de gestión de la calidad e impedir su recurrencia, plantear e implementar las soluciones y comprobar que las acciones han tenido éxito en la ESE CLINICA GUANE Y SU RIS. |
| ALCANCE: | Este procedimiento abarca a las acciones correctivas provenientes de no conformidades detectadas en las auditorías internas y externas, de productos no conformes en caso de que estos sean repetitivos o considerados críticos, de resultados negativos obtenidos de la medición de la satisfacción del cliente, de situaciones desfavorables detectadas en las revisiones hechas por la alta dirección, de resultados negativos o desfavorables de las mediciones del desempeño de los procesos del sistema de gestión de la calidad, entre otras. |
| PERÍODO DE APLICACION: | Continuo |


4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

| No. | Actividad | Metodología | Frecuencia | Responsable |
|-----|--|---|---|---|
| 1 | Iniciación de una acción correctiva y enunciado de las no conformidades El Director, Secretario, Jefe de oficina ó Auditor interno, según sea el caso, que identifique una deficiencia en el sistema de calidad proveniente de las diferentes fuentes mencionadas en el alcance del presente procedimiento, iniciará una acción correctiva mencionando la naturaleza de la deficiencia para lo cual diligenciará la parte pertinente del formato "solicitud de acción correctiva" F-MC-1000-001. | Solicitud de acción correctiva / preventiva | Cada vez que se identifique una deficiencia como las mencionadas en el alcance del presente procedimiento | Audidores internos, Directores, Secretarios o Jefes de oficina, según corresponda |
| 3 | Investigación de las causas de la deficiencia El Director, Secretario o Jefe de oficina, según corresponda, junto con el personal que consideren idóneo, investigarán las causas de la deficiencia, registrando los resultados de dicha investigación en el espacio destinado para tal fin del formato "solicitud de acción correctiva" F-MC-1000-001. Así mismo planteará las acciones que considere convenientes para eliminar las causas de la no | Según solicitud de acción correctiva / preventiva | Cada vez que se identifique una deficiencia como las mencionadas en el alcance del presente procedimiento | Directores, Secretarios o Jefes de oficina, según corresponda |

| | | | | | |
|-----------------------------|--|-------------------------------|--|------------------------------|--|
| Elaboro: Oficina de calidad | | Reviso: Comité MECI y Calidad | | Autorizo: Martín E Rodriguez | |
| Fecha: 2009/10/15 | | Fecha: 2009/10/20 | | Cargo: Gerente | |
| Fecha: 2009/10/15 | | Fecha: 2009/10/20 | | Fecha: 2009/10/25 | |


| No. | Actividad | Metodología | Frecuencia | Responsable |
|-----|---|--|---|--------------------------------|
| | conformidad detectada. El análisis de las causas hecho por el equipo investigador puede ser efectuado entre otros, mediante metodologías tales como el diagrama causa – efecto, la cual se describe entre otras, en el instructivo “aplicación de técnicas para el mejoramiento de calidad” I-MC-1000-001. | | | |
| 4 | <p>Seguimiento al cumplimiento del plan El seguimiento de las acciones correctivas permite verificar el grado de implementación de las acciones tomadas.</p> <p>El seguimiento y respectivo cierre de las acciones correctivas es realizado por el Coordinador de calidad cuando éste considere que el plan de acción se ha implementado satisfactoriamente, esto es, cuando se haya comprobado que la no conformidad no ha vuelto a repetirse; una vez se haya asegurado de esto, el Coordinador de calidad, registrará dicha disposición en el formato “estado de las acciones” MC-1000-002, de lo contrario puede posponer el cierre y hacer las observaciones pertinentes del seguimiento y colocar una nueva fecha para dar cumplimiento al plan de acción.</p> | Estado de las acciones correctivas | Semanalmente | Coordinador de calidad |
| 5 | <p>Informe consolidado para la revisión por la dirección El Coordinador de calidad, actualiza el estado de acciones correctivas, prepara y presenta informe al equipo directivo MECI - CALIDAD para ser tenida en cuenta en el momento de hacer revisión por la dirección.</p> | Estado de las acciones correctivas | Según frecuencia con la que se realiza la revisión por la dirección | Coordinador de calidad |
| No. | Actividad | Metodología | Frecuencia | Responsable |
| 1 | <p>Iniciación de una acción preventiva Cualquier miembro del personal que identifique tendencias desacordes con relación a la política y objetivos de calidad establecidos, o cuando</p> | Según solicitud de acción correctiva / | Cada vez que se requiera | Cualquier miembro del personal |

| | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|--|------------|
| Elaboro: Oficina de calidad | | Reviso: Comité MECI y Calidad | | Autorizo: Martín E Rodriguez Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/15 | Fecha: | 2009/10/20 | Fecha: | 2009/10/25 |

| | | | |
|--|-------------------------------|---------------------------|--|
|  | PROCESOS DE EVALUACIÓN | | |
| | ACCIONES CORRECTIVAS | | |
| | Fecha: 2009/10/30 | Código: PAC-001 | Versión : 02 Pág. 296 de 356 |

| No. | Actividad | Metodología | Frecuencia | Responsable |
|-----|--|---|---|---|
| | se detecte cualquier otra situación con tendencia indeseable, una vez analizados los datos históricos generados a partir de los aspectos que se mencionan en el numeral 4.1 de este procedimiento, iniciará una acción preventiva, con el apoyo del Coordinador de calidad | preventiva | | Coordinador de calidad |
| 2 | Registro de la no conformidad potencial Al recibir una solicitud como la mencionada en el ítem anterior, el Coordinador de calidad le entregará al iniciador, si considera que la acción es apropiada, un formato para acciones preventivas. | Según solicitud de acción correctiva / preventiva | Cada vez que se requiera | Coordinador de calidad Iniciador |
| 3 | Enunciado de las deficiencias El iniciador llenará la parte pertinente del formato para solicitud de acciones correctivas / preventivas y mencionará la descripción de la no conformidad potencial | Según solicitud de acción correctiva / preventiva | Cada vez que se requiera | Iniciador |
| 4 | Investigación de la deficiencia El Coordinador de calidad nombrará a un miembro del personal que considere idóneo para investigar las causas de la deficiencia y hacer recomendaciones en cuanto a si se requiere efectuar un cambio al sistema de calidad y, de ser así, la naturaleza del cambio. El investigador también podrá hacer una recomendación sobre la implementación del sistema de calidad, incluyendo requerimientos en cuanto a capacitación del personal. El investigador registrará los resultados de la investigación en el formato para solicitud de acción correctiva / preventiva y lo entregará junto con un plan de acción, en caso de que se requiera, al Coordinador de Calidad con las secciones correspondientes debidamente diligenciadas. El análisis de las causas hecho por el investigador puede ser efectuado entre otros, mediante metodologías tales como las que se | Según solicitud de acción correctiva / preventiva | Cada vez que se evidencie una posible deficiencia | Coordinador de calidad Comité de calidad |


| | | | | | |
|------------------------------------|--|--------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| Elaboro: Oficina de calidad | | Reviso: Comité MECI y Calidad | | Autorizo: Martín E Rodriguez | |
| Fecha: 2009/10/15 | | Fecha: 2009/10/20 | | Fecha: 2009/10/25 | |
| | | | | Cargo: Gerente | |

| | | | |
|--|-------------------------------|------------|--------------------|
|  | PROCESOS DE EVALUACIÓN | | |
| | ACCIONES CORRECTIVAS | | |
| | Fecha: | 2009/10/30 | Código: PAC-001 |

| No. | Actividad | Metodología | Frecuencia | Responsable |
|-----|---|---|-----------------------------------|--|
| | mencionan en el numeral 4.2 del presente procedimiento, además de diagrama causa y efecto y diagrama de pareto, para priorizar los temas a trabajar. | | | |
| 5 | <p>Seguimiento al cumplimiento del plan</p> <p>El seguimiento de las acciones preventivas permite verificar el grado de implementación de las acciones tomadas y se puede realizar utilizando el formato estado de las acciones correctivas /preventivas F-MC-1000-002</p> <p>El Coordinador de Calidad, debe llevar a cabo el seguimiento y cierre de las acciones preventivas tomadas.</p> <p>Para hacer el seguimiento de las acciones preventivas, el funcionario encargado debe guiarse por el estado de las acciones preventivas, el cual le muestra la lista de las acciones pendientes para hacerles seguimiento.</p> <p>El funcionario que hace el seguimiento puede cerrar la acción cuando considere que el plan de acción se ha implementado satisfactoriamente. También puede posponer el cierre y hacer las observaciones pertinentes del seguimiento y colocar una nueva fecha para dar cumplimiento al plan de acción.</p> | Estado de las acciones correctivas / preventiva | Permanente-mente | Coordinador de calidad Auditores internos |
| 6 | <p>Informe consolidado para la revisión por la dirección</p> <p>El Coordinador de calidad, actualiza el estado de las acciones preventivas; prepara y presenta informe al gerente para la respectiva revisión por la dirección</p> | Estado de las acciones correctivas | En cada revisión por la dirección | Coordinador de calidad |

2. REFERENCIA

| RESPONSABILIDADES | | | | | |
|--|------------|-------------------------------|------------|--|------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Elaborador: Persona competente y responsable de elaborar el documento. • Revisor: Persona competente, responsable y con la autoridad necesaria para la revisión de los documentos, pudiendo aportar ideas al documento con el fin de liberarlo hacia la aprobación o desestimarlos si lo considera conveniente. • Aprobador: Persona competente, responsable y con la autoridad necesaria para aprobar o desestimar los | | | | | |
| Elaboro: Oficina de calidad | | Reviso: Comité MECI y Calidad | | Autorizo: Martín E Rodriguez Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/15 | Fecha: | 2009/10/20 | Fecha: | 2009/10/25 |

| | | | |
|--|-------------------------------|------------|--------------------|
|  | PROCESOS DE EVALUACIÓN | | |
| | ACCIONES CORRECTIVAS | | |
| | Fecha: | 2009/10/30 | Código: PAC-001 |


| |
|--|
| documentos una vez hayan sido revisados. |
| REQUISITOS ESPECÍFICOS |
| <ul style="list-style-type: none"> El numeral 8.5 de la NTCGP 1000:2004 |
| GLOSARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> Acción correctiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación indeseable. Acción preventiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable. Auditoría interna: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios definidos para la auditoría interna. Cliente: Organización, entidad o persona que recibe un producto y/o servicio. |
| OBSERVACIONES |
| <p>La solicitud de acción correctiva, se genera en los casos en los cuales es necesario iniciar un proceso de investigación y teniendo en cuenta la gravedad del problema o situación.</p> <p>Para la identificación de las causas de un problema o no conformidad, se deberá utilizar el instructivo "aplicación de técnicas para el mejoramiento" I-MC-1000-001. Se pueden utilizar técnicas estadísticas para la recolección, clasificación y análisis de la información o datos asociados a la identificación de las causas.</p> <p>La eficacia de las acciones correctivas aplicadas, se debe verificar por cualquier método confiable (incluidas las auditorías internas) y la evaluación puede estar asociada a los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Eliminación de las causas reales y/o potenciales. Desaparición y/o disminución de la frecuencia de aparición de un problema o no conformidad. |

3. CONTROL DE CAMBIOS

| FECHA | RESPONSABLE | CAMBIO | VERSIÓN | ARCHIVO |
|------------|--------------------|----------------------------|---------|---------|
| 2009/10/20 | Oficina de calidad | Encabezado y pie de página | 02 | |
| | | | | |

| | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|--|------------|
| Elaboro: Oficina de calidad | | Reviso: Comité MECI y Calidad | | Autorizo: Martín E Rodriguez Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/15 | Fecha: | 2009/10/20 | Fecha: | 2009/10/25 |

Anexo 24 Procedimiento acciones preventivas

| | | | |
|--|-------------------------------|---------------------------|--|
|  | PROCESOS DE EVALUACIÓN | | |
| | ACCIONES PREVENTIVAS | | |
| | Fecha: 2009/10/30 | Código: PAR-001 | Versión : 02 Pág. 300 de 356 |

| | |
|-------------------------------|--|
| OFICINA PRODUCTORA: | SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA |
| OBJETIVO: | Este procedimiento regula la forma de actuar para eliminar la causa de no conformidades potenciales u otra situación potencialmente indeseable e impedir su ocurrencia, plantear e implementar las soluciones y comprobar que las acciones han tenido éxito en el SGC de la ESE CLINICA GUANE Y SU RIS.. |
| ALCANCE: | <p>Este procedimiento debe ser aplicado por todos los miembros de la empresa que tengan responsabilidad en el sistema de calidad respecto a la toma de acciones preventivas en relación con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acciones de mejoramiento en los procesos, productos y servicio - Acciones de mejoramiento relacionadas con el sistema de gestión de la calidad - Sugerencias de los clientes y encuestas de satisfacción - Acciones para el desarrollo de proveedores, entre otras |
| PERÍODO DE APLICACION: | Continuo |


5. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

| No. | Actividad | Metodología | Frecuencia | Responsable |
|-----|--|---|--------------------------|--|
| 1 | Iniciación de una acción preventiva Cualquier miembro del personal que identifique tendencias desacordes con relación a la política y objetivos de calidad establecidos, o cuando se detecte cualquier otra situación con tendencia indeseable, una vez analizados los datos históricos generados a partir de los aspectos que se mencionan en el numeral 4.1 de este procedimiento, iniciará una acción preventiva, con el apoyo del Coordinador de calidad | Según solicitud de acción correctiva / preventiva | Cada vez que se requiera | Cualquier miembro del personal Coordinador de calidad |
| 2 | Registro de la no conformidad potencial Al recibir una solicitud como la mencionada en el ítem anterior, el Coordinador de calidad le entregará al iniciador, si considera que la acción es apropiada, un formato para acciones preventivas. | Según solicitud de acción correctiva / preventiva | Cada vez que se requiera | Coordinador de calidad Iniciador |
| 3 | Enunciado de las deficiencias El iniciador llenará la parte pertinente del formato para solicitud de acciones correctivas / preventivas y mencionará la descripción de la no conformidad potencial | Según solicitud de acción correctiva / preventiva | Cada vez que se requiera | Iniciador |

| | | | | | |
|------------------------------------|------------|--------------------------------------|------------|---|------------|
| Elaboro: Oficina de calidad | | Reviso: Comité MECI y Calidad | | Autorizo: Martín E Rodríguez Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/15 | Fecha: | 2009/10/20 | Fecha: | 2009/10/25 |

| No. | Actividad | Metodología | Frecuencia | Responsable |
|-----|--|---|---|--|
| 4 | <p>Investigación de la deficiencia</p> <p>El Coordinador de calidad nombrará a un miembro del personal que considere idóneo para investigar las causas de la deficiencia y hacer recomendaciones en cuanto a si se requiere efectuar un cambio al sistema de calidad y, de ser así, la naturaleza del cambio. El investigador también podrá hacer una recomendación sobre la implementación del sistema de calidad, incluyendo requerimientos en cuanto a capacitación del personal.</p> <p>El investigador registrará los resultados de la investigación en el formato para solicitud de acción correctiva / preventiva y lo entregará junto con un plan de acción, en caso de que se requiera, al Coordinador de Calidad con las secciones correspondientes debidamente diligenciadas.</p> <p>El análisis de las causas hecho por el investigador puede ser efectuado entre otros, mediante metodologías tales como las que se mencionan en el numeral 4.2 del presente procedimiento, además de diagrama causa y efecto y diagrama de pareto, para priorizar los temas a trabajar.</p> | Según solicitud de acción correctiva / preventiva | Cada vez que se evidencie una posible deficiencia | Coordinador de calidad Comité de calidad |
| 5 | <p>Seguimiento al cumplimiento del plan</p> <p>El seguimiento de las acciones preventivas permite verificar el grado de implementación de las acciones tomadas y se puede realizar utilizando el formato estado de las acciones correctivas / preventivas F-MC-1000-002</p> <p>El Coordinador de Calidad, debe llevar a cabo el seguimiento y cierre de las acciones preventivas tomadas.</p> <p>Para hacer el seguimiento de las acciones preventivas, el funcionario encargado debe guiarse por el estado de las acciones preventivas, el cual le muestra la lista de las acciones pendientes para hacerles seguimiento. El funcionario que hace el seguimiento puede</p> | Estado de las acciones correctivas / preventiva | Permanente-mente | Coordinador de calidad Auditores internos |

| | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|--|------------|
| Elaboro: Oficina de calidad | | Reviso: Comité MECI y Calidad | | Autorizo: Martín E Rodríguez Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/15 | Fecha: | 2009/10/20 | Fecha: | 2009/10/25 |


| | | | |
|--|-------------------------------|------------|--------------------|
|  | PROCESOS DE EVALUACIÓN | | |
| | ACCIONES PREVENTIVAS | | |
| | Fecha: | 2009/10/30 | Código: PAR-001 |

| No. | Actividad | Metodología | Frecuencia | Responsable |
|-----|--|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------|
| | cerrar la acción cuando considere que el plan de acción se ha implementado satisfactoriamente. También puede posponer el cierre y hacer las observaciones pertinentes del seguimiento y colocar una nueva fecha para dar cumplimiento al plan de acción. | | | |
| 6 | Informe consolidado para la revisión por la dirección El Coordinador de calidad, actualiza el estado de las acciones preventivas; prepara y presenta informe al gerente para la respectiva revisión por la dirección | Estado de las acciones correctivas | En cada revisión por la dirección | Coordinador de calidad |

2. REFERENCIA

| |
|---|
| RESPONSABILIDADES |
| <ul style="list-style-type: none"> • Elaborador: Persona competente y responsable de elaborar el documento. • Revisor: Persona competente, responsable y con la autoridad necesaria para la revisión de los documentos, pudiendo aportar ideas al documento con el fin de liberarlo hacia la aprobación o desestimarlos si lo considera conveniente. • Aprobador: Persona competente, responsable y con la autoridad necesaria para aprobar o desestimar los documentos una vez hayan sido revisados. |
| REQUISITOS ESPECÍFICOS |
| <ul style="list-style-type: none"> • El numeral 8.5 de la NTCGP 1000:2004 |
| GLOSARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Acción correctiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación indeseable. • Acción preventiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable. • Auditoría interna: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios definidos para la auditoría interna. • Cliente: Organización, entidad o persona que recibe un producto y/o servicio. |
| OBSERVACIONES |
| Para que la planificación de una acción preventiva sea eficaz y eficiente, esta debe basarse en datos procedentes de métodos apropiados, incluyendo la evaluación de datos históricos de tendencias, y los aspectos críticos del desempeño de la organización y sus productos, con el fin de generar datos en términos cuantitativos. |

| | | |
|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Elaboro: Oficina de calidad | Reviso: Comité MECI y Calidad | Autorizo: Martín E Rodríguez Cargo: Gerente |
| Fecha: 2009/10/15 | Fecha: 2009/10/20 | Fecha: 2009/10/25 |

| | | | | |
|--|-------------------------------|------------|--------------------|--------------|
|  | PROCESOS DE EVALUACIÓN | | | |
| | ACCIONES PREVENTIVAS | | | |
| | Fecha: | 2009/10/30 | Código: PAR-001 | Versión : 02 |
| | | | Pág. 303 de 356 | |

Los datos pueden generarse a partir de:

- La utilización de herramientas de análisis de riesgos tales como el modo y efecto de falla,
- La revisión de las necesidades y expectativas del cliente,
- El análisis del mercado,
- Los resultados de la revisión por la dirección,
- Los resultados del análisis de datos,
- Las mediciones de la satisfacción,
- Las mediciones del proceso,
- Los sistemas que consolidan fuentes de información de las partes interesadas,
- Los registros significativos del sistema de gestión de la calidad,
- Las lecciones aprendidas de experiencias pasadas, los resultados de auto evaluación, y
- Los procesos que proporcionan advertencias anticipadas de la aproximación a condiciones de operación fuera de control.

Para la identificación de las causas de no conformidades potenciales, se deberán utilizar metodologías preventivas. Algunos ejemplos de estas metodologías incluyen:

- Análisis de tendencias,
- Control estadístico de procesos,
- Análisis de árbol de fallas,

La eficacia de las acciones preventivas aplicadas, se debe verificar por cualquier método confiable (incluidas las auditorías internas) y la evaluación puede estar asociada a los siguientes aspectos:


- a. Eliminación de las causas potenciales.
- b. Desaparición y/o disminución de la frecuencia de aparición de un problema o no conformidad.

3. CONTROL DE CAMBIOS

| FECHA | RESPONSABLE | CAMBIO | VERSIÓN | ARCHIVO |
|------------|--------------------|----------------------------|---------|---------|
| 2009/10/20 | Oficina de calidad | Encabezado y pie de página | 02 | |
| | | | | |

| | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|--|------------|
| Elaboro: Oficina de calidad | | Reviso: Comité MECI y Calidad | | Autorizo: Martín E Rodríguez Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/15 | Fecha: | 2009/10/20 | Fecha: | 2009/10/25 |

Anexo 25 Procedimiento auditorias internas


| | | | |
|--|--|------------|--------------------|
|  | PROCESOS DE EVALUACIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS | | |
| | Fecha: | 2009/10/30 | Código: PAI-001 |

| | |
|-------------------------------|---|
| OFICINA PRODUCTORA: | OFICINA DE CONTROL INTERNO |
| OBJETIVOS: | Este procedimiento establece la metodología para llevar a cabo auditorias internas para determinar si el sistema es conforme con la disposiciones planificadas, con los requisitos de la Norma Técnica Colombiana NTC-GP 1000 y con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecido por la organización, y que se ha implementado y se mantiene de manera eficaz. |
| ALCANCE: | Desde la selección del proceso a auditar hasta el cierre de la auditoría. |
| PERÍODO DE APLICACION: | Periódico |

6. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO


| No. | Actividad | Responsable | Registro |
|-------|---|---|---|
| 1.1 | Inicio de la auditoria | | |
| 1.1.1 | Designar los miembros del equipo auditor (auditor líder y auditores), teniendo en cuenta la competencia necesaria para lograr los objetivos de la auditoría, así mismo define y designa la responsabilidad y autoridad de dichos miembros. Tanto la competencia como la responsabilidad y autoridad, están definidas en la descripción del respectivo cargo. | Equipo directivo MECI-Calidad | Acta de comité de coordinación del sistema de control interno |
| 1.1.2 | Realizar cada año la programación de las auditorias con el fin de organizar el tipo y número de auditorias, y para que se proporcionen todos los recursos para llevarlas a cabo de forma eficaz y eficiente dentro de los plazos establecidos. Dicha programación queda registrada en el calendario de auditoría (codigo), el cual es llevado para revisión y aprobación por el Representante de la Dirección. | Equipo directivo MECI-Calidad y Auditor líder | Calendario de auditoria interna |
| 1.2 | Revisión de la documentación | | |
| 1.2.1 | Antes de la iniciación de las actividades de auditoria en sitio, es preciso revisar la documentación del auditado para determinar la conformidad del sistema de acuerdo con los | Líder del equipo auditor | _____ |

| | | |
|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Elaboro: Oficina de calidad | Reviso: Comité MECI y Calidad | Autorizo: Martín E Rodríguez Cargo: Gerente |
| Fecha: 2009/10/15 | Fecha: 2009/10/20 | Fecha: 2009/10/25 |

| | | | |
|--|--|------------|--------------------|
|  | PROCESOS DE EVALUACIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS | | |
| | Fecha: | 2009/10/30 | Código: PAI-001 |


| No. | Actividad | Responsable | Registro |
|------------|--|---|---|
| | <p>criterios de auditoría.</p> <p>Si se encuentra que la documentación es inadecuada, el líder del equipo auditor informa al auditado y decide si continua o suspende la auditoría hasta que los problemas de documentación se resuelvan.</p> | | |
| 1.3 | Preparación de las actividades de auditoría | | |
| 1.3.1 | Preparar un plan de auditoría, que proporcione la base para el acuerdo entre el equipo auditor y el auditado, respecto a la realización de la auditoría. Este plan facilita la extensión y límites, el período de tiempo cubierto y los criterios frente a la cual se determina la conformidad, además del establecimiento de los horarios y la coordinación de las actividades de la auditoría. | Líder del equipo auditor | Plan de auditoría, |
| 1.3.2 | Revisar la información pertinente a las tareas asignadas y preparar los documentos de trabajo que sean necesarios como referencia y registro del desarrollo de la auditoría. Tales documentos de trabajo incluyen listas de verificación y formatos para registrar información como hallazgos de auditoría, así como registros de las reuniones. | Miembros del equipo auditor | _____ |
| 1.4 | Realización de las actividades de auditoría | | |
| 1.4.1 | Se realiza una reunión de apertura con el equipo directivo MECI-Calidad y miembros del equipo auditor y, cuando sea apropiado, con aquellos responsables para las funciones o procesos que se van a auditar. El propósito de la reunión de apertura es: confirmar el plan de auditoría, confirmar los canales de comunicación, y proporcionar al auditado la oportunidad de realizar preguntas. | Equipo directivo MECI-Calidad y Miembros del equipo auditor | Registro de asistencia a reunión de apertura y cierre |
| 1.4.2 | Recopilar mediante un muestreo apropiado y verificar la información pertinente para los objetivos, el alcance y los | Miembros del equipo auditor | Lista de verificación para auditoría de calidad |

| | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------|-----|
| Elaboro: Oficina de calidad | Reviso: Comité MECI y Calidad | Autorizo: Martín E Rodríguez | 206 |
| Cargo: Gerente | | | |
| Fecha: 2009/10/15 | Fecha: 2009/10/20 | Fecha: 2009/10/25 | |

| | | | |
|--|--|------------|---------------------------------------|
|  | PROCESOS DE EVALUACIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS | | |
| | Fecha: | 2009/10/30 | Código: PAI-001 |
| | | | Versión : 02 <hr/> Pág. 307 de 356 |

| No. | Actividad | Responsable | Registro |
|-------|--|---|---|
| | <p>criterios de la misma, incluyendo la información relacionada con las interrelaciones entre funciones, actividades y procesos. Solo la información que es verificable puede constituir evidencia de la auditoría. La evidencia de la auditoría se registra en el formato "lista de verificación para auditoría de calidad".</p> <p>Los métodos para recopilar esta información incluyen entrevistas, observación de actividades, y revisión de documentos.</p> | | |
| 1.4.3 | La evidencia de la auditoría es evaluada frente a los criterios de auditoría para generar los hallazgos de la auditoría. Los hallazgos de la auditoría pueden indicar tanto conformidad como no conformidad con los criterios de auditoría, así mismo identificar una oportunidad de mejora. | Miembros del equipo auditor | Lista de verificación para auditoría de calidad |
| 1.4.4 | El equipo auditor se reúne antes de la reunión de cierre para revisar los hallazgos de la auditoría, acordar las conclusiones de la auditoría, preparar recomendaciones y comentar el seguimiento de la auditoría. | Miembros del equipo auditor | _____ |
| 1.4.5 | Realizar la reunión de cierre para presentar los hallazgos y conclusiones de la auditoría de tal manera que sean comprendidos y reconocidos por el auditado, y para ponerse de acuerdo, si es necesario, en el intervalo de tiempo para que el auditado presente un plan de acciones correctivas y preventivas. | Equipo directivo MECI-Calidad y Miembros del equipo auditor | Registro de asistencia a reunión de apertura y cierre |
| 1.5 | Preparación, aprobación y distribución del informe de auditoría | | |


| | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|---|------------|
| Elaboro: Oficina de calidad | | Reviso: Comité MECI y Calidad | | Autorizo: Martín E Rodríguez ³⁰⁷ Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/15 | Fecha: | 2009/10/20 | Fecha: | 2009/10/25 |

| | | | |
|--|--|---------------------------|--|
|  | PROCESOS DE EVALUACIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS | | |
| | Fecha: 2009/10/30 | Código: PAI-001 | Versión : 02 Pág. 308 de 356 |

| No. | Actividad | Responsable | Registro |
|------------|---|--------------------------|------------------------------------|
| 1.5.1 | Preparar el informe de la auditoría y entregar al Representante de la dirección junto con los formatos para acciones correctivas apropiadamente llenadas que hayan surgido como resultado de la auditoría para su respectiva revisión y aprobación. El informe de auditoría aprobado es distribuido junto con los formatos para acciones correctivas por el Representante de la dirección a los líderes o responsables de los procesos para hacer las anotaciones pertinentes, siguiendo el procedimiento de acción correctiva. | Líder del equipo auditor | Informe de auditoría, |
| 1.6 | Realización de las actividades de seguimiento de la auditoría | | |
| 1.6.1 | Si surge la necesidad de tomar una acción correctiva como resultado de una no conformidad detectada durante la auditoría, el líder del equipo auditor asignará a un auditor interno para llevar a cabo una auditoría de seguimiento al cabo de 45 días aproximadamente de la fecha de la auditoría original. El objetivo de tales auditorías de seguimiento será establecer los resultados alcanzados para cada acción correctiva surgida de la auditoría original. Al concluir una auditoría de seguimiento, el líder del equipo auditor preparará un informe del estado de las acciones correctivas y lo presenta al gerente para la respectiva revisión gerencial. | Líder del equipo auditor | Estado de las acciones correctivas |
| 1.7 | Evaluación de los auditores | | |
| 1.7.1 | Evaluar el desempeño de los auditores para identificar las necesidades de mantenimiento y mejora de sus conocimientos y habilidades. | Líder del equipo auditor | Evaluación de auditores internos, |


2. REFERENCIA

| | | |
|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Elaboro: Oficina de calidad | Reviso: Comité MECI y Calidad | Autorizo: Martín E Rodríguez Cargo: Gerente |
| Fecha: 2009/10/15 | Fecha: 2009/10/20 | Fecha: 2009/10/25 |

| | | | |
|--|--|---------------------------|--|
|  | PROCESOS DE EVALUACIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS | | |
| | Fecha: 2009/10/30 | Código: PAI-001 | Versión : 02 Pág. 309 de 356 |

| |
|---|
| RESPONSABILIDADES |
| <ul style="list-style-type: none"> • Elabora: Persona competente y responsable de elaborar el documento • Revisó: Persona competente, responsable y con la autoridad necesaria para la revisión de los documentos, pudiendo aportar ideas al documento con el fin de liberarlo hacia la aprobación o desestimarlos si lo considera conveniente. • Aprobó: Persona competente, responsable y con la autoridad necesaria para aprobar o desestimar los documentos una vez hayan sido revisados |
| GLOSARIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Auditoria: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencia de la auditoria y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoria. • Programa de la auditoria: Conjunto de una o más auditorias planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico. • Criterios de la auditoria: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencia. • Evidencia de la auditoria: Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoria y que son verificables. • Nota. La evidencia de la auditoria puede ser cualitativa o cuantitativa. <p>Hallazgos de la auditoria: Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoria recopilada frente a los criterios de auditoria.</p> <p>Nota. Los hallazgos de la auditoria pueden indicar conformidad o no conformidad con los criterios de auditoria, u oportunidades de mejora.</p> <p>Conclusiones de la auditoria: Resultado de una auditoria que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoria y todos los hallazgos de la auditoria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cliente de la auditoria: Organización o persona que solicita una auditoria. • Auditado: Organización que es auditada. • Auditor: Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoria. • Equipo auditor: Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoria. • Notas. Un auditor del equipo auditor se designa generalmente como auditor jefe del equipo. • El equipo auditor puede incluir auditores en formación y, cuando sea preciso, expertos técnicos • Los observadores pueden acompañar al equipo auditor pero no actúan como parte del mismo. |

| | | |
|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Elaboro: Oficina de calidad | Reviso: Comité MECI y Calidad | Autorizo: Martín E Rodríguez Cargo: Gerente |
| Fecha: 2009/10/15 | Fecha: 2009/10/20 | Fecha: 2009/10/25 |

| | | | |
|--|--|------------|--------------------|
|  | PROCESOS DE EVALUACIÓN | | |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS | | |
| | Fecha: | 2009/10/30 | Código: PAI-001 |

Experto técnico: Persona que aporta experiencia o conocimientos específicos con respecto a la materia que se vaya a auditar.

Notas. La experiencia o conocimientos técnicos incluyen conocimientos o experiencia en la organización, proceso o actividad a ser auditada, así como orientaciones lingüísticas o culturales.

- Un experto técnico no actúa como un auditor en el equipo auditor.
- **Programa de auditoria:** Conjunto de una o más auditorias planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.
- **Plan de auditoria:** Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría
- **Alcance de la auditoria:** Extensión y límites de una auditoría.
- **Competencia:** Atributos personales y aptitud demostrada para alcanzar conocimientos y habilidades.

OBSERVACIONES (las que se considere importante resaltar de acuerdo con la norma y la gestión institucional)

- Es responsabilidad del Representante de la Dirección asegurarse de que los miembros del equipo auditor interno sean competentes; los registros de dicha competencia se encuentran conservados en el archivo de la oficina de talento humano.
- En el transcurso de un año, se someterán a auditoría cuando menos dos veces todas las partes del sistema de gestión de la calidad. Las fechas para la realización de la auditoría se indican en el calendario de auditorias .
- Los guías y observadores pueden acompañar al equipo auditor, pero no forman parte del mismo. No deben influir ni inferir en la realización de la auditoría. Cuando el auditado designe guías, éstos deben asistir al equipo auditor y actuar cuando lo solicite el auditor líder del equipo auditor.

3. CONTROL DE CAMBIOS

| FECHA | RESPONSABLE | CAMBIO | VERSIÓN | ARCHIVO |
|------------|--------------------|----------------------------|---------|---------|
| 2009/10/20 | Oficina de calidad | Encabezado y pie de página | 02 | |
| | | | | |

| | | | | | |
|-----------------------------|------------|-------------------------------|------------|---|------------|
| Elaboro: Oficina de calidad | | Reviso: Comité MECI y Calidad | | Autorizo: Martín E Rodríguez ³¹⁰ Cargo: Gerente | |
| Fecha: | 2009/10/15 | Fecha: | 2009/10/20 | Fecha: | 2009/10/25 |

Anexo 26 Programa de auditorias

| | |
|-------------------------------|--|
| OFICINA PRODUCTORA: | OFICINA DE CALIDAD |
| OBJETIVOS: | Establecer el número de auditorías y su fecha para el programa de auditoría. |
| ALCANCE: | Desde la selección del proceso a auditar hasta el cierre de la auditoría. Enero - Marzo de 2010. |
| PERÍODO DE APLICACION: | Periódico |

| AUDITORIAS | PROCESOS A AUDITAR | FECHA | RESPONSABLE |
|-------------------------------|--|----------------------------|-------------------------------------|
| 1 | GESTION DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | 12 y 13 de Enero de 2010. | Martín Emilio Rodríguez |
| | GESTION MERCADEO Y COMUNICACIÓN | | Martín Emilio Rodríguez |
| | AMBULATORIOS | | Pablo Emilio Torres |
| | URGENCIAS | | Gabriel Zambrano |
| | APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO | | Edilberto sarmiento |
| | GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE | | Jorge Augusto Gonzáles |
| | GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y LOGÍSTICA | | Samuel Ardila |
| | GESTIÓN AMBIENTAL | | José Emil Torres |
| | GESTIÓN JURÍDICA | | Mauricio Saavedra |
| | FACTURACION Y CARTERA | | Maria Isabel Meléndez |
| | ADQUISICIÓN BIENES Y SERVICIOS | | Dalia Astrith Arias |
| | GESTION DOCUMENTAL | | José Ignacio Villamizar |
| | TALENTO HUMANO | | Samuel Ardila |
| | CONTROL INTERNO | | Mery Luz Hernández |
| CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO | Claudia Hernández | | |
| CONTROL AL S.G.C. | Carmen | | |
| 2 | Serán auditados todos los procesos auditados en la primera auditoria | 10 y 11 de Marzo de 2010. | Los mismos de la primera auditoria. |
| 3 | Serán auditados todos los procesos auditados en la primera auditoria | 13 y 14 de julio de 2010 | Los mismos de la primera auditoria. |
| 4 | Serán auditados todos los procesos auditados en la primera auditoria | 15 y 16 de Agosto del 2010 | Los mismos de la primera auditoria. |

Anexo 27 Plan de auditorias

| | |
|-------------------------------|--|
| OFICINA PRODUCTORA: | OFICINA DE CALIDAD |
| OBJETIVOS: | Verificar la implantación y aplicación del sistema de gestión de calidad, identificar las deficiencias y promover medidas para subsanarlas, disponer de resultados para análisis en la revisión por la dirección |
| ALCANCE: | Desde la selección del proceso a auditar hasta el cierre de la auditoría. |
| PERÍODO DE APLICACION: | Periódico |
| AUDITOR LIDER | Primera: Laura Duarte |
| | Segunda: Javier García Gálvez |
| EQUIPO AUDITOR | Primera: Doris Cecilia Velasco, Dalia Astrid Arias, Pablo Emilio Torres, Samuel Ardilla, Jorge Merchán, Javier García y estudiantes UIS. |
| | Segunda: Estudiantes uis |

| PROCESOS A AUDITAR | FECHA | HORA | | AUDITADO |
|--------------------------------------|---------------------------------|--------|-------|-------------------------|
| | | INICIO | FINAL | |
| Gestión direccionamiento estratégico | Primera auditoria 12/01/2010 | 8:30 | 10:00 | Martín Emilio Rodríguez |
| Gestión mercadeo y comunicación | | 8:30 | 10:00 | Martín Emilio Rodríguez |
| Ambulatorios | Segunda auditoria 10/03/2010 | 10:00 | 12:00 | Pablo Emilio Torres |
| Urgencias | | 10:00 | 12:00 | Gabriel Zambrano |
| Apoyo diagnostico y terapéutico | Tercera auditoria 13/07/2010 | 14:30 | 16:00 | Edilberto sarmiento |
| Gestión financiera y contable | Cuarta auditoria 15/09/2010 | 14:30 | 16:00 | Jorge Augusto González |
| Gestión administrativa y logística | | 16:00 | 17:30 | Samuel Ardila |
| Gestión ambiental | | 16:00 | 17:30 | José Emil Torres |
| Gestión jurídica | | 8:30 | 10:00 | Mauricio Saavedra |
| Facturación y cartera | Primera auditoria 13/01/2010 | 8:30 | 10:00 | María Isabel Meléndez |
| Adquisición bienes y servicios | Segunda auditoria 11/03/2010 | 10:00 | 12:00 | Dalia Astrith Arias |
| Gestión documental | | 10:00 | 12:00 | José Ignacio Villamizar |
| Talento humano | Tercera auditoria 14/07/2010 | 14:30 | 16:00 | Samuel Ardila |
| Control interno | | 14:30 | 16:00 | Mery Luz Hernández |
| Control interno disciplinario | Cuarta auditoria 16/09/2010 | 16:00 | 17:30 | Claudia Hernández |
| Control al s.g.c. | | 16:00 | 17:30 | Carmen Zambrano |

Anexo 28 Lista de chequeo

| | | |
|----------------|----------|--------|
| AUDITOR LIDER: | PROCESO: | FECHA: |
|----------------|----------|--------|

| REQUISITO NTC GP 1000:2004 | CUMPLIMIE NTO | HALLAZGO |
|--|---|----------|
| 4.1 SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD | | |
| ¿Tiene la organización identificados los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la misma? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| ¿Tiene la organización determinada la secuencia e interacción de estos procesos? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| ¿Tiene la organización determinados los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| ¿Se asegura la organización de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| ¿Realiza la organización el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| ¿La organización implementa las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| ¿La organización contrata externamente algún proceso que afecte la conformidad del servicio con los requisitos? ¿Se asegura la organización de controlar tales procesos? ¿El control sobre dichos procesos contratados externamente está identificado dentro del sistema de gestión de la calidad? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 4.2 REQUISITOS DE DOCUMENTACION | | |
| <p>4.2.2 Manual de la calidad Tiene establecido y mantenido la organización, un manual de la calidad que incluya:</p> <p>a) ¿el alcance del sistema de gestión de calidad, incluyendo los detalles y la justificación de cualquier exclusión?</p> <p>b) ¿los procedimientos documentados establecidos para el sistema de calidad, o referencia a los mismos? y</p> <p>c) ¿una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de calidad?</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| <p>4.2.3 Control de los documentos Tiene establecida la organización un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para:</p> <p>a) ¿aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión?</p> <p>b) ¿revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente?</p> <p>c) ¿asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de revisión actual de los documentos?</p> <p>d) ¿asegurarse de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso?</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>e) ¿asegurarse de que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables?</p> <p>f) ¿asegurarse de que se identifican los documentos de origen externo y se controla su distribución? y</p> <p>g) ¿prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón?</p> | | |
| <p>4.2.4 Control de los registros ¿Tiene establecido la organización un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros?</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 5.3 POLITICA DE LA CALIDAD | | |
| <p>La alta dirección se asegura de que la política de la calidad:</p> <p>a) ¿es adecuada al propósito de la organización?</p> <p>b) ¿incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad?</p> <p>c) ¿proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad?</p> <p>d) ¿es comunicada y entendida dentro de la organización?, y</p> <p>e) ¿es revisada para su continua adecuación?</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 5.4 PLANIFICACION | | |
| <p>5.4.1 Objetivos de la calidad ¿Se asegura la alta dirección de que los objetivos de la calidad, incluyendo aquellos necesarios para cumplir los requisitos para el servicio (véase 7.1 a)), se establecen en las funciones y niveles pertinentes dentro de la organización?</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| <p>¿Los objetivos de la calidad son medibles y coherentes con la política de la calidad?</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| <p>5.4.2 Planificación del SGC: La alta dirección se asegura de que:</p> <p>a) ¿la planificación del sistema de gestión de la calidad se realiza con el fin de cumplir los requisitos citados en 4.1, así como los objetivos de la calidad? y</p> <p>b) ¿se mantiene la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planifican e implementan cambios en éste?</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 5.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACION | | |
| <p>5.5.1 Responsabilidad y autoridad: ¿La alta dirección se asegura de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la organización?</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| <p>5.5.2 Representante de la dirección La alta dirección tiene designado un miembro de la dirección quien, con independencia de otras responsabilidades, tenga la responsabilidad y autoridad que incluya:</p> <p>a) ¿el asegurarse de que se establecen,</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>implementan y mantienen los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad?</p> <p>b) ¿informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y de cualquier necesidad de mejora? y,</p> <p>c) ¿asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la organización?</p> | | |
| <p>5.5.3 Comunicación interna ¿La alta dirección se asegura de que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia del sistema de gestión de la calidad?</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 5.6 REVISION POR LA DIRECCION | | |
| <p>5.6.1 Generalidades: ¿La alta dirección revisa a intervalos planificados, el sistema de gestión de la calidad de la organización, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas?</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| <p>¿Dicha revisión incluye la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluyendo la política de la calidad y los objetivos de la calidad?</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| <p>¿Se mantienen registros de las revisiones por la dirección?</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| <p>5.6.2 Información para la revisión: La información de entrada para la revisión por la dirección incluye:</p> <p>a) ¿resultados de auditorías?</p> <p>b) ¿retroalimentación del cliente?</p> <p>c) ¿desempeño de los procesos y conformidad del servicio?</p> <p>d) ¿estado de las acciones correctivas y preventivas?</p> <p>e) ¿acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas?</p> <p>f) ¿cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad?, y</p> <p>g) ¿recomendaciones para la mejora?</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| <p>5.6.3 Resultados de la revisión: Los resultados de la revisión por la dirección incluye todas las decisiones y acciones relacionadas con:</p> <p>a) ¿la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos?</p> <p>b) ¿la mejora del servicio en relación con los requisitos del cliente? y</p> <p>c) ¿las necesidades de recursos?</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 6.2 RECURSOS HUMANOS | | |
| <p>6.2.1 Generalidades ¿El personal que realiza trabajos que afectan a la calidad del servicio es competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas?</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| <p>6.2.2 Competencia, toma de conciencia y formación: La organización:</p> <p>a) ¿tiene determinada la competencia necesaria</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>para el personal que realiza trabajos que afectan a la calidad del servicio?</p> <p>b) ¿proporcionar formación o tomar otras acciones para satisfacer dichas necesidades?</p> <p>c) ¿evalúa la eficacia de las acciones tomadas?</p> <p>d) ¿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 la calidad? y</p> <p>e) ¿mantiene los registros apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia?</p> | | |
| 6.3 INFRAESTRUCTURA | | |
| <p>La organización determina, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del servicio, incluyendo cuando sea aplicable:</p> <p>a) ¿edificios, espacio de trabajo y servicios asociados?</p> <p>b) ¿equipo para los procesos, (tanto hardware como software)? y</p> <p>c) ¿servicios de apoyo tales (como transporte o comunicación)?</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 6.4 AMBIENTE DE TRABAJO | | |
| ¿La organización determina y gestiona el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del servicio? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 7 REALIZACION DEL SERVICIO O SERVICIO | | |
| 7.1 PLANIFICACION DE LA REALIZACION DEL SERVICIO O SERVICIO | | |
| ¿La organización planifica y desarrolla los procesos necesarios para la realización del servicio? ¿La planificación de la realización del servicio es coherente con los requisitos de los otros procesos del sistema de gestión de la calidad? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| <p>¿Durante la planificación de la realización del servicio, la organización determina, cuando sea apropiado, lo siguiente?</p> <p>a) ¿los objetivos de la calidad y los requisitos para el servicio?</p> <p>b) ¿la necesidad de establecer procesos, documentos y de proporcionar recursos específicos para el servicio?</p> <p>c) ¿las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayo/prueba específicas para el servicio así como los criterios para la aceptación del mismo?</p> <p>d) ¿los registros que sean necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de realización y el servicio resultante cumplen los requisitos?</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| ¿El resultado de la planificación se presenta de forma adecuada para la metodología de operación de la organización? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON LOS CLIENTES | | |
| <p>7.2.1 Determinación de los requisitos del servicio: La organización determina</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |

| | | |
|--|---|--|
| <p>a) ¿los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma?</p> <p>b) ¿los requisitos no establecidos por el cliente pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto, cuando sea conocido?</p> <p>c) ¿los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el servicio? y</p> <p>d) ¿cualquier requisito adicional determinado por la organización?</p> | | |
| <p>7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el servicio: ¿La organización revisa los requisitos relacionados con el servicio? ¿Esta revisión se efectúa antes de que la organización se comprometa a proporcionar un servicio al cliente (por ejemplo envío de ofertas, aceptación de contratos o pedidos, aceptación de cambios en los contratos o pedidos)? y ¿se asegura de que?</p> <p>a) ¿están definidos los requisitos del servicio?</p> <p>b) ¿están resueltas las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente? y</p> <p>c) ¿la organización tiene la capacidad para cumplir con los requisitos definidos?</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| <p>¿Mantienen registros de los resultados de la revisión y de las acciones originadas por la misma?</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| <p>¿Cuando el cliente no proporcione una declaración documentada de los requisitos, la organización confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación?</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| <p>¿Cuando se cambien los requisitos del servicio, la organización se asegura de que la documentación pertinente sea modificada y de que el personal correspondiente sea consciente de los requisitos modificados?</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| <p>7.2.3 Comunicación con el cliente: La organización determina e implementa disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a:</p> <p>a) ¿la información sobre el servicio?</p> <p>b) ¿las consultas, contratos o atención de pedidos, incluyendo las modificaciones? y</p> <p>c) ¿la retroalimentación del cliente, incluyendo sus quejas?</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 7.4 COMPRAS | | |
| <p>7.4.1 Proceso de compras: ¿La organización se asegura de que el servicio adquirido cumple los requisitos de compra especificados? ¿El tipo y alcance del control aplicado al proveedor y al servicio adquirido dependen del impacto del servicio adquirido en la posterior realización del servicio o sobre el servicio final?</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| <p>¿La organización evalúa y selecciona los proveedores en función de su capacidad para suministrar servicios de acuerdo con los requisitos de la organización? ¿Se tienen establecidos los criterios para la selección, la evaluación y la re-evaluación?</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| <p>¿Se mantienen los registros de los resultados de las evaluaciones y de cualquier acción necesaria que</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |

| | | |
|---|---|--|
| se derive de las mismas? | | |
| <p>7.4.2 Información de las compras: La información de las compras describe el servicio a comprar, incluyendo, cuando sea apropiado:</p> <p>a) ¿los requisitos para la aprobación del servicio, procedimientos, procesos y equipos? b) ¿requisitos para la calificación del personal? y c) ¿requisitos del sistema de gestión de la calidad?</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| ¿La organización se asegura de la adecuación de los requisitos de compra especificados antes de comunicárselos al proveedor? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| <p>7.4.3 verificación de los servicios comprados: ¿La organización tiene establecida e implementada la inspección u otras actividades necesarias para asegurarse de que el servicio comprado cumple los requisitos de compra especificados?</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| ¿Cuando la organización o su cliente quieran llevar a cabo la verificación en las instalaciones del proveedor, la organización establece en la información de compra las disposiciones para la verificación pretendida y el método para la liberación del servicio? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 7.5 PRODUCCION Y PRESTACION DEL SERVICIO | | |
| <p>7.5.1 control de la producción y de la prestación del servicio: ¿La organización planifica y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas? Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable</p> <p>a) la disponibilidad de información que describa las características del servicio, b) la disponibilidad de instrucciones de trabajo, cuando sea necesario, c) el uso del equipo apropiado, d) la disponibilidad y uso de dispositivos de seguimiento y medición, e) la implementación del seguimiento y de la medición, y f) la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| <p>7.5.2 validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio</p> <p>NO APLICA POR EXCLUSION</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| <p>7.5.3 Identificación y trazabilidad ¿La organización identifica el servicio por medios adecuados, a través de toda la realización del servicio? ¿La organización identifica el estado del servicio con respecto a los requisitos de seguimiento y medición?</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| <p>7.5.4 Propiedad del cliente ¿La organización cuidar los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo el control de la organización o estén siendo utilizados por la misma? ¿La organización identifica, verifica, protege y salvaguarda los bienes que son propiedad del cliente suministrados para su utilización o incorporación dentro del servicio? ¿La organización registra y comunica al cliente cualquier bien que sea</p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |

| | | |
|--|---|--|
| propiedad del cliente que se pierda, deteriore o que de algún otro modo se considere inadecuado para su uso? | | |
| 7.5.5 Preservación del servicio ¿La organización 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? ¿La preservación se aplica también, a las partes constitutivas de un servicio? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 7.6 CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN | | |
| ¿La organización determina el seguimiento y la medición a realizar, y los dispositivos de medición y seguimiento necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del servicio con los requisitos determinados según 7.2.1? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| ¿La organización tiene establecidos 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? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Cuando sea necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición se: a) ¿calibra o verifica a intervalos especificados o antes de su utilización, comparado con patrones de medición trazables a patrones de medición nacional o internacional? ¿cuando no existan tales patrones se registra la base utilizada para la calibración o la verificación? b) ¿ajusta o reajusta según sea necesario? c) ¿identifica para poder determinar el estado de calibración? d) ¿protegerse contra ajustes que pudieran invalidar el resultado de la medición? e) ¿protege contra los daños y el deterioro durante la manipulación, el mantenimiento y el almacenamiento? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| ¿La organización evalúa y registra la validez de los resultados de las mediciones anteriores cuando se detecte que el equipo no está conforme con los requisitos? ¿La organización toma las acciones apropiadas sobre el equipo y sobre cualquier servicio afectado? ¿Se mantienen registros de los resultados de la calibración y la verificación? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 8 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA | | |
| 8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN | | |
| 8.2.1 Satisfacción del cliente ¿La organización realiza el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos? ¿Se tienen determinados los métodos para obtener y utilizar dicha información? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 8.2.2 Auditoría Interna La organización lleva a cabo a intervalos planificados auditorías internas para determinar si el sistema de gestión de la calidad: a) ¿es conforme con las disposiciones planificadas (véase 7.1), con los requisitos de esta Norma Internacional y con los requisitos del sistema de gestión de la calidad | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |

| | | |
|---|---|--|
| establecidos por la organización? y b) ¿se ha implementado y se mantiene de manera eficaz? ¿Se tiene planificado 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? | | |
| ¿Se tienen definidos los criterios de auditoría, el alcance de la misma, su frecuencia y metodología? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| ¿La selección de los auditores y la realización de las auditorías aseguran la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría? ¿Los auditores no auditan su propio trabajo? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| ¿Se tiene definido, en un procedimiento documentado, las responsabilidades y requisitos para la planificación y la realización de auditorías, para informar de los resultados y para mantener los registros? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| ¿La dirección responsable del área que esté siendo auditada se asegura de que se toman acciones sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas? ¿Las actividades de seguimiento incluyen la verificación de las acciones tomadas y el informe de los resultados de la verificación? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos ¿La organización aplica métodos apropiados para el seguimiento, y cuando sea aplicable, la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad? ¿Estos métodos demuestran la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados? ¿Cuando no se alcanzan los resultados planificados, se llevan a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente, para asegurarse de la conformidad del servicio? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 8.2.4 Seguimiento y medición del servicio ¿La organización 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 según 7.1? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| ¿Se mantiene evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación? ¿Los registros indican la(s) persona(s) que autoriza(n) la liberación del servicio? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| ¿La liberación del servicio y la prestación del servicio se lleva a cabo hasta que se hayan completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas según 7.1 a menos que sean aprobados de otra manera por una autoridad pertinente y, cuando corresponda, por el cliente? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 8.3 CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME ¿La organización se asegura de que el servicio que no sea conforme con los requisitos, se identifica y aísla para prevenir su uso o entrega no intencional? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| ¿Los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del servicio no conforme están definidos en un procedimiento documentado? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| ¿Se mantienen registros de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluyendo las concesiones que se hayan obtenido? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |

| | | |
|---|---|--|
| ¿Cuando se corrige un servicio no conforme, se somete a una nueva verificación para demostrar su conformidad con los requisitos? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| ¿Cuando se detecta un servicio no conforme después de la entrega o cuando ha comenzado su uso, la organización toma las acciones apropiadas respecto a los efectos, o efectos potenciales, de la no conformidad? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 8.4 ANÁLISIS DE DATOS | | |
| ¿La organización determina, recopila y analiza los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad? ¿Esto incluye los datos generados del resultado del seguimiento y medición y de cualesquiera otras fuentes pertinentes? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| ¿El análisis de datos proporciona información sobre? a) la satisfacción del cliente, b) la conformidad con los requisitos del servicio, c) las características y tendencias de los procesos y de los servicios, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas, y d) los proveedores. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 8.5.1 Mejora continua ¿La organización mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 8.5.2 Acción correctiva ¿La organización 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? Se tiene establecido un procedimiento documentado para definir los requisitos para: a) ¿revisar las no conformidades (incluyendo las quejas de los clientes)? b) ¿determinar las causas de las no conformidades? c) ¿evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir? d) ¿determinar e implementar las acciones necesarias? e) ¿registrar los resultados de las acciones tomadas? f) ¿revisar las acciones correctivas tomadas? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 8.5.2 Acción preventiva ¿La organización determina acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia? ¿Las acciones preventivas son apropiadas a los efectos de los problemas potenciales? Se tiene establecido un procedimiento documentado para definir los requisitos para: | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |

| | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> a) ¿determinar las no conformidades potenciales y sus causas? b) ¿evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades? c) ¿determinar e implementar las acciones necesarias? d) ¿registrar los resultados de las acciones tomadas? e) ¿revisar las acciones preventivas tomadas? | | |
|---|--|--|

Anexo 29 Asistencia reunión de apertura



GUANE

ESE CLINICA GUANE Y SU RIS
LISTADO DE ASISTENCIA

| TEMA : | | REUNION APERTURA DE AUDITORIA DE CALIDAD | | |
|-------------|-----------------------------|---|------------------|---------|
| FACILITADOR | | JAVIER GARCIA GELVEZ MAURICIO CARRILLO FLOREZ EDGAR ALFONSO HERRERA | FECHA | |
| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | CARGO | LUGAR DE TRABAJO | FIRMA |
| 1 | Mery Luz Hernández Lopez | Jefe of. Control de Calidad | Clinica Guane. | [Firma] |
| 2 | Doris E. Velasco V. | Prof. Univ. Planeación | Clinica Guane | [Firma] |
| 3 | Jorge Augusto González P | Contador | Clinica Guane | [Firma] |
| 4 | José J. Villanueva | ARCAHO | Clinica. | [Firma] |
| 5 | Carmen X. [Firma] | Mobilización | Clinica Guane | [Firma] |
| 6 | [Firma] | Coord. Carden | Clinica Guane | [Firma] |
| 7 | Elsa J. [Firma] | Auxiliar Almacénista | Clinica Guane | [Firma] |
| 8 | JAVIER GARCIA GELVEZ | ASESOR CALIDAD | ESE GUANE | [Firma] |
| 9 | Samuel Ardila Rueda. | Subdirector Adm | Clinica. | [Firma] |
| 10 | Claudia P. Hernández | C.I. [Firma] | Clinica Guane | [Firma] |
| 11 | Edilberto Sarmiento Cuadros | Subdirector Control de Calidad | Clinica Guane | [Firma] |
| 12 | José Emilio Torres G. | Téc. SAN-AMB. | CLINICA GUANE | [Firma] |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |

Anexo 30 Informe primera auditoria interna

INFORME DE AUDITORIA

NTC – GP 1000:2004

ESE CLINICA GUANE RIS

Auditor líder: Dra. Laura Duarte

Demás integrantes del equipo auditor: Dres. Doris Cecilia Velasco, Dalia

Astrid Arias, Pablo Emilio Torres, Samuel Ardila, Jorge

Merchán, Javier García

Estudiantes UIS: Jesús Mauricio Carrillo y Edgar Alfonso Herrera

FLORIDABLANCA

2009

I. PROPOSITO DE LA AUDITORIA.

Proporcionar a la alta dirección de la ESE CLINICA GUANE RIS, información respecto al estado actual de la implementación del sistema de gestión de la calidad de la Entidad, de acuerdo con los requisitos establecidos en las norma NTC-GP 1000:2004 e identificar las áreas débiles y las áreas de fortalezas.

II. LIMITACIONES DE LA AUDITORIA.

La auditoria interna se realizó durante un día, empleando siete (7) auditores, para un total de 28 horas.

Los auditores evaluaron todos los procesos del sistema de gestión de la calidad de la Entidad, haciendo el mejor uso del tiempo disponible.

La alta dirección de la ESE CLINICA GUANE RIS debe estar enterada y consciente que la auditoria de certificación, será conducida con mayor detalle y profundidad.

La alta dirección de la ESE CLINICA GUANE RIS debe realizar esfuerzos adicionales para mejorar su sistema de gestión de la calidad internamente, así como monitorear al avance de los planes de acción mediante un efectivo liderazgo, con el fin de garantizar el adecuado grado de conformidad del sistema de gestión de la calidad antes de solicitar la auditoria de certificación.

III. REUNION DE APERTURA.

Una reunión de apertura fue conducida en la oficina que la Entidad prestó al Asesor. El propósito, objetivo, alcance y metodología de la auditoria interna fueron explicados por parte del Auditor Líder. Algunas preguntas e inquietudes de los asistentes fueron contestadas por éste.

Los nombres y firmas de los asistentes a la reunión de apertura se encuentran registrados en el formato de “reunión de apertura de auditoria interna”, el cual se anexa al presente informe.

IV. AUDITORÍA EN SITIO.

La auditoria interna fue realizada en las instalaciones administrativas de la organización. Los integrantes del equipo auditor revisaron hasta donde el tiempo lo permitió, las actividades, la documentación existente, los procedimientos, las instrucciones de operación y los registros.

Al inicio de la auditoria interna los líderes y/o representantes de los procesos del sistema de gestión de la calidad de la Entidad, realizaron una presentación del sistema de gestión de la calidad de los procesos respectivos.

El nivel actual de implantación y de eficacia del sistema de gestión de la calidad, se determinó a través de las entrevistas con el personal y la revisión de la documentación referenciada en el manual de la calidad de la Entidad, concretamente en las caracterizaciones de los procesos.

V. RESUMEN Y ASPECTOS GENERALES.

La auditoria interna se realizó en todos los procesos del sistema de gestión de la calidad de la ESE CLINICA GUANE RIS. Los principales puntos de deficiencia son definidos en la siguiente sección.

La Entidad debe realizar acciones correctivas de manera efectiva para eliminar las deficiencias encontradas y optimizar la implementación del sistema de calidad en las áreas identificadas como débiles, así mismo podrá solicitar la auditoria de certificación cuando consideren que el sistema de gestión de la calidad esté operando eficazmente en todas las áreas; el tiempo no debería ser inferior a tres (3) meses después de desarrollada esta actividad.

Se sugiere que la alta dirección de la ESE CLINICA GUANE RIS y su equipo de calidad, continúen realizando una revisión crítica a su sistema de gestión de calidad, solucionando las no-conformidades detectadas, para lograr así su maduración dentro de un plazo razonable. Este plazo como se indicó anteriormente no debe ser inferior a tres meses.

El personal de la ESE CLINICA GUANE RIS, debe recordar que las actividades de auditorias internas, son realizadas por muestreo; de tal suerte que si se conoce o

detecta alguna no-conformidad, adicional deben tomar acciones urgentes para corregirlas.

La actividad de revisión y selección de muestras en las auditorias de certificación, son generalmente más profundas que en una auditoria interna por parte de los auditores, pero como la ESE CLINICA GUANE RIS, cuenta con un excelente grupo humano como se pudo evidenciar durante el desarrollo de esta actividad, es altamente probable que ello les permita tener éxito durante la auditoria de certificación.

VI. DETALLES DE LOS HALLAZGOS.

| OPORTUNIDADES DE MEJORA | PROCESO(S) ASOCIADO(S) |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Asegurarse de “controlar” todos los documentos identificados como necesarios para el sistema de gestión de la calidad, de acuerdo con los procedimientos internos que apuntan a dicho propósito; esto por cuanto se pudo observar que existe un gran volumen de documentos circulando sin código de identificación, en formato diferente al definido en el procedimiento, sin identificación del estado de revisión vigente, entre otros aspectos, sin el logo actual de la empresa o en su defecto se evidenciaron No Conformidades Mayores por la ausencia de Procedimientos requisitos de la Norma y la no socialización de los existentes frente a lo establecido en el Numeral 4 de la norma. - Asegurarse de aplicar los controles establecidos para socializar la documentación particular generada en cada proceso y la general aplicable a todos los procesos; esto por cuanto se pudo observar que existe un buen número de servidores públicos que no posee copias actualizadas de los documentos relativos al proceso en el cual están involucrados. - Establecer un sistema que permita la consulta de los documentos del SGC a todos los servidores públicos, asegurando que estos no sean modificados en cuanto a su contenido, excepto previa autorización por parte de una autoridad competente. | <p>Gestión administrativa-gestión documental.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Asegurarse de “controlar” todos los registros exigidos por la norma NTCGP 1000 y los definidos como necesarios por la Entidad de acuerdo con lo establecido por el procedimiento interno respectivo; esto por cuanto se pudo observar que no se han definido en su totalidad los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de dichos registros.</p> | <p>Gestión administrativa-gestión documental.</p> |
| <p>Asegurarse de establecer metodologías apropiadas para lograr que la política y los objetivos de la calidad de la Entidad sean comunicados y entendidos dentro de la organización, esto por cuanto se pudo observar que una importante cantidad de servidores públicos entrevistados dudan sobre el contenido de estos componentes estratégicos, o simplemente no tienen conocimiento sobre estos, esto se evidencia más en los funcionarios o servidores que no están en el nivel administrativo.</p> | <p>Responsabilidad de la dirección.</p> |
| <p>La alta dirección debe asegurarse de proporcionar los recursos necesarios para implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia. Una manera de evidenciar dicho compromiso, es principalmente la creación de una estructura organizativa con responsabilidad y autoridad definidas para apoyar la implementación, el mantenimiento y la evaluación continua de la eficacia del SGC.</p> | <p>Responsabilidad de la dirección.</p> |
| <p>Con el fin de asegurarse de la conveniencia, adecuación y eficacia continuas del sistema de gestión de la calidad de la Entidad, la alta dirección debe asegurarse de revisar dicho sistema de acuerdo con lo establecido en los procedimientos respectivos; esto por cuanto no se demostró por parte del personal responsable del proceso respectivo, evidencia que demuestre tal aplicación</p> | <p>Responsabilidad de la dirección.</p> |
| <p>La organización debe mejorar la metodología para determinar y proporcionar los elementos necesarios para mantener la infraestructura principal para lograr la conformidad con los requisitos del servicio; esto por cuanto se pudo observar que no se cuenta con una reserva mínima de materiales para la reparación de las instalaciones y servicios básicos necesarios para el</p> | <p>Gestión administrativa-recursos físicos.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>funcionamiento. Asegurarse de controlar los dispositivos de medición utilizados en el proceso de gestión, implementación y soporte.</p> | |
| <p>Asegurarse de aplicar las disposiciones establecidas para controlar los servicios no conformes, según procedimiento respectivo; esto por cuanto se pudo evidenciar un escaso nivel de implementación de este elemento en los procesos misionales en los cuales es aplicable este requisito, además el sistema de Gestión documental no da cumplimiento a los requisitos de la Norma como los formatos de registro de las No conformidades, AC,AP.</p> | <p>Todos los procesos misionales</p> |
| <p>Como una de las medidas del desempeño del sistema de gestión de la calidad, la organización debe asegurarse de aplicar las metodologías establecidas para realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la Entidad; igualmente debe asegurarse de aplicar las metodologías establecidas en los procedimientos respectivos para determinar los métodos para obtener y utilizar dicha información.</p> | <p>Todos los procesos misionales y la oficina de PQR</p> |
| <p>La organización debe asegurarse de aplicar los métodos establecidos para la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad para demostrar la capacidad de los mismos para alcanzar los resultados planificados; esto por cuanto se pudo observar que en el proceso de direccionamiento estratégico no tiene definidos o registrados sus indicadores de Gestión en la Caracterización así como otros procesos de apoyo y solo un porcentaje de procesos del SGC viene aplicando dicha medición. Cuando no se alcancen los resultados planificados, deben asegurarse de llevar a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente, para asegurarse de la conformidad del servicio.</p> | <p>Todos los procesos del SGC con la coordinación del proceso de medición y análisis.</p> |
| <p>La organización debe asegurarse de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante la aplicación de acciones correctivas y preventivas, de acuerdo con lo establecido en los procedimientos establecidos.</p> | <p>Todos los procesos del SGC con la coordinación del proceso de medición y análisis.</p> |

VII. REUNION DE CIERRE.

En el horario comprendido entre las 12:00 m a 12:30m . el Auditor líder presentó a los asistentes, las observaciones y hallazgos más relevantes, obtenidos durante la auditoria interna, en las áreas particulares de no-cumplimiento, mencionados en el capítulo anterior. Posterior a la presentación de los hallazgos se dió respuesta a las preguntas y dudas de los asistentes. Cuando hubo un total entendimiento del procedimiento a seguir se dio por terminada la auditoria interna.

VIII. FORTALEZAS:

El Auditor entre otras fortalezas identificadas desea hacer especial mención como fortalezas la apropiada competencia del personal de la Entidad y en concreto el buen interés demostrado por éste para contribuir con el cumplimiento de los objetivos de la organización y los requisitos de las norma NTCGP-1000; igualmente desea destacar las adecuadas instalaciones con que cuenta para el desarrollo de las actividades.

El equipo auditor desea aprovechar la oportunidad para expresar sus agradecimientos a todos los funcionarios de la ESE CLINICA GUANE RIS, por su cordial hospitalidad y sinceridad expresadas durante esta auditoria interna.

Con aprecio,

LAURA M DUARTE

Auditor Sistemas Gestión de Calidad

EC- Esp. Gerencia Calidad y Auditoria en Salud.

Anexo 31 Informe segunda auditoria interna

| | |
|---|---|
| Dirección: Calle 4 No 7-01 Floridablanca Santander. | |
| Gerente: Martin Emilio Rodríguez | |
| Sitios auditados: Sede principal | Fechas de auditoría: 10 y 11 Marzo de 2010 |
| Auditor Líder: Jesús Mauricio Carrillo Edgar Alfonso Herrera | Miembros adicionales del equipo auditor: Martín Emilio Rodríguez, Pablo Emilio Torres, Gabriel Zambrano , Edilberto sarmiento, Jorge Augusto González, Samuel Ardila, José Emilio Torres, Mauricio Saavedra , María Isabel Meléndez, Dalia Astrith Arias, José Ignacio Villamizar,, Mery Luz Hernández, Claudia Hernández y Carmen Zambrano |

1. OBJETIVOS DE LA AUDITORIA

Proporcionar a la alta dirección de la ESE CLINICA GUANE RIS, información respecto al estado actual de la implementación del sistema de gestión de la calidad de la Entidad, de acuerdo con los requisitos establecidos en las norma NTC-GP 1000:2004 e identificar las áreas débiles y las áreas de fortalezas.

2. ALCANCE DE LA AUDITORIA

- **Geográfico: Sede Principal** Calle 4 No 7-01 Floridablanca Santander
- **Técnico:** Los 16 procesos establecidos en el Mapa de Procesos
 - **Procesos Estratégicos**
 - **Procesos De Apoyo**
 - **Procesos Asistenciales**
 - **Procesos De Evaluación**

3. CRITERIOS DE LA AUDITORIA

Requisitos norma NTC GP 1000:2004

4. CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA

Durante la auditoría realizada al los 16 procesos de la E.S.E Clínica Guane se evidenció que el personal de las áreas funcionales conocen los requisitos de acuerdo a lo establecido en la norma NTC GP 1000:2004, lo cual genera conformidad a la mayoría de los numerales. Sin embargo, se establecen hallazgos divididos en 5 No Conformidades Menores y Oportunidades de Mejora que son detalladas en el numeral 5.

La alta dirección de la ESE CLINICA GUANE RIS, debe recordar que las actividades de auditorias internas, son realizadas por muestreo; de tal suerte que si se conoce o detecta alguna no-conformidad, adicional deben tomar acciones urgentes para corregirlas.

5. NO CONFORMIDADES

| | | | |
|---|---|--------------------------------|---|
| No conformidad No. 1 | | <input type="checkbox"/> Mayor | <input checked="" type="checkbox"/> Menor |
| Proceso: Gestión Direccionamiento Estratégico | Numeral GP 1000-2004 relacionado: 5.1 | | |
| Documento Ref.: | Estado de Emisión/Revisión: | | |
| Detalles de No conformidad: La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del SGC, así como con la mejora continua de su eficacia. No se encontró programación de reuniones de revisión por la dirección del SGC (Numeral 5.1 d), la disponibilidad de recursos físicos para la oficina de calidad es insuficiente (Numeral 5.1 e). | | | |
| No conformidad No. 2 | | <input type="checkbox"/> Mayor | <input checked="" type="checkbox"/> Menor |
| Proceso: Gestión Direccionamiento Estratégico | Numeral GP 1000-2004 relacionado: 5.5.2 | | |
| Documento Ref.: | Estado de Emisión/Revisión: | | |
| Detalles de No conformidad: La alta dirección debe designar un miembro de la dirección quien, con independencia de otras responsabilidades, debe tener la responsabilidad que incluya los numerales 5.2.2 (a), (b), (c) de la norma. El representante designado por la alta Dirección es el Dr. Samuel Ardila, sin embargo sus responsabilidades no son independientes y además sus funciones como Subdirector Administrativo de la Clínica no le permiten tener el tiempo necesario para monitorear el SGC. | | | |

| | |
|---|--|
| No conformidad No. 3 <input type="checkbox"/> Mayor <input checked="" type="checkbox"/> Menor | |
| Proceso: Talento Humano | Numeral GP 1000-2004 relacionado: 6.2.2 |
| Documento Ref.: | Estado de Emisión/Revisión: |
| Detalles de No conformidad: La organización no determina la competencia necesaria del personal en relación a que en la resolución 108 de 2005 solo se registra lo relacionado a los cargos de planta de la entidad y no a los cargos hechos por orden de prestación de servicios. | |
| No conformidad No. 4 <input type="checkbox"/> Mayor <input checked="" type="checkbox"/> Menor | |
| Proceso: Facturación y cartera Gestión Ambiental y Control SGC | Numeral GP 1000-2004 relacionado: 6.3 |
| Documento Ref.: | Estado de Emisión/Revisión: |
| Detalles de No conformidad: La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad en la prestación de los servicios. Se evidencio que el espacio de trabajo (6.3a) no es el adecuado para oficinas como facturación y cartera. En cuanto a los equipos de apoyo para la labor productiva (6.3b), el hardware en los procesos de calidad y gestión ambiental es insuficiente | |
| No conformidad No. 5 <input type="checkbox"/> Mayor <input checked="" type="checkbox"/> Menor | |
| Proceso: Asistenciales (Urgencias, Ambulatorios, Apoyo Diagnóstico y terapéutico) | Numeral GP 1000-2004 relacionado: 7.6 |
| Documento Ref.: | Estado de Emisión/Revisión: |
| Detalles de No conformidad: Los dispositivos de seguimiento y medición no son calibrados y verificados a intervalos de tiempo planificado, es decir, no son evaluados con patrones trazables o bases comparativas. Elementos como rayos x deben presentar certificados especiales de utilización de la Secretaria de Salud Departamental. | |
| No conformidad No. 6 <input type="checkbox"/> Mayor <input type="checkbox"/> Menor | |
| Proceso: | Numeral GP 1000-2004 relacionado: |
| Documento Ref.: | Estado de Emisión/Revisión: |
| Detalles de No conformidad: | |
| No conformidad No. 7 <input type="checkbox"/> Mayor <input type="checkbox"/> Menor | |


| | |
|------------------------------------|--|
| Proceso: | Numeral GP 1000-2004 relacionado: |
| Documento Ref.: | Estado de Emisión/Revisión: |
| Detalles de No conformidad: | |

6. OBSERVACIONES GENERALES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA



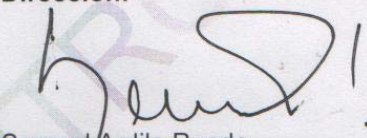
| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ Asegurarse de “controlar” todos los documentos y registros del SGC, los documentos deberán realizarse de acuerdo a la política documental y en coordinación a los códigos establecidos por las TRDS, los registros deberán unificarse de acuerdo al nuevo encabezado establecido para la empresa. ○ Establecer capacitaciones durante las jornadas de inducción del personal para asegurarse de socializar la documentación particular generada en cada proceso y la general aplicable a todos los procesos.(Política y Objetivos de Calidad, Manuales de Calidad, Procesos y Procedimientos) ○ Establecer un sistema de retroalimentación y evaluación de la interface para verificar si la documentación se encuentra en la versión actual. ○ Asegurarse de aplicar las disposiciones establecidas para controlar los servicios no conformes, según procedimiento respectivo; los procedimientos para AC y AP deberán socializarse y adoptarse con el mayor sentido de pertenencia posible. ○ El seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la Entidad deberá ser evaluada por la dirección a intervalos específicos que aun no han sido establecidos. ○ Los indicadores diseñados para cada uno de los procesos establecen metas que deberán ser verificadas Cuando no se alcancen los resultados planificados, deben asegurarse de llevar a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente, para asegurarse de la conformidad del servicio. ○ Establecer un documento para evaluación de proveedores que suministre más elementos de juicio a la hora de adjudicar licitaciones y hacer compras. |
|---|

| | |
|---------------------------------|---|
| Firma del auditor líder: | Firma del Representante de la Dirección: |
|---------------------------------|---|

| | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Jesús Mauricio Carrillo | |
| Edgar Alfonso Herrera | Samuel Ardila Rueda |
| Fecha: 18 de Marzo de 2010 | Fecha: 18 de Marzo de 2010 |

| | | |
|---|------------------------------------|---------------|
|  <p>CLÍNICA GUANE</p> | <p>INFORME DE AUDITORIA</p> | CÓDIGO |
| | | VERSIÓN |
| | | Página 5 de 1 |

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> o El seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la Entidad deberá ser evaluada por la dirección a intervalos específicos que aun no han sido establecidos. o Los indicadores diseñados para cada uno de los procesos establecen metas que deberán ser verificadas. Cuando no se alcancen los resultados planificados, deben asegurarse de llevar a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente, para asegurarse de la conformidad del servicio. o Establecer un documento para evaluación de proveedores que suministre más elementos de juicio a la hora de adjudicar licitaciones y hacer compras. |
|--|

| | |
|--|--|
| <p>Firma del auditor líder:</p>  <p>Jesús Mauricio Carrillo</p>  <p>Edgar Alfonso Herrera</p> | <p>Firma del Representante de la Dirección:</p>  <p>Samuel Ardila Rueda</p> |
| Fecha: 18 de Marzo de 2010 | Fecha: 18 de Marzo de 2010 |

Anexo 32 Programa de revisión por la dirección.

| ELEMENTO | OBJETIVO | RESPONSABLE | FECHA |
|--|--|-----------------------|--------------------------|
| Política de Calidad | Actualizar la Política de Calidad | Comité MECI - Calidad | 03 de Octubre de 2009 |
| Objetivos de Calidad | Revisar los Objetivos de Calidad | Comité MECI - Calidad | 03 de Octubre de 2009 |
| Hallazgos 1ra Auditoría | Comunicar los hallazgos | Comité MECI - Calidad | 12 y 13 de Enero de 2010 |
| Hallazgos 2da Auditoría | Comunicar los hallazgos | Comité MECI - Calidad | 10 y 11 de Marzo de 2010 |
| Retroalimentación de usuario | Analizar los resultados de las encuestas de satisfacción del usuario | Comité MECI - Calidad | 15 de Diciembre de 2009 |
| Desempeño de los Procesos y Conformidad del servicio | Analizar el cumplimiento de las metas de los indicadores | Comité MECI - Calidad | 14 de Enero de 2010 |
| Estado acciones correctivas y preventivas | Conocer el estado de las acciones | Comité MECI - Calidad | 18 de Marzo de 2010 |
| Resultado revisión por la dirección | Diseñar planes de mejora | Comité MECI - Calidad | 18 de Marzo de 2010 |
| Recomendaciones para la mejora | Diseñar e Implementar acciones de mejora | Comité MECI - Calidad | 18 de Marzo de 2010 |
| Identificación y actualización riesgos | Establecer los riesgos al finalizar la vigencia 2009 | Comité MECI - Calidad | 15 de Diciembre de 2009 |

Anexo 33 Análisis conceptual comparativo

| ANÁLISIS CONCEPTUAL COMPARATIVO | | |
|---|--|--|
| CONCEPTO NTCGP 1000 | CONCEPTO MECI | OBSERVACIÓN |
| Proceso: conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor, y que transforman elementos de entradas en resultados. | Proceso: conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor, y que transforman elementos de entrada en resultados. | El concepto es entendido de la misma manera en ambos Sistemas |
| Procedimiento: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso | Procedimiento: es el conjunto de especificaciones, relaciones y ordenamiento de las tareas requeridas para cumplir con las actividades de un proceso. Establece los métodos para realizar las tareas y la asignación de responsabilidad y autoridad en la ejecución de las actividades. | La definición planteada en el MECI, presenta un mayor detalle de la definición de procedimiento al explicitar los elementos que, como mínimo deben concurrir para la existencia del mismo. No obstante, en ambas definiciones el concepto se relaciona con el quehacer y la forma detallada de realizar un proceso. |
| Cliente: organización, entidad o persona que recibe un producto o servicio. | Cliente: no se relaciona puntualmente; se habla de ciudadano y comunidad. | Este concepto es explícito en la NTCGP 1000, mientras que en MECI se habla de ciudadano y comunidad; en ese orden de ideas, para efectos de la armonización, es pertinente el uso del concepto de CLIENTE, contenido en la norma NTCGP1000, que incluye a los destinatarios, usuarios o Beneficiarios. |
| Alta dirección: persona o grupo de personas que dirigen y controlan, al más alto nivel, una entidad | Alta dirección: no se relaciona puntualmente. | En MECI no se relaciona puntualmente el concepto; sin embargo, este se puede asociar con el estilo de dirección y el compromiso de la alta dirección, los cuales se relacionan directamente con el concepto desarrollado en la Norma Técnica de calidad. |

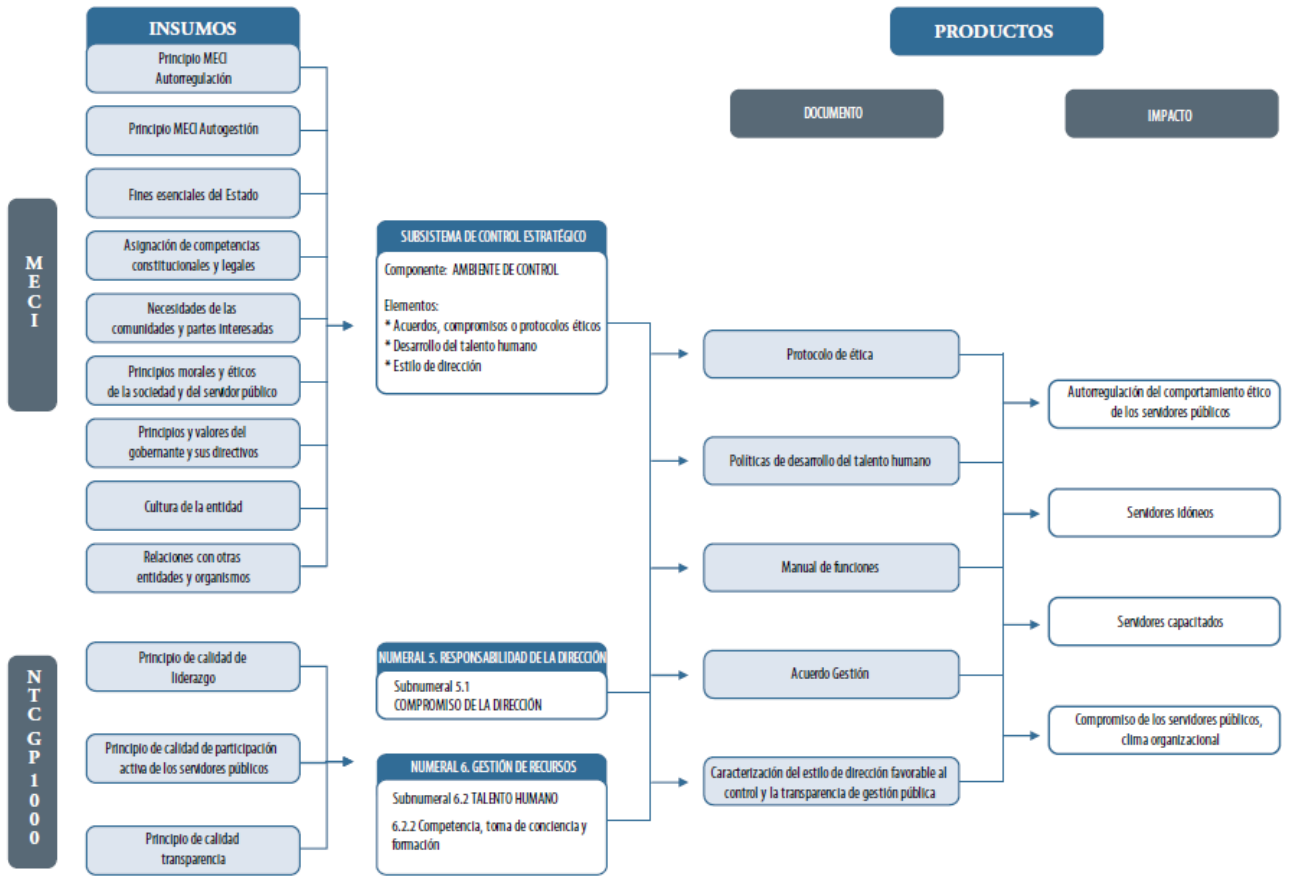
| ANÁLISIS CONCEPTUAL COMPARATIVO | | |
|--|--|---|
| Auditoría Interna: proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios definidos para la auditoría interna | Auditoría Interna: elemento de control, que permite realizar un examen sistemático, objetivo e independiente, de los procesos, actividades, operaciones y resultados de una entidad pública; así mismo, permite emitir juicios basados en evidencias sobre los aspectos más importantes de la gestión, los resultados obtenidos y la satisfacción de los diferentes grupos de interés. | Si bien ambos Sistemas destacan el concepto, el MECI, como Sistema de control en el que la evaluación Independiente es llevada a cabo por la Oficina de Control Interno y los entes de control, brinda mayores elementos dentro de la definición. |
| Acción correctiva: conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación indeseable. | Acción correctiva: no se relaciona puntualmente. | En MECI, no es explícita; sin embargo, se plantea como un objetivo de la auditoría interna y se enuncia como un fin de los planes de mejoramiento. |
| Acción preventiva: conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable. | Acción preventiva: no se relaciona puntualmente. | Aunque en el MECI no es explícita, se relaciona con el componente Administración del riesgo, ya que de acuerdo con la norma NTCGP 1000, los mapas de riesgo constituyen una herramienta para determinar acciones preventivas. |
| Eficiencia: relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados. | Eficiencia: establece la relación entre los costos de los insumos y los productos de proceso; determina la productividad con la cual se administran los recursos, para la obtención de los resultados del proceso y el cumplimiento de los objetivos. | Este concepto aplica para ambos Sistemas. |
| Eficacia: grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados. | Eficacia: mide el grado de cumplimiento de los objetivos definidos en el modelo de operación. | Este concepto aplica para ambos Sistemas. |
| Efectividad: mide el impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles. | Efectividad (impacto): mide la satisfacción de las necesidades de la ciudadanía o las partes interesadas. | Este concepto aplica para ambos Sistemas. |

Anexo 34 Sistema integrado ambiente de control

Sistema integrado ambiente de control

| Sistema Integrado de Gestión MECI-CALIDAD | |
|---|--|
| Instrumentos | Documentos |
| <p>Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cartilla Cultura Organizacional. • Cartilla Calidad de Vida Laboral para una Cultura de lo Público: • Instrumentos para su Gestión • Guía de Intervención: Calidad de Vida Laboral | <ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de ética. • Políticas de desarrollo del talento humano. • Manual de funciones. • Acuerdo de gestión. • Caracterización del estilo de dirección favorable al control y la transparencia de gestión pública. |
| <p>Desarrollo del Talento Humano</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lineamientos generales para la administración del talento humano • Planeación de los Recursos Humanos: Lineamientos de política, estrategias y orientaciones para la implementación • Plan Nacional de Formación y Capacitación • Actualización del Plan Nacional de Formación y Capacitación • Formación y capacitación guías sobre inducción, re inducción, diagnóstico y formulación de programas • Guía para la formulación de planes institucionales de capacitación • Metodología para evaluación de la capacitación • Bienestar social laboral: una nueva propuesta • La calidad de vida laboral: instrumentos para su gestión • Cartilla sobre clima organizacional • Guía de Intervención: calidad de vida laboral • Cartilla sobre cultura organizacional • Documento de políticas y guía para desarrollo de programas de readaptación laboral • Guía sobre equipos de trabajo | |
| <p>Estilo de Dirección</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cartilla Calidad de Vida Laboral para una Cultura de lo Público: instrumentos para su gestión. | |

Fuente: Autores del proyecto

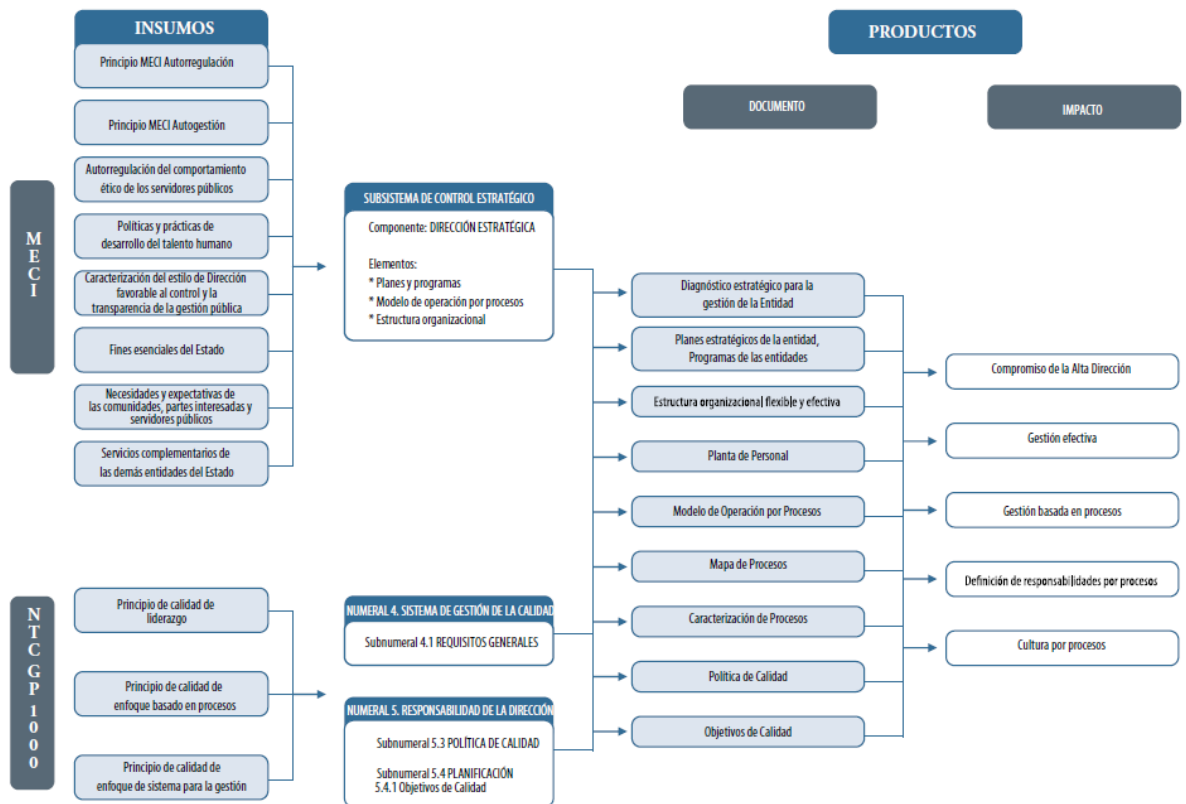


Anexo 35 Sistema integrado direccionamiento estratégico

Sistema integrado direccionamiento estratégico

| Sistema Integrado de Gestión MECI-CALIDAD | |
|---|--|
| Instrumentos | Documentos |
| Modelo de operación por procesos <ul style="list-style-type: none"> Guía de Racionalización y simplificación de trámites, procesos y procedimientos. Hacia una visión sistémica de la Gestión Pública. Un enfoque práctico. | <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico estratégico para gestión de la entidad Planes estratégicos de la entidad, programas de las entidades. Estructura organizacional flexible y efectiva. Planta de personal. Modelo de operación por procesos. Mapa de procesos Caracterización de procesos Política de calidad Objetivos de calidad |
| Estructura organizacional <ul style="list-style-type: none"> Guía Modernización de entidades públicas. Guía de Medición de cargas de trabajo. Instructivo para el ajuste del manual específico de funciones y competencias laborales. Entidades del Orden Nacional. Instructivo para el ajuste del manual específico de funciones y competencias laborales. Entidades del Orden Territorial. | |

Fuente: Autores del proyecto

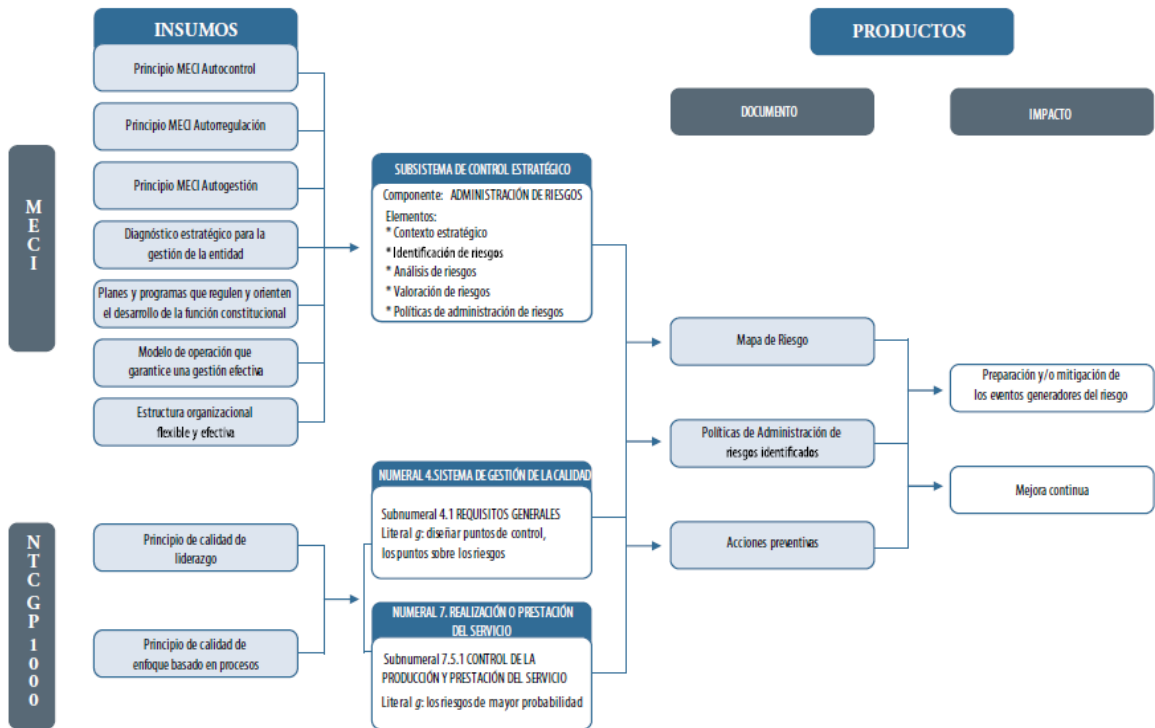


Anexo 36 Sistema integrado administración del riesgo

Sistema integrado administración del riesgo

| Sistema Integrado de Gestión MECI-CALIDAD | |
|---|--|
| Instrumentos | Documentos |
| Políticas de administración de riesgos <ul style="list-style-type: none"> Guía de Administración del Riesgo | <ul style="list-style-type: none"> Mapa de riesgos Políticas de administración de riesgos identificados Acciones preventivas. |

Fuente: Autores del proyecto

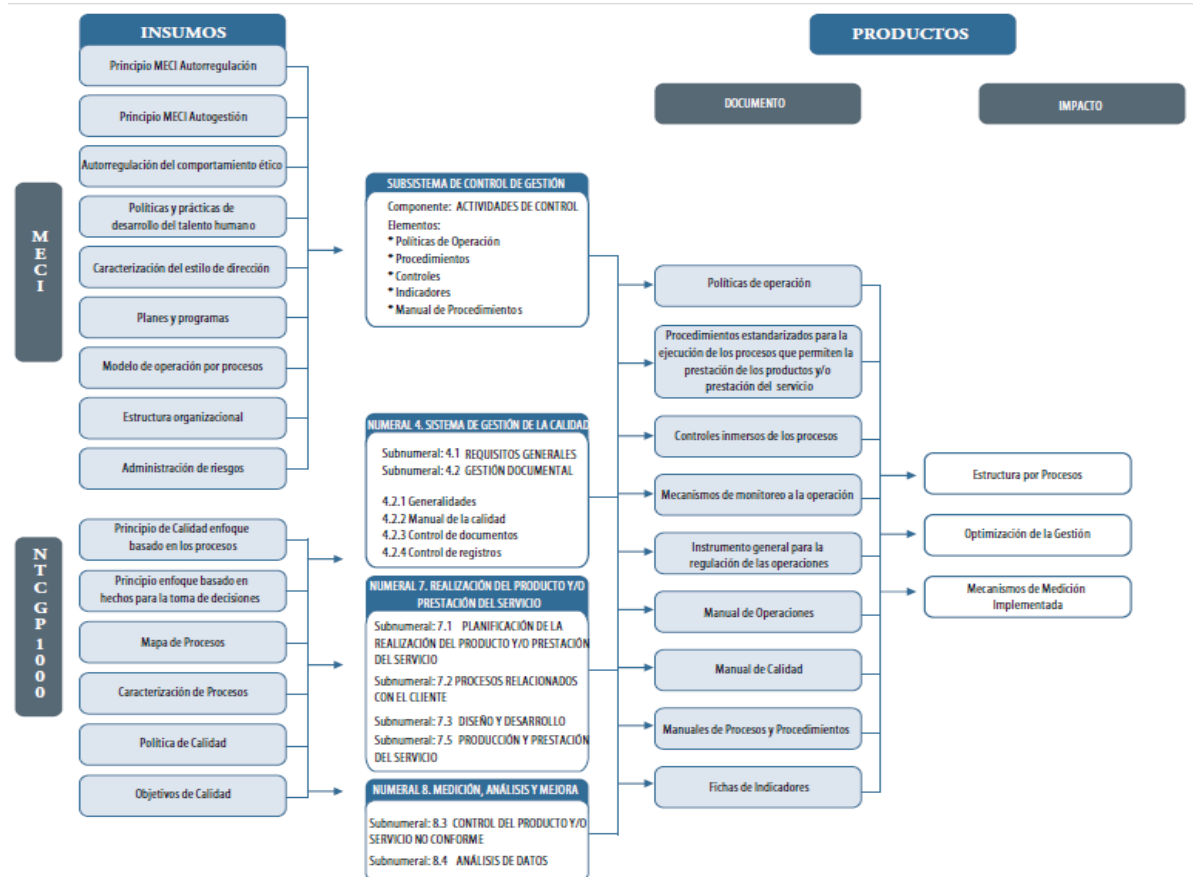


Anexo 37 Sistema integrado actividades de control

Sistema integrado actividades de control

| Sistema Integrado de Gestión MECI-CALIDAD | |
|--|--|
| Instrumentos | Documentos |
| <p>Controles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guía de Administración del Riesgo (Versión 2006) • Guía de Diseño para Implementar el SGC, bajo la Norma Técnica de Calidad para la gestión pública NTC GP1000:2004 elaborada por el DAFP y la Red de Universidades Públicas. | <ul style="list-style-type: none"> • Políticas de operación • Procedimientos estandarizados para la ejecución de los procesos que permiten la prestación de los servicios • Controles inmersos de los procesos • Mecanismos de monitoreo a la operación • Instrumento general para la regulación de las operaciones • Manual de operaciones • Manual de calidad • Manuales de procesos y procedimientos • Fichas de indicadores |

Fuente: Autores del proyecto

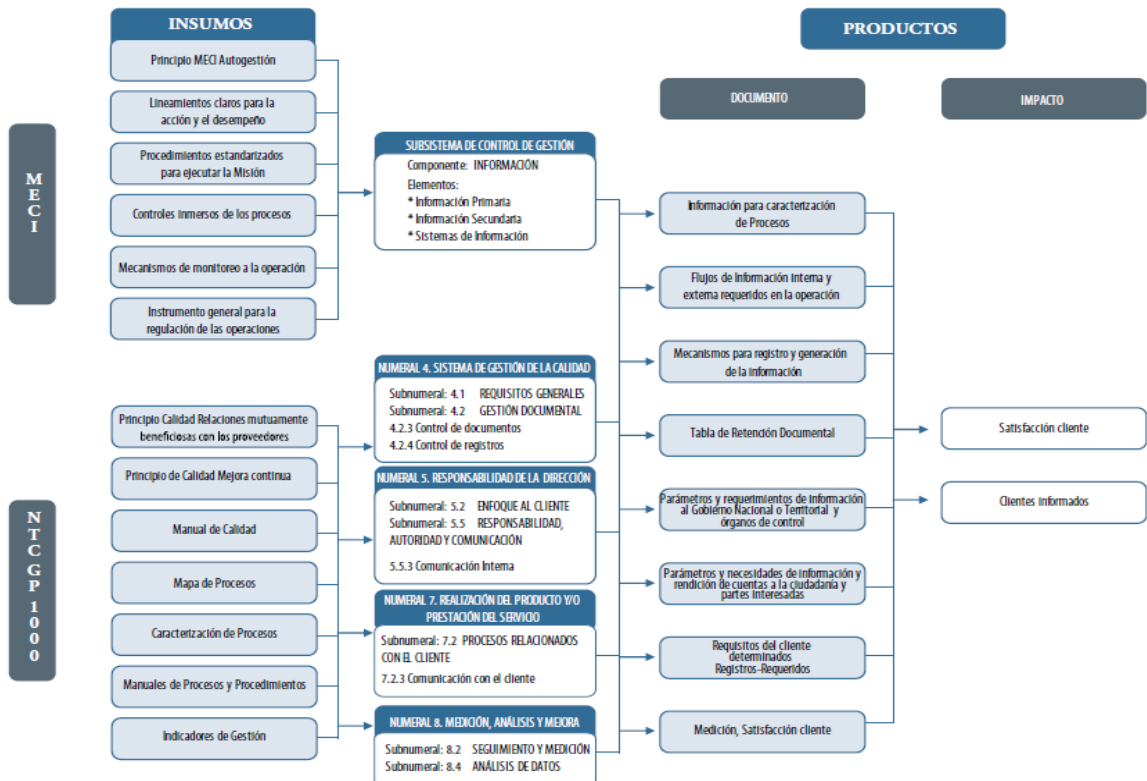


Anexo 38 Sistema Integrado información

Sistema Integrado información

| Sistema Integrado de Gestión MECI-CALIDAD | |
|--|--|
| Instrumentos | Documentos |
| <p>Información Primaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guía para la Evaluación de la Gestión Pública: herramienta para el ejercicio del control social. • Guía de Rendición de Cuentas de la Administración Pública a la Ciudadanía. • Serie Documentos de Consulta: Plan Nacional de Formación para el Control Social a la Gestión Pública. | <ul style="list-style-type: none"> • Información para caracterización de procesos • Flujos de información interna y externa requeridos en la operación • Mecanismos para registro y generación de la información • Tabla de retención documental • Parámetros y requerimientos de la información al gobierno nacional o territorial y órganos de control • Parámetros y necesidades de información y rendición de cuentas a la ciudadanía y partes interesadas • Requisitos del cliente determinados registros-requeridos • Medición, satisfacción cliente |

Fuente: Autores del proyecto

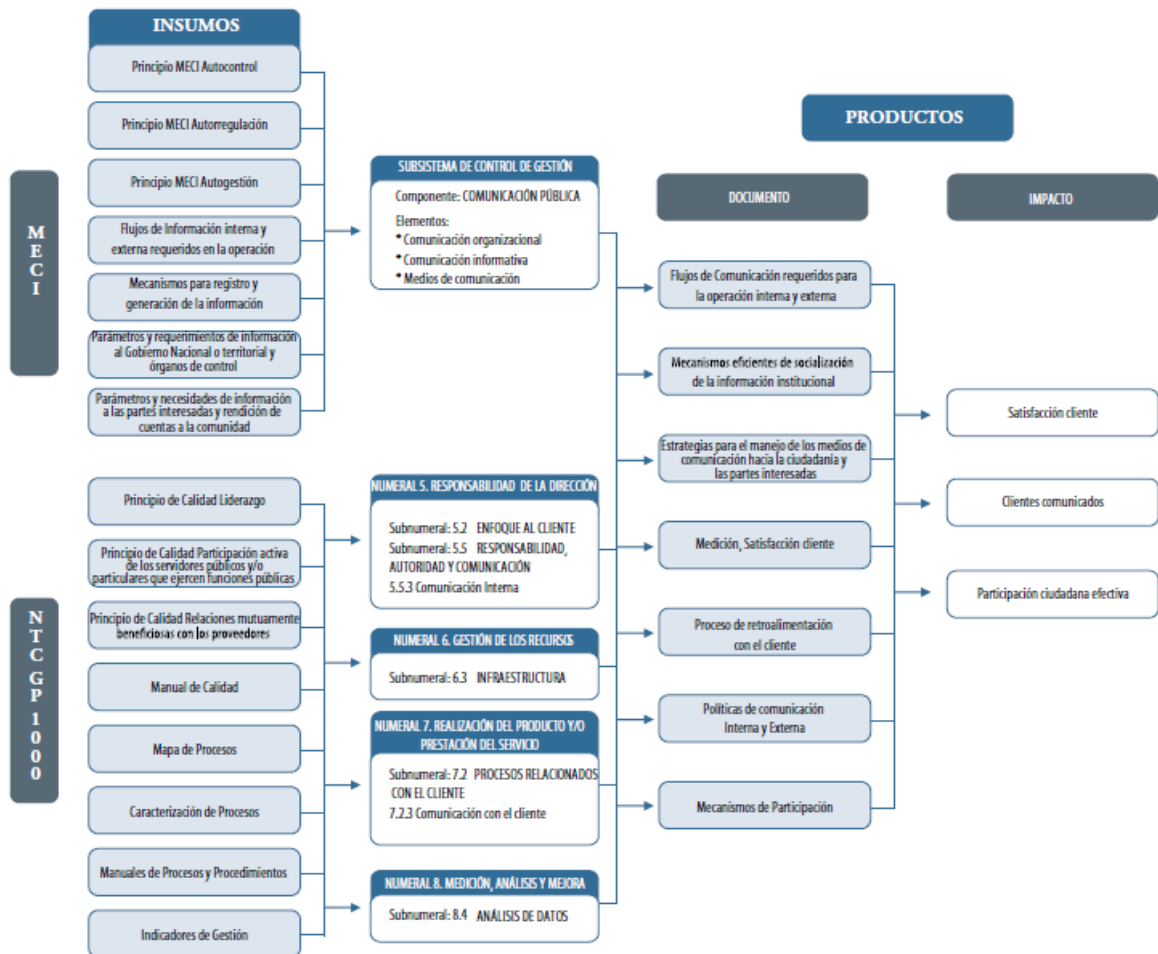


Anexo 39 Sistema Integrado Comunicación pública

Sistema Integrado Comunicación pública

| Sistema Integrado de Gestión MECI-CALIDAD | |
|---|--|
| Instrumentos | Documentos |
| <p>Instrumentos emitidos por el DAFP</p> <ul style="list-style-type: none"> •Guía para la Evaluación de la Gestión Pública: herramienta para el ejercicio del control social. •Guía de Rendición de Cuentas de la Administración Pública a la Ciudadanía. •Serie Documentos de Consulta: Plan Nacional de Formación para el Control Social a la Gestión Pública | <ul style="list-style-type: none"> • Flujos de comunicación requeridos para la operación interna y externa • Mecanismos eficientes de socialización de la información institucional • Estrategias para el manejo de los medios de comunicación hacia la ciudadanía y las partes interesadas • Medición, satisfacción cliente • Políticas de comunicación interna y externa • Mecanismos de participación |

Fuente: Autores del proyecto

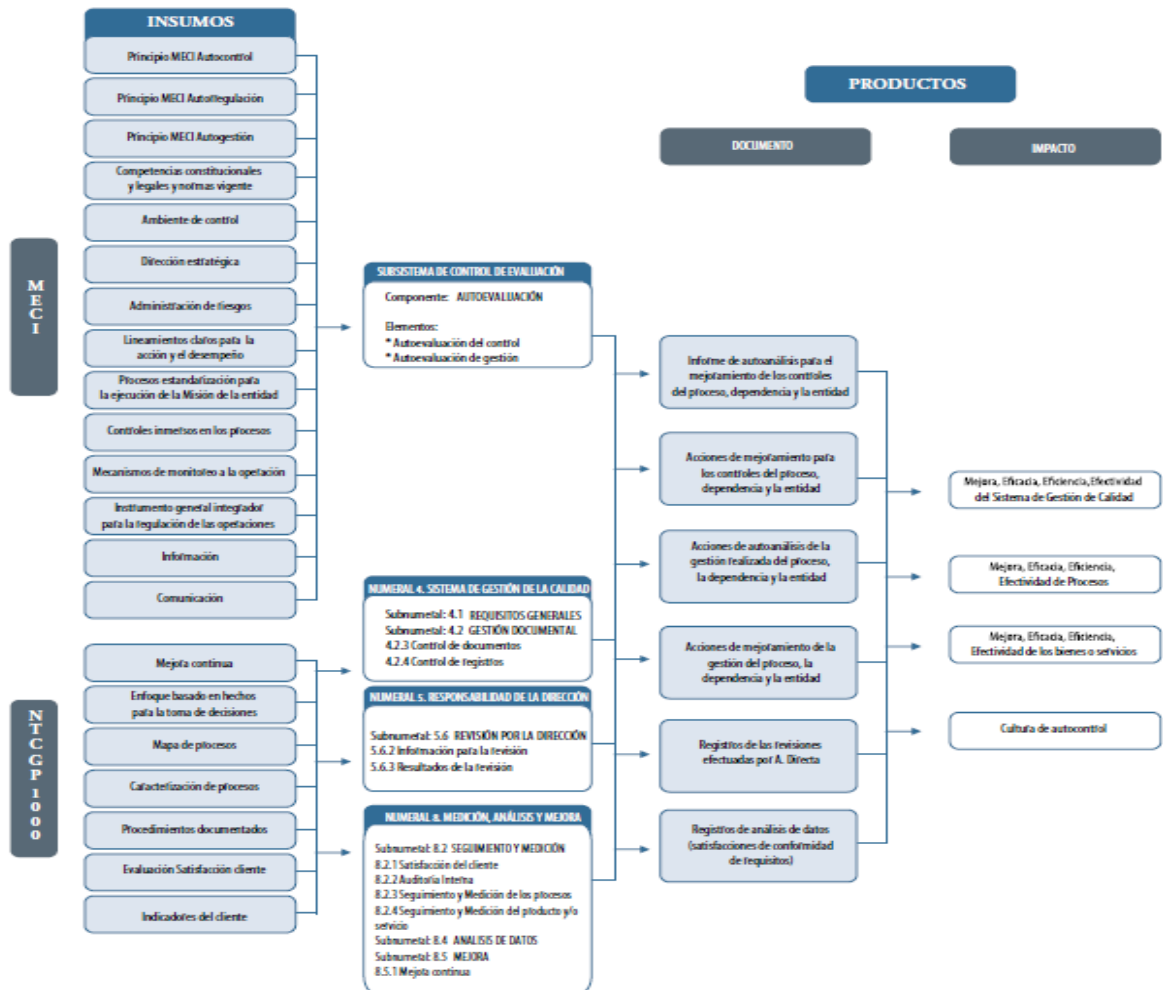


Anexo 40 Sistema Integrado autoevaluación

Sistema Integrado autoevaluación

| Sistema Integrado de Gestión MECI-CALIDAD | |
|--|--|
| Documentos | |
| <ul style="list-style-type: none"> informe de autoanálisis para el mejoramiento de los controles del proceso, dependencia y la entidad. Acciones de mejoramiento para los controles del proceso, dependencia t la entidad Acciones de autoanálisis de la gestión realizada del proceso, dependencia y la entidad Acciones de mejoramiento de la gestión, la dependencia y la entidad Registros de las revisiones efectuados por A. Directa Registros de análisis de datos (satisfacción de conformidad d registros | |

Fuente: Autores del proyecto

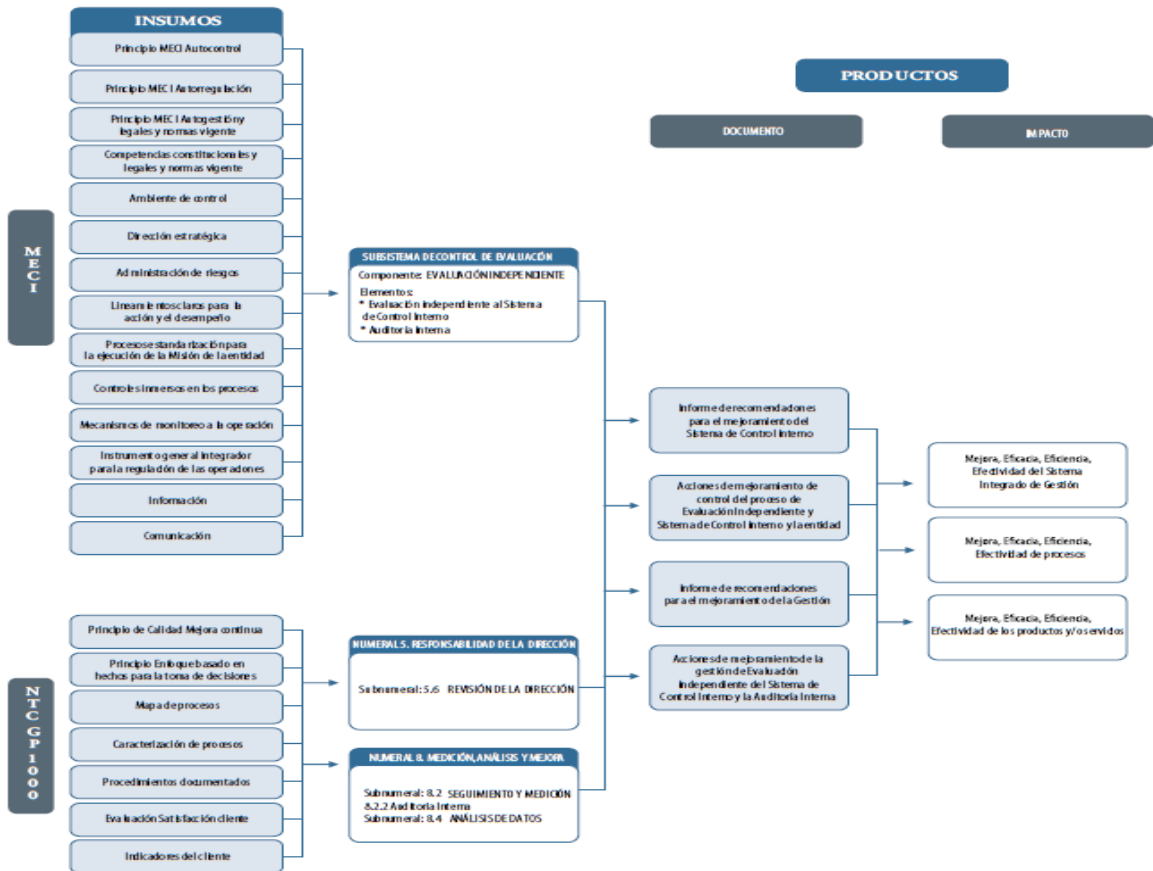


Anexo 41 Sistema Integrado evaluación independiente

Sistema Integrado evaluación independiente

| Sistema Integrado de Gestión MECI-CALIDAD | |
|--|---|
| Instrumentos | Documentos |
| Auditoría Interna <ul style="list-style-type: none"> • Guía Rol de las Oficinas de Control Interno, Departamento Administrativo de la Función Pública. | <ul style="list-style-type: none"> • Informe de recomendaciones para el mejoramiento del SGC. • Acciones de mejoramiento de control del proceso de Evaluación Independiente y Sistema Control Interno y la entidad • Informe de recomendaciones para el mejoramiento de la Gestión • Acciones de mejoramiento de la gestión de la gestión de Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno y la Auditoría interna |

Fuente: Autores del proyecto

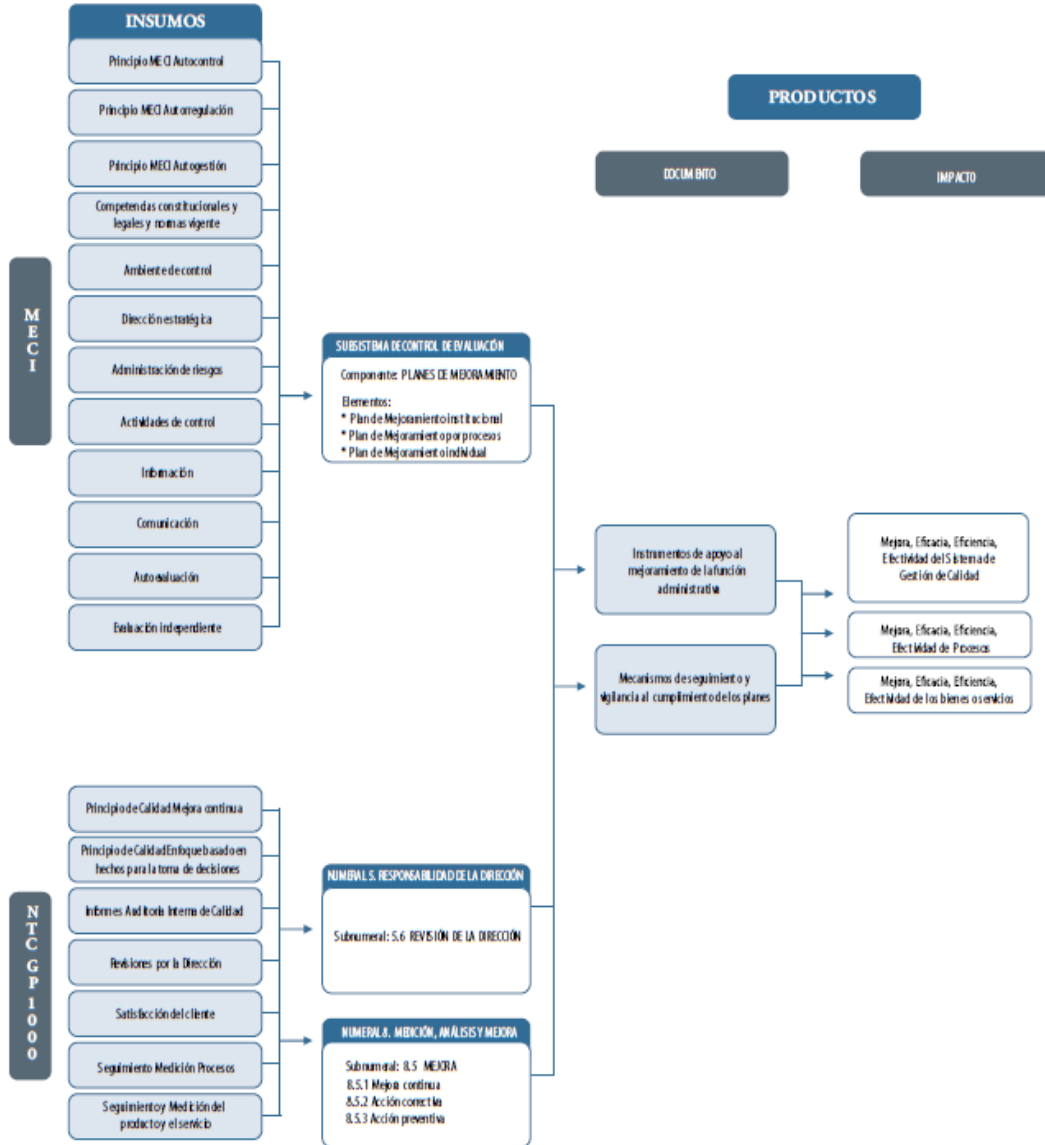


Anexo 42 Sistema Integrado planes de mejoramiento

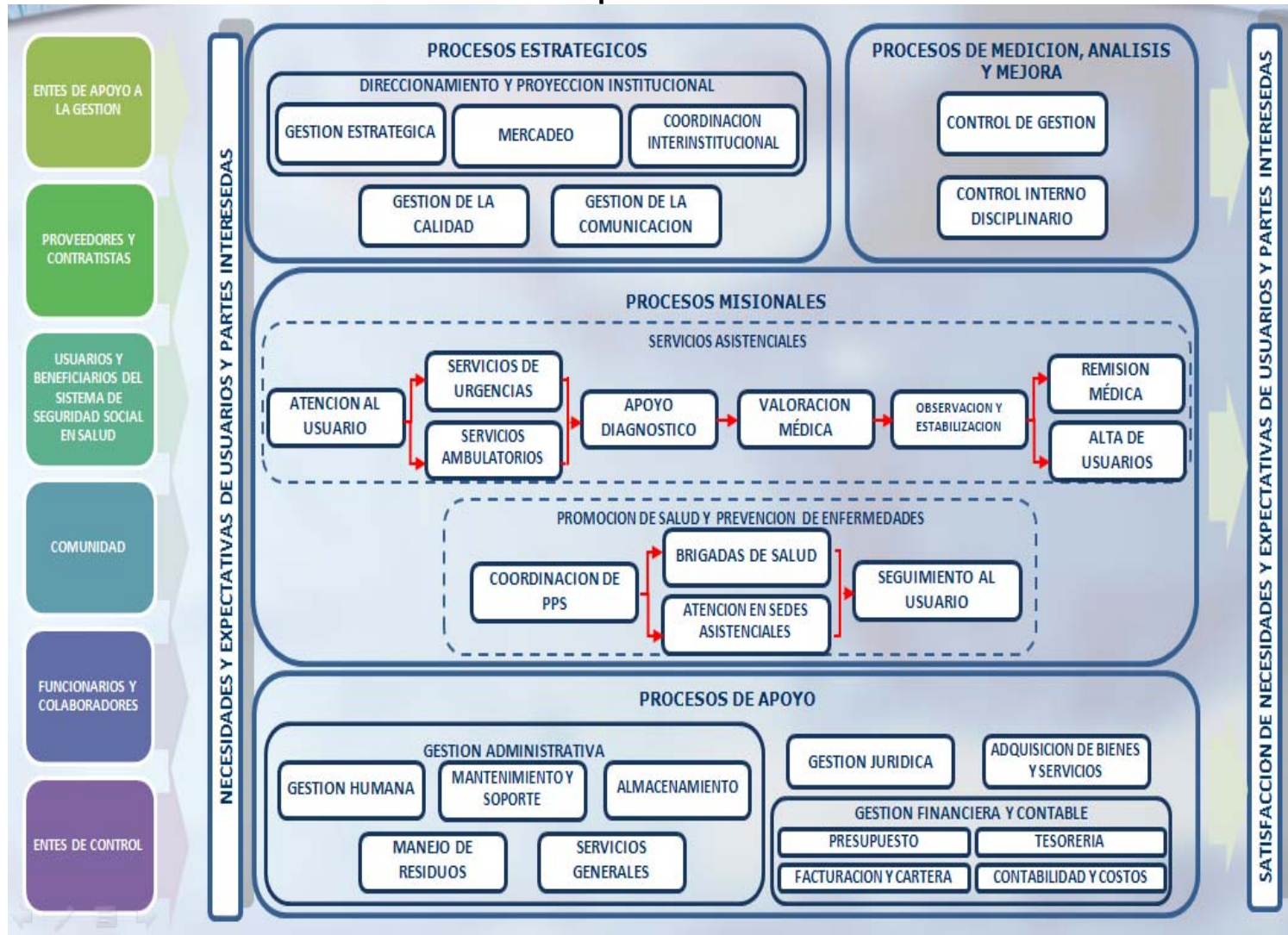
Sistema Integrado planes de mejoramiento

| Sistema Integrado de Gestión MECI-CALIDAD | |
|---|--|
| Documentos | |
| • | Instrumentos de apoyo al mejoramiento de la función administrativa |
| • | Mecanismos de seguimiento y vigilancia al cumplimiento de los planes |

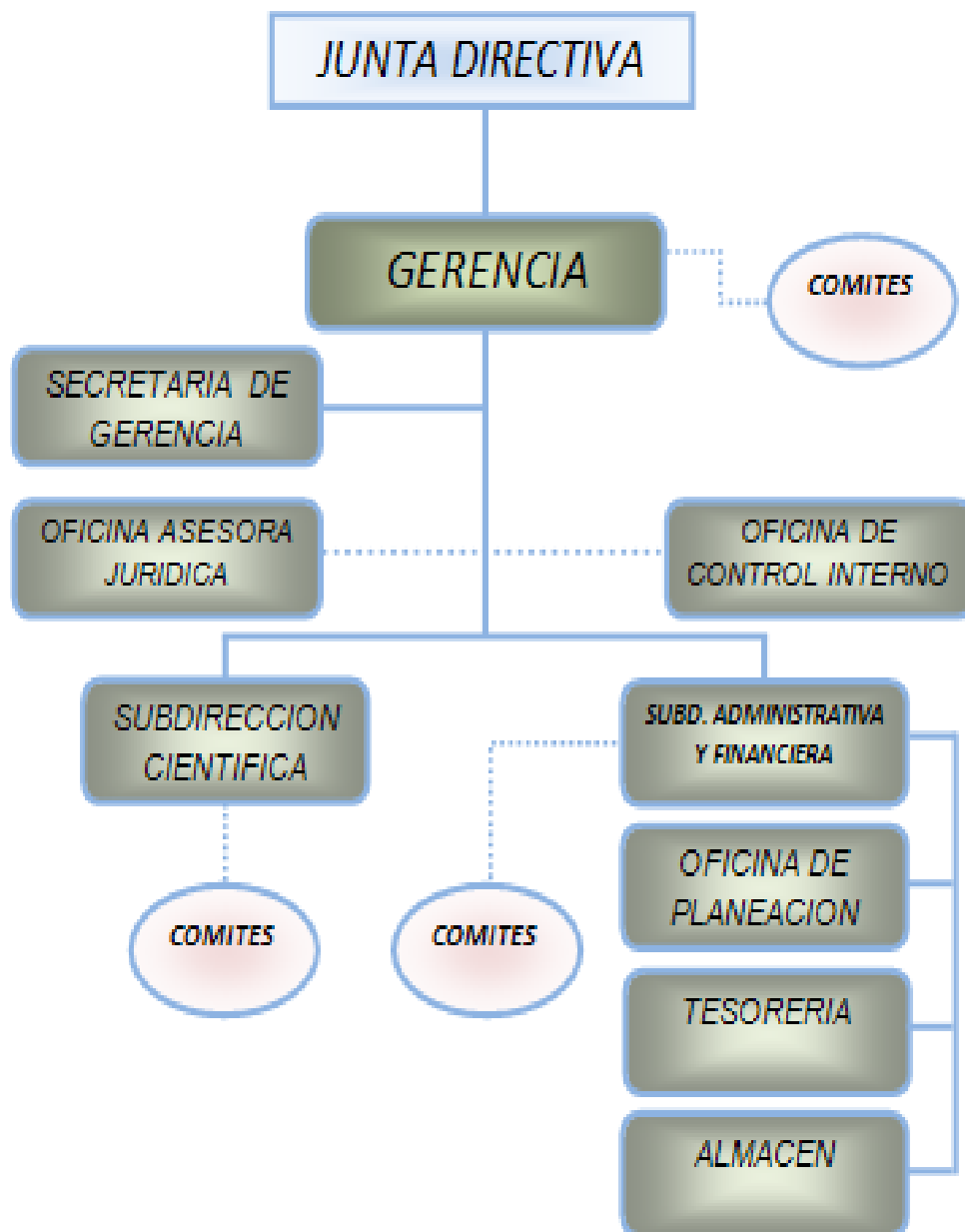
Fuente: Autores del proyecto



Anexo 43 Mapa de Procesos versión anterior



Anexo 44 Estructura Organizacional versión anterior



Anexo 45 Calificación Proveedores

1. OBJETIVO

Establecer las actividades que deben seguirse para la adecuada compra de insumos y servicios que requiere E.S.E CLÍNICA GUANE. para su funcionamiento de acuerdo con lo establecido en el Sistema de Gestión de la Calidad de esta empresa.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica cuando se realizan compras de materias primas, insumos o contratación de servicios necesarios para el funcionamiento de E.S.E CLÍNICA GUANE.

3. DEFINICIONES

Proveedor calificado: Es aquel al cual se le ha hecho una calificación en el ingreso y posteriormente un seguimiento de desempeño en un período, calificando varias variables como: oportunidad de despacho, tiempo de respuesta, calidad del producto, precios. E.S.E CLÍNICA GUANE. ha determinado un puntaje mínimo para calificar como proveedor apto.

Requerimiento de Materiales: Formato unificado para todas las compras que debe realizar E.S.E CLÍNICA GUANE. , ya sea para su funcionamiento como empresa o adquisición de materia prima para el proceso de producción, adquisición de productos terminados para el proceso de comercialización y despacho; así mismo contempla la contratación de servicios como el corte de cartón para el proceso de producción o la contratación de servicios por ejemplo: transporte.

Orden de compra: Documento emitido por E.S.E CLÍNICA GUANE. autorizando la adquisición de un material o un servicio.

Selección y evaluación de proveedores

Con el fin de conocer a nuestros proveedores se diligenció el formato CALIFICACIÓN DE PROVEEDORES. En dicho formato se diligencia información del proveedor relacionada con: datos comerciales, logística, crédito, calidad del producto y sus productos y servicios.

Este formato debe diligenciarse para todos los proveedores, a los cuales los Gerentes de Área, consideren calificados, según los productos o servicios a adquirir con terceros.

Un proveedor que tenga diligenciado el CALIFICACIÓN DE PROVEEDORES se considera calificado.

Para realizar seguimiento al proveedor, la persona que recibe el pedido suministrado por el proveedor, ya sea el Coordinador Financiero y/o el Gerente del Área que solicita la Compra, debe evaluarlo diligenciando el SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE PROVEEDORES con base en criterios relacionados con:

- La logística
- La calidad

Tabla 1 EVALUACIÓN DE PROVEEDORES.

| LOGÍSTICA | |
|--|-----------------------|
| Criterio | Puntaje Máximo |
| Despacho oportuno | 10 |
| Documentos correctos y al día | 5 |
| Cantidades solicitadas | 10 |
| Despacho en las marcas del producto solicitado | 5 |
| Pago de fletes según lo acordado | 10 |
| TOTAL CRITERIOS LOGÍSTICA | 40 |

| CALIDAD | |
|---|-----------------------|
| Criterio | Puntaje Máximo |
| Cumplimiento de los requisitos del cliente y E.S.E Clínica Guane. | 45 |
| Forma envío de productos | 15 |
| TOTAL CRITERIOS CALIDAD | 60 |

| | |
|--|------------|
| TOTAL CRITERIOS DE EVALUACIÓN A PROVEEDORES | 100 |
|--|------------|

Fuente: Archivos Estudiantes UIS.

Para cada uno de los criterios definidos se elaboró una escala de calificación con el fin de orientar la evaluación de proveedores y disminuir el grado de subjetividad al momento de realizarla. Los criterios definidos y sus respectivas escalas se presentan a continuación:

CRITERIOS RELACIONADOS CON LA LOGÍSTICA DEL PROVEEDOR

Tabla 2 EVALUACIÓN DE PROVEEDORES LOGÍSTICA.

| DESPACHO OPORTUNO | |
|--|--------------|
| ESCALA | CALIFICACIÓN |
| El pedido llegó el día acordado | 10 |
| El pedido tiene entre 1 y 2 días de retraso. | 8 |
| El pedido tiene entre 3 y 10 días de retraso. | 5 |
| El pedido tiene entre 10 y 15 días de retraso. | 2 |
| El pedido tiene más de 15 días de retraso. | 0 |

| DOCUMENTO AL DÍA Y CORRECTO | |
|--|--------------|
| ESCALA | CALIFICACIÓN |
| Documento correctamente diligenciado | 5 |
| Pedido incorrecto (tipo de producto o cantidad) o valor incorrecto en la factura | 2 |
| Pedido y factura incorrecta o diferencia con suma de despachos parciales | 0 |

| CANTIDADES SOLICITADAS | |
|---|--------------|
| ESCALA | CALIFICACIÓN |
| Cantidad acordada incluido el % de variación | 10 |
| Cantidad diferente a la acordada (más o menos de lo acordado) | 5 |
| No llegó el pedido (ninguna cantidad) | 0 |

| DESPACHO EN MARCAS DE PRODUCTOS SOLICITADO | |
|---|--------------|
| ESCALA | CALIFICACIÓN |
| El producto entregado por el proveedor es de la marca solicitada. | 5 |
| El producto entregado por el proveedor es diferente de la marca solicitada pero de igual calidad. | 3 |
| El producto entregado no es conocida su marca y no fue consultado con la empresa el cambio | 0 |

| PAGO DE FLETES SEGÚN LO ACORDADO | |
|---|--------------|
| ESCALA | CALIFICACIÓN |
| El pago de fletes corresponde a lo acordado con el proveedor de transporte. | 10 |

| | |
|--|---|
| El pago de fletes no corresponde a lo acordado con el proveedor de transporte. | 0 |
|--|---|

Fuente: Archivos Estudiantes UIS.

CRITERIOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE LOS PRODUCTOS DEL PROVEEDOR

Tabla 3 EVALUACIÓN DE PROVEEDORES CALIDAD.

| CON SELLO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR EL CLIENTE Y POR E.S.E CLÍNICA GUANE. | |
|---|---------------------|
| ESCALA | CALIFICACIÓN |
| El producto entregado por el proveedor cumple todas las características. | 45 |
| El proveedor arregló por reposición o reproceso los productos, siendo óptimo el 100% | 35 |
| El producto entregado por el proveedor cumple el 80% de las características y no implica derogación con el cliente. | 15 |
| El producto recibido requiere de una derogación o negociación con el cliente por parte de E.S.E Clínica Guane. . | 5 |
| El producto recibido no se puede utilizar. | 0 |
| FORMA DE ENVÍO DE LOS PRODUCTOS | |
| ESCALA | CALIFICACIÓN |
| Los productos son enviados por el proveedor en las condiciones adecuadas de transporte y/o embalaje. | 15 |
| Los productos están empacados pero no en las condiciones adecuadas ni determinadas por E.S.E Clínica Guane. en la orden de compra o negociación con el proveedor. | 5 |
| Los productos no cuentan con empaque ni embalaje, poniendo estos en riesgo de deterioro. | 0 |

Fuente: Archivos Estudiantes UIS.

Al realizar la evaluación de cada uno de los criterios para cada proveedor, puede detectarse que el puntaje máximo es de **100** puntos. Cada proveedor se clasifica en alguna de las siguientes categorías, dependiendo del puntaje obtenido al momento de su evaluación.

La periodicidad de evaluación de proveedores se hará individualmente por dos razones: 1. el número de proveedores es menor alrededor de 5 a 8 proveedores críticos, 2. La frecuencia de compra a cada uno, depende de la demanda a E.S.E Clínica Guane. ; por ello el seguimiento y calificación de evaluación se hará después de tres despachos como mínimo.

Tabla 4 RANGO DE CALIFICACIÓN SEGÚN PUNTUACIÓN DE PROVEEDORES.

| EL PROVEEDOR SE CLASIFICA COMO: | SI ALCANZA UN PUNTAJE EN LA EVALUACIÓN DE PROVEEDORES DE: |
|--|--|
| Excelente | 91 - 100 |
| Bueno | 71 - 90 |
| Regular | 51 - 70 |
| Malo | 0 - 50 |

Fuente: Archivos Estudiantes UIS.

En lo posible, en E.S.E CLÍNICA GUANE. se trabaja con proveedores que se clasifiquen como excelentes y buenos. En caso de extrema necesidad y ante ausencia de proveedores que cumplan los parámetros de Logística y Administrativo, la empresa exigirá solamente e inflexiblemente los parámetros de calidad y ante ausencia de ellos en Bucaramanga, bajo este parámetro, hará la compra en otras ciudades.

Con base en las evaluaciones realizadas a los proveedores a través de SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE PROVEEDORES, el Comité de Calidad hará evaluaciones periódicas del desempeño de los proveedores de E.S.E CLÍNICA GUANE.

En los servicios contratados bajo términos de referencia, se hace evaluación anual por parte de la Gerencia General, basada en el cumplimiento de los términos. Todo ello para renovar el contrato de prestación de servicios, en transporte u otro servicio que afecte directamente la calidad del producto.