

**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD EN LA CLÍNICA SAN PABLO S.A.**

AURA MARÍA MARTÍNEZ AGUDELO

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

2006

**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD EN LA CLÍNICA SAN PABLO S.A.**

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

**AUTOR
AURA MARÍA MARTÍNEZ AGUDELO**

**DIRECTOR
ING. SERGIO I. MUÑOZ
Ingeniero Industrial de la Universidad Industrial de Santander**

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

2006

DEDICATORIA

A Dios y a mi familia
por ser mi más grande apoyo y motor
en la consecución de esta meta

AGRADECIMIENTOS

El autor agradece a la Junta Directiva de la Clínica San Pablo por su colaboración y apoyo para el desarrollo de este proyecto, y por la confianza depositada en él, para la ejecución del mismo.

Así mismo agradece al Ingeniero Horacio Maldonado, asesor externo de calidad de la Clínica San Pablo S.A., quien fue una valiosa guía durante la realización del proyecto.

Al Ingeniero Sergio Muñoz quien como director brindó su apoyo y colaboración para la realización del mismo.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	20
1. GENERALIDADES DEL PROYTO	23
1.1 OBJETIVO GENERAL	23
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
2. MARCO TEÓRICO	24
2.1 ISO	24
2.2 ANTECEDENTES DE LAS NORMAS ISO 9000	25
2.3 NORMAS ISO 9000 VERSIÓN 2000	26
2.4 BASE RACIONAL PARA LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.	27
2.4.1 Principios de gestión de la Calidad	27
2.4.2 Enfoque basado en procesos	28
3. GENERALIDADES DE LA EMPRESA	31

3.1	MISIÓN	32
3.2	VISIÓN	32
3.3	LA CLÍNICA Y SU HISTORIA	33
3.4	SERVICIOS Y PROGRAMAS	34
3.5	ESTRUCTURA INTERNA	34
4.	DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA CLÍNICA SAN PABLO S.A. RESPECTO A LOS REQUISITOS ISO 9001 VERSIÓN 2000	36
4.1	Requisitos Generales	36
4.2	Documentación	36
4.3	Responsabilidad de la Dirección	37
4.4	Gestión de Recursos	38
4.4.1	Recursos Humanos	38
4.4.2	Instalaciones	39
4.4.3	Ambiente de Trabajo	39
4.5	Planificación de la Realización del Servicio	40

4.6	Procesos Relacionados con el Cliente	40
4.7	Diseño y Desarrollo	40
4.8	Compras	41
4.8.1	Selección de proveedores	41
4.8.2	Información de las compras	41
4.8.3	Verificación de los productos comprados	41
4.8.4	Calificación de proveedores	42
4.9	Prestación del Servicio	42
4.9.1	Control de la prestación del servicio	42
4.9.2	Propiedad del cliente	42
4.9.3	Satisfacción del cliente	43
4.10	Medición, Análisis y Mejora	43
4.10.1	Seguimiento y medición de procesos	43
4.10.2	Auditorías internas	43
4.10.3	Control del servicio no conforme	43

4.10.4	Acciones correctivas y acciones preventivas	44
5.	PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LA CLÍNICA SAN PABLO S.A.	45
5.1	REPRESENTANTE DE CALIDAD ANTE LA DIRECCIÓN	45
5.2	COMITÉ DE CALIDAD	45
5.3	ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	47
5.4	IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	47
5.5	DIAGNÓSTICO DE LOS PROCESOS	52
5.6	CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS	53
5.6.1	Identificación de clientes	55
5.6.2	Definición de los requisitos de los clientes	56
5.6.3	Documentación	63
5.6.4	Definición de Indicadores de Calidad	64
5.7	FILOSOFÍA DE LA CALIDAD	83
5.7.1	Política de Calidad	85

5.7.2	Objetivos de Calidad	86
6.	DOCUMENTACIÓN	88
6.1	DEFINICIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN	88
6.1.1	Formatos de registros	89
6.2	CONTROL DE DOCUMENTOS	91
6.3	DOCUMENTACIÓN DE LA NORMA	92
6.4	MANUAL DE FUNCIONES Y DICCIONARIO DE COMPETENCIAS	93
6.5	MANUAL DE CALIDAD	96
7.	IMPLEMENTACIÓN	97
7.1	APLICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS	97
7.2	SERVICIO NO CONFORME, ACCIONES CORRECTIVAS Y ACCIONES PREVENTIVAS	98
7.3	MEDICIÓN DE PROCESOS	100
7.3.1.	Ejemplos de Mediciones Realizadas	102
7.4	ACCIONES IMPLEMENTADAS	107

7.4.1	Implementación de un sistema integrado de información	107
8.	CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN	112
9.	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	116
9.1	AUDITORIA INTERNA	116
9.1.1	Planificación de la auditoría	116
9.1.2	Ejecución de la auditoría	118
9.1.3	Hallazgos de la auditoría	119
9.2	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	120
9.3	IMPACTO DE LA AUDITORÍA Y LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	121
9.3.1	Modificaciones Realizadas	122
10.	CONCLUSIONES	127
11.	RECOMENDACIONES	130
	BIBLIOGRAFÍA	131
	ANEXOS	133

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Procesos de la Clínica San Pablo S.A.	49
Tabla 2. Correlación entre Necesidades y Requisitos de Usuarios	58
Tabla 3. Aspectos Relevantes de la Misión y la Norma ISO 9001 para la definición de la política de calidad	85
Tabla 4. Eventos adversos presentados en urgencias	102
Tabla 5. Reingresos presentados en los usuarios de estancia Hospitalaria	105

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Modelo de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en proceso	30
Figura 2. Ciclo PHVA o Ciclo Deming	30
Figura 3. Estructura Interna Clínica San Pablo	35
Figura 4. Estructura del Comité de Calidad de la Clínica San Pablo	46
Figura 5. Mapa de Procesos de la Clínica San Pablo	50
Figura 6. Formato de Caracterización de Procesos	53
Figura 7. Ejemplo de plantillas en Excel para el cálculo de indicadores	101
Figura 8. Gráfica de tendencias de los eventos adversos presentados en urgencias	103
Figura 9. Resultados encuestas de satisfacción de usuarios de estancia hospitalaria	103
Figura 10. Resultados encuestas de satisfacción de usuarios de estancia hospitalaria	104
Figura 11. Resultados encuestas de satisfacción de usuarios de estancia hospitalaria	104
Figura 12. Resultados encuestas de satisfacción de usuarios de estancia hospitalaria	105
Figura 13. Gráfico de tendencias de reingresos presentados en estancia hospitalaria	105
Figura 14. Gráfico de tendencias del valor facturado radicado	106
Figura 15. Gráfico de tendencias del valor facturado glosado	106
Figura 16. Gráfico de tendencias del índice de satisfacción de consulta externa	107

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A: CARACTERIZACIONES DE PROCESOS	134
ANEXO B: MANUAL DE CALIDAD	170
ANEXO C: LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS	201
ANEXO D: PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS	236
ANEXO E: DICCIONARIOS DE COMPETENCIAS	271
ANEXO F: PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA	303
ANEXO G: PLAN DE AUDITORÍA INTERNA	306
ANEXO H: EJEMPLO LISTAS DE CHEQUEO PARA AUDITORÍA	322
ANEXO I: AUDITORÍA INTERNA	325
ANEXO J: FORMULARIO SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN	341

GLOSARIO

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD (IPS): institución creada para prestar los servicios de salud a los afiliados y beneficiarios en el nivel de atención correspondiente. Debe tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tiene autonomía administrativa, técnica y financiera. ¹

ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (EPS): es una aseguradora. Se constituye como el módulo administrativo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Su función es la de administrar los servicios de salud y los recursos del Sistema General de Seguridad Social en salud, delegados por el FOSYGA. Se encarga de inscribir, afiliar y carnetizar a la población beneficiaria, ya sea del régimen contributivo o del régimen subsidiado, para garantizar en su favor los servicios contemplados por los diferentes planes obligatorios de salud con cargo al aseguramiento de la población beneficiaria y la prestación de servicios a través de la red de IPS en forma directa e indirecta.²

SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN: es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante los cuales se establecen, se registran, se verifican y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de la capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud, de las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada.

¹ http://www.businesscol.com/productos/glosarios/servicios%20publicos/glosario_serviciospublicosi.html

² http://www.businesscol.com/productos/glosarios/servicios%20publicos/glosario_serviciospublicos_e.html

HISTORIA CLÍNICA: es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

GLOSA: son las observaciones de tipo administrativo y técnico realizadas a las cuentas de salud, mediante las cuales se objetan determinados valores cobrados.³

RIPS (Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS): es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicio, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades.

Los datos de este registro se refieren a la identificación del prestador del servicio de salud, del usuario que lo recibe, de la prestación del servicio propiamente dicho y del motivo que originó su prestación: diagnóstico y causa externa.

POS (Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado): es el conjunto de servicios de salud que todas las Entidades Promotoras de Salud, EPS, deben prestarle a sus afiliados.

Algunos de estos servicios son:

- ✓ Atención de urgencias de cualquier orden en todo el país.
- ✓ Consulta médica general y especializada.
- ✓ Hospitalización y cirugía en todos casos que se requieran, por ejemplo:
- ✓ Consulta médica en psicología, optometrías y terapias.

³ http://www.businesscol.com/productos/glosarios/servicios%20publicos/glosario_serviciospublicosg.html

- ✓ Tratamiento de enfermedades como Cáncer y SIDA sin importar que las haya tenido antes de su afiliación.
- ✓ Consulta y tratamientos odontológicos, excluyendo ortodoncia, periodoncia y prótesis.
- ✓ Atención integral durante la maternidad, el parto y al recién nacido.
- ✓ Exámenes de laboratorio y rayos X

Estos y otros servicios, así como los medicamentos esenciales, formulados con presentación genérica y no comercial, deben ser suministrados a los afiliados y sus beneficiarios sin costos adicionales.

RESUMEN

TITULO

“DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA CLÍNICA SAN PABLO S.A.”♦

AUTOR

Aura María Martínez Agudelo♦♦

PALABRAS CLAVES

Sistema de Gestión de la Calidad, Norma ISO 9001:2000, Procesos

DESCRIPCIÓN

De acuerdo con la tendencia actual, las empresas implementan Sistemas de Gestión de la Calidad para aumentar su capacidad de ofrecer productos y servicios que satisfagan a sus clientes, logrando con ello mayor competitividad.

La Clínica San Pablo S.A. como institución prestadora de servicios de salud especializados en psiquiatría, identificó la necesidad de implementar un sistema de gestión de la calidad, a través del cual pudiera mejorar la prestación de sus servicios, y como respuesta a los nuevos requerimientos establecidos por el estado en su tarea de asegurar la calidad en el sistema de salud.

El diseño y la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, se realizó en base a la norma ISO 9001 versión 2000, dando cumplimiento a cada uno de los numerales establecidos en la misma, y a los requisitos establecidos por el estado. Como resultado de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, la organización se tradujo en una red de procesos; se introdujo una filosofía de calidad representada por una política y objetivos de calidad; se estableció una cultura de la medición, con la implementación de indicadores para el monitoreo de los procesos; se dio inicio a la gestión por competencias con la definición y evaluación de las mismas, así como a la definición e implementación de acciones correctivas y preventivas para asegurar el buen desempeño de los procesos y a una gestión enfocada en el mejoramiento continuo.

♦ Proyecto de Grado

♦♦ Facultad de Ingenierías Físico – Mecánicas, Escuela de Estudios Industriales y Empresariales, Ingeniería Industrial, Ing. Sergio Isnardo Muñoz Villarreal

SUMMARY

TITLE

“DESIGN AND IMPLEMENTATION OF A QUALITY MANAGEMENT SYSTEM IN THE CLINICA SAN PABLO S.A.”♦

AUTHOR

Aura María Martínez Agudelo♦♦

KEY WORDS

Quality Management System, Norma ISO 9001:2000, Processes, Continuous Improvements.

DESCRIPTION

In agreement with the actual tendency, the companies implement Quality Management Systems to increase their products and services capacity offer for their clients satisfy. In this way, accomplishing a greater competitiveness.

The Clínica San Pablo S.A. as an lender institution of psychiatry health services, identified the necessity of implementing a quality management systems, with the one they could improve the rendering of their services and as an answer to the new requirements established by the state in their task of assuring the health system quality.

The design and implementation of the quality management system was applied in base of the Norma ISO 9001 2000 version, giving fulfillment to each one of the numerals established right in it, and the requirements established by estate. As a result of the quality management system implementation, the organization was traduced in a process network; it was introduced a quality philosophy, represented by the policy and objectives of quality; it was established a measurement culture with the indicators implementation for the process monitored; was began the management with the definition and evaluation of the same ones by competitions, to the definition and implementation of corrective and preventive actions to assure the processes well fulfillment and a management focused on the continuous improvement.

♦ Grade Project

♦♦ Physics Mechanics Engineering Faculty, Industrial and Enterprise Studies School, Industrial Engineering, Ing. Sergio Isnardo Muñoz Villarreal

INTRODUCCIÓN

Desde hace poco tiempo, la implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad y de su certificación por parte de un ente acreditado, se ha convertido en uno de los logros más perseguidos por las empresas en el país, quienes ven en ello una oportunidad de diferenciarse de otras, gracias al prestigio y reconocimiento que otorga, y a una ventaja para ser más competitivos en su entorno, frente a los nuevos retos que se imponen.

Los Sistemas de Gestión de Calidad que hoy en día se implementan, se basan en la norma ISO 9001:2000, la cual establece las pautas para su diseño e implantación y cuyo fin último es lograr la satisfacción de los clientes, a partir de la obtención de productos y servicios que cumplan con sus requisitos. La norma es muy flexible y permite adaptarse a todo tipo de empresas, ya sean grandes, medianas o pequeñas y dedicadas a diferentes objetos sociales, gracias a ello, su aplicación es hoy por hoy uno de los temas más frecuentes en el ambiente empresarial.

En este trabajo, se describe el diseño y la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad, en una empresa prestadora de servicios de salud, o IPS como es más conocida, especializada en psiquiatría.

El sector salud es uno de los más críticos del país, debido a su impacto social y a los grandes cambios que ha sufrido a partir de la reforma de 1993 con la promulgación de la ley 100. En pro del mejoramiento del Sistema de Salud del país, han sido muchas las disposiciones legales que se han promulgado para garantizar la adecuada prestación de servicios de salud, lo cual a su vez, ha exigido a las empresas del sector, grandes esfuerzos para

dar cumplimiento a las mismas, convirtiéndolas así en instituciones complejas en su funcionamiento.

De acuerdo con uno de los últimos decretos, el estado ha establecido el “Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, el cual tiene entre sus componentes el Sistema Único de Acreditación, máximo reconocimiento de calidad de los servicios, el cual si bien aún no es obligatorio, en poco tiempo se convertirá en un requisito, en la medida en que dicho sistema sea implementado.

De acuerdo con este panorama, la Clínica San Pablo S.A. decidió implementar un Sistema de Gestión de la Calidad, en respuesta a la nueva tendencia, que ya empezaba a significar una necesidad para competir en el mercado, y como un punto de partida para dar cumplimiento a los retos que el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en Salud comenzaba a imponer.

Implementar el Sistema de Gestión de Calidad, significó trabajar bajo el enfoque a procesos y de su gestión, resumida en la planificación, la implementación, la verificación y la actuación sobre lo hallado, así como trabajar bajo un enfoque preventivo hacia las fallas y de un enfoque proactivo ante la ocurrencia de las mismas.

Este documento, describe las etapas que se ejecutaron para el diseño e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en la Clínica San Pablo S.A., la cual como ya se mencionó se especializa en el área de psiquiatría ofreciendo los servicios de urgencias, consulta externa, estancia hospitalaria, programa de adicciones y clínica ambulatoria u hospital día.

El documento inicia con la planificación del sistema, a partir de la cual la organización se transforma en un mapa de procesos y se define la filosofía de calidad, representada en su política y objetivos, continúa con la etapa de documentación, durante la cual se elaboran los documentos en los cuales se consigna la descripción de las actividades que contemplan los procesos, para una vez finalizada, continuar con la implementación del sistema, en la cual se aplica la documentación, se miden los indicadores de calidad, se maneja el servicio no conforme y se da inicio a la definición e implementación de acciones correctivas y preventivas, por último, se cierra el ciclo con la evaluación del Sistema de Gestión de Calidad, a través de la auditoría interna y de la revisión por la dirección.

El desarrollo de este proyecto tuvo un gran impacto en la organización, debido a los cambios que se evidenciaron en su cultura y en su funcionamiento, cambios que aportaron un nuevo enfoque, una nueva estrategia, nuevas metas y nuevos objetivos.

1. GENERALIDADES DEL PROYECTO

1.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar e implementar un sistema de gestión de calidad que cumpla con los parámetros definidos en la norma NTC ISO 9001 versión 2000.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar la situación actual de la Empresa
- Determinar los requisitos de los clientes y demás partes interesadas de la institución
- Identificar y realizar el diagnóstico de los procesos de la organización
- Elaborar el mapa de procesos del sistema de gestión de la calidad
- Realizar la caracterización de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad
- Definir un sistema de Indicadores de Calidad para los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Definir la política y los objetivos de calidad de la Clínica San Pablo S.A.
- Ejecutar un plan de capacitación y sensibilización sobre la Gestión de la Calidad al interior de la organización
- Verificar la conformidad del Sistema de Gestión de Calidad propuesto con los requisitos de la norma ISO 9001:2000, mediante la ejecución de auditoría interna.
- Realizar la inscripción ante el ente certificador para el inicio del proceso de certificación del Sistema de Gestión de Calidad, de la Clínica San Pablo S.A.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ISO

ISO es la Organización Internacional de Normalización, conformada por organismos nacionales de normalización de países de todas las regiones del mundo. ISO tiene por objeto desarrollar normas técnicas voluntarias, que agregan valor a todo tipo de operaciones comerciales y que contribuyen a que el desarrollo, fabricación y suministro de productos y servicios, sea más eficiente, seguro y limpio, con el fin de facilitar el intercambio de bienes y servicios en todo el mundo.

La Organización ISO está compuesta por tres tipos de miembros:

- **Miembros del Comité Ejecutivo:** estas organizaciones se responsabilizan por informar a las partes potencialmente interesadas en cada uno de sus países, de oportunidades e iniciativas relevantes a la estandarización internacional y aseguran que los intereses de su país se encuentren representados durante negociaciones internacionales, al momento de realizar acuerdos en las estandarizaciones. Cada representante es responsable de aportar una cuota de membresía a la Organización, para financiar sus operaciones. Cada uno de los miembros Ejecutivos tienen derecho a voz y voto durante las juntas generales de ISO en el comité técnico y el comité político.
- **Miembros Correspondientes:** son organizaciones de algunos países que usualmente no poseen un desarrollo pleno en las actividades de estandarización a nivel nacional. Los miembros por correspondencia tienen voz pero no tienen voto durante las juntas generales de ISO, pero son enteramente informados a cerca de las actividades que le interesan a las industrias en cada uno de sus naciones.

- Miembros Suscritos: ISO ha implementa también esta tercera categoría para los organismos de los países con economías muy pequeñas. Ellos pagan cuotas de membresía reducidas que les permiten mantenerse en contacto con estándares internacionales.

Las normas, que por definición son documentos que proveen reglas, directrices o características para actividades con el fin de que alcancen niveles óptimos, son elaboradas por comités técnicos de la ISO en los cuales cada organismo miembro tiene el derecho de estar representado.

Los proyectos de normas internacionales adoptados por los comités técnicos son enviados a los organismos miembros para votación. La publicación como norma internacional requiere la aprobación por al menos el 75% de los organismos miembros requeridos a votar.

2.2 ANTECEDENTES DE LAS NORMAS ISO 9000

- En 1959, el Departamento de la Defensa de los Estados Unidos estableció un Programa de Administración de la Calidad que llamó MIL-Q-9858.
- Cuatro años mas tarde se revisó y nació MIL-Q-9858A.
- En 1986 la Organización de Tratados del Atlántico Norte (NATO) adaptó la norma MIL-Q-9858A para elaborar la primera Publicación del Aseguramiento de la Calidad Aliada (Quality Assurance Publication 1 (AQAP-1).
- En 1970, el Ministerio de la Defensa Británico adoptó la norma AQAP-1 en su Programa de Administración de Estandarización para la Defensa DEF/STAN 05-8.
- Con esa base, el Instituto Británico de Estandarización (British Standard Institute, BSI) desarrolló en 1979 el primer sistema para la administración de la estandarización comercial conocido como BS 5750. La norma BS 5750 regula los sistemas de calidad en el Reino Unido, y tiene su origen

en las compras militares. Debido a la naturaleza crucial de esos productos y a los problemas prácticos de investigar los productos defectuosos usados en las acciones, se puso énfasis en ver cómo se hacían los productos y en los sistemas de calidad de los proveedores correspondientes.

- Con este antecedente, ISO elaboró en 1987 la serie de estandarización ISO 9000, adoptando la mayor parte de los elementos de la norma británica BS 5750.

Las normas de la serie ISO 9000 Gestión de Calidad, constituyen una herramienta importante para las empresas, para demostrar a sus compradores, particularmente a los de mercados exteriores, la capacidad de producir bienes y/o servicios de conformidad con los requisitos.

2.3 NORMAS ISO 9000 VERSIÓN 2000

Después de su publicación en 1987, las normas ISO 9000 fueron revisadas y actualizadas en 1994 y nuevamente en el 2000, de ésta última revisión se obtuvo la edición que a la fecha está en vigencia.

A continuación se citan las normas ISO 9000:

- Norma ISO 9000. Describe los fundamentos de los sistemas de gestión de la calidad y especifica la terminología de los sistemas de gestión de la calidad.
- Norma ISO 9001. Especifica los requisitos para los sistemas de gestión de la calidad aplicables a toda organización, que necesite demostrar su capacidad para proporcionar productos o servicios que cumplen los requisitos de sus clientes y los reglamentarios que le sean de aplicación, y cuyo objetivo es aumentar la satisfacción del cliente.
- Norma ISO 9004. Proporciona directrices que consideran tanto la eficacia como la eficiencia del sistema de gestión de la calidad. El objetivo de esta

norma es la mejora del desempeño de la organización y la satisfacción de los clientes y partes interesadas.

- Norma ISO 19011. Proporciona orientación relativa a las auditorías de sistemas de gestión de la calidad y de gestión ambiental.⁴

2.4 BASE RACIONAL PARA LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

La implementación de un sistema de gestión de la calidad en una organización, busca brindar confianza a sus clientes y demostrar su capacidad para proporcionar productos o servicios que cumplan con los requisitos establecidos. Un sistema de gestión de la calidad permite orientar la organización hacia la mejora continua y con ello a la probabilidad de aumentar la satisfacción de clientes y demás partes interesadas.

2.4.1 Principios de Gestión de la Calidad. En esta nueva versión de las norma ISO 9000, se introdujeron ocho principios de gestión de calidad, sobre los cuales se basan los sistemas de gestión de calidad diseñados de acuerdo con la norma y que contribuyen a la mejora continua al interior de la organización.

Estos principios se resumen a continuación:

- **Organización enfocada a los clientes:** las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deben comprender sus necesidades presentes y futuras, cumplir con sus requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas.
- **Liderazgo:** los líderes establecen la unidad de propósito y dirección de la organización. Ellos deben crear y mantener un ambiente interno, en el

⁴ Norma Técnica Colombiana NTC – ISO 9000. Normas Fundamentales sobre gestión de la calidad y documentos de orientación para su aplicación.

cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente para lograr los objetivos de la organización.

- **Compromiso de todo el personal:** el personal, con independencia del nivel de la organización en el que se encuentre, es la esencia de la organización y su total implicación posibilita que sus capacidades sean usadas para el beneficio de la organización.
- **Enfoque a procesos:** los resultados deseados se alcanzan más eficientemente cuando los recursos y las actividades relacionadas se gestionan como un proceso.
- **Enfoque del sistema hacia la gestión:** identificar, entender y gestionar un sistema de procesos interrelacionados para un objeto dado, mejora la eficiencia y la eficacia de una organización.
- **La mejora continua:** la mejora continua debe ser el objetivo permanente de la organización.
- **Enfoque objetivo hacia la toma de decisiones:** las decisiones efectivas se basan en el análisis de datos y en la información.
- **Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores:** una organización y sus proveedores son independientes y una relación mutuamente benéfica intensifica la capacidad de ambos para crear valor y riqueza.⁵

2.4.2 Enfoque Basado en Procesos. Las nuevas normas ISO 9000 tienen su fundamento en el enfoque basado en procesos, el cual es introducido como uno de los ocho principios sobre los cuales se basan los sistemas de gestión de la calidad que fueron mencionados anteriormente.

El propósito del enfoque basado en procesos es mejorar la eficacia y eficiencia de la organización para lograr los objetivos definidos.

⁵ Norma Técnica Colombiana NTC – ISO 9000. Normas Fundamentales sobre gestión de la calidad y documentos de orientación para su aplicación.

Beneficios del enfoque basado en procesos:

- Integrar y alinear los procesos para permitir el logro de los resultados planificados.
- Proporcionar confianza a los clientes y otras partes interesadas, respecto al desempeño coherente de la organización.
- Brindar transparencia en las operaciones dentro de la organización.
- Reducir costos y tiempos de ciclo a través del uso eficaz de los recursos.
- Mejorar los resultados siendo más coherentes y predecibles.
- Proporcionar oportunidades para enfocar y priorizar las iniciativas de mejora
- Estimular la participación del personal y la clarificación de sus responsabilidades.

Un enfoque basado en procesos es una excelente vía para organizar y gestionar la forma en que las actividades de trabajo crean valor para el cliente y otras partes interesadas.

Las organizaciones están estructuradas a menudo como una jerarquía de unidades funcionales, y habitualmente se gestionan verticalmente, en la cual, la responsabilidad por los resultados obtenidos es dividida entre unidades funcionales, esto conlleva a la escasa o nula mejora en la organización, ya que las acciones están frecuentemente enfocadas en las funciones más que en el beneficio global de la organización.

El enfoque basado en procesos introduce la gestión horizontal, cruzando las barreras entre diferentes unidades funcionales y unificando sus enfoques hacia las metas principales de la organización.

El desempeño de una organización puede mejorarse a través del uso del enfoque basado en procesos, estos se gestionan como un sistema, mediante la creación y entendimiento de una red de procesos y sus interacciones.

Los resultados de un proceso pueden ser elementos de entrada para otros procesos y estar interrelacionados dentro de la red global o sistema global.⁶

Figura 1. Modelo de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en proceso



Cada uno de los procesos, debe gestionarse para asegurar la consecución de los objetivos de la organización. La gestión puede representarse a través del ciclo PHVA o ciclo Deming, el cual es una herramienta muy útil en el mejoramiento continuo de los procesos.

Figura 2. Ciclo PHVA o Ciclo Deming



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

⁶ Tomado de la Norma Técnica Colombiana NTC – ISO 9000. Normas Fundamentales sobre gestión de la calidad y documentos de orientación para su aplicación.

3. GENERALIDADES DE LA EMPRESA

La Clínica San Pablo S.A. es una entidad de carácter privado fundada en 1981, especializada en la atención de personas con alteraciones del sistema nervioso, bajo la modalidad de Urgencias, Consulta Externa, Clínica Ambulatoria y Hospitalización plena.

Su misión consiste en prestar una atención individualizada, humana, al día con los avances de la ciencia y acorde con los requerimientos de la persona.

La atención integral que ofrece, incluye tratamientos para personas con adicción al alcohol, drogas u otras adicciones.



3.1 MISIÓN

“Proporcionar a toda aquella persona con alteraciones en el sistema nervioso, o que incurra en el alcoholismo o farmacodependencia, una plena y adecuada reintegración a su medio familiar, social y laboral, además de prestar un especial cuidado a personas de la tercera edad.

Contamos con tratamientos especializados respaldados por personal médico y paramédico capacitado de una gran calidad humana, que garantiza diagnósticos acertados, tratamientos científicos y una rehabilitación oportuna en el mejor ambiente terapéutico.

Nuestra filosofía se basa en mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes como también la de todo nuestro personal.

Por lo anterior hoy día somos la institución líder en la prestación de esta clase de servicios”

3.2 VISIÓN

“La Clínica San Pablo, entidad de carácter privado, como prestadora de los mejores servicios de psiquiatría en el oriente colombiano, desea proyectar la calidad de los mismos, buscando ser reconocida a nivel nacional por los excelentes resultados obtenidos en sus tratamientos, que conllevan nuevamente a la adaptación de los pacientes a su medio.

Desea verse como una organización innovadora, integrada al cambio y con un recurso humano altamente capacitado y unido, que logre satisfacer las necesidades de sus clientes”

3.3 LA CLÍNICA Y SU HISTORIA

En el año de 1981, ante la necesidad de ofrecer a la población santandereana y de la región nororiental del país, una opción diferente en la atención de salud mental, a la ofrecida por el estado, a través de su hospital departamental, un grupo de personas pertenecientes al sector salud y lideradas por el Doctor GERMAN DUARTE HERNANDEZ, Médico Psiquiatra de la Universidad de Antioquia, fundaron la Clínica San Pablo para ofrecer los servicios de hospitalización a personas con problemas en su sistema nervioso. De igual manera, debido a la gran experiencia del Doctor Duarte y quien por cinco años manejó el programa de Farmacodependencia y alcoholismo en el Hospital San Camilo, se implantó un programa especial para el tratamiento a personas con adicción al alcohol o a las drogas, el cual a través de los años ha tenido muy buena aceptación.

Con el transcurso del tiempo se han ido adicionando otros servicios como clínica ambulatoria, consulta externa de psiquiatría y psicología, así como programas de prevención y promoción, bajo la modalidad de grupos de apoyo para las patologías más frecuentes.

Desde su fundación hasta noviembre de 1995, la institución funcionó en la carrera 55 # 71 – 79, en Lagos del Cacique, para luego trasladarse a la carrera 38 # 48 – 90, lugar en el que funciona actualmente. Las instalaciones cuentan con confortables habitaciones, capilla, zona social, taller de terapia ocupacional, entre otros, que sumados a la atención brindada por el equipo multidisciplinario al mando del Doctor Germán Duarte Hernández, revierten en la prestación de un excelente servicio.

A lo largo de estos 24 años de funcionamiento la Clínica se ha distinguido por sus tratamientos humanos y efectivos, lo cual le ha permitido ser

recomendada como la primera institución del oriente colombiano en la rama de psiquiatría.

Lo anterior, les ha permitido tener la plena confianza de todas las entidades promotoras de salud (EPS) públicas y privadas existentes, empresas de salud prepagada y otras instituciones aseguradoras, con las cuales tiene establecidos convenios para la prestación de servicios.⁷

3.4 SERVICIOS Y PROGRAMAS

La Clínica San Pablo S.A. ofrece actualmente los siguientes servicios:

- ✓ Urgencias Psiquiátricas 24 horas
- ✓ Hospitalización para personas con trastornos nerviosos
- ✓ Clínica Ambulatoria u Hospital Día
- ✓ Programa para el Tratamiento y Rehabilitación de Adicciones
- ✓ Grupos de apoyo para el Trastorno Afectivo Bipolar, Trastorno Depresivo Mayor y Adicciones.
- ✓ Consultas externa de psiquiatría y psicología

La Clínica cuenta con un equipo interdisciplinario conformado por médicos psiquiatras, psicólogos y terapeuta ocupacional, ofreciendo así una atención integral.

3.5 ESTRUCTURA INTERNA

La Clínica San Pablo se divide en dos áreas, el área de Dirección Científica y el Área Administrativa.

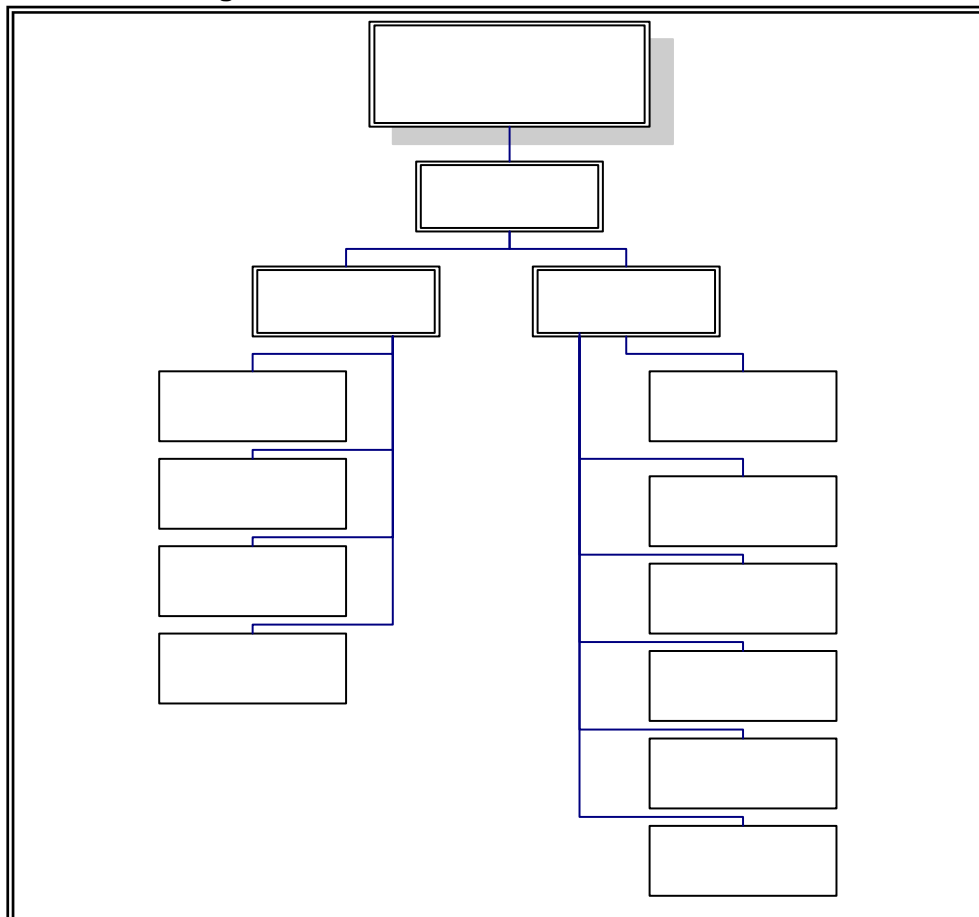
Cada área se organiza por departamentos, establecidos según las funciones que desempeñan los trabajadores que pertenecen a esa área, así, en el área de dirección científica se encuentran los departamentos de enfermería,

⁷ <http://www.clinicasanpablo.com.co>

psicología, terapia ocupacional y servicios generales, mientras en el área administrativa se encuentran los departamentos de facturación, archivo y estadísticas, tesorería, contabilidad, atención al usuario (consulta externa y recepción) y la subgerencia, quien se encarga del manejo de las compras y del recurso humano de la institución.

La dirección de la Clínica San Pablo recae sobre la Gerencia, quien es la encargada de gestionar la organización en la consecución de sus objetivos. Así mismo, y por el objeto social de la empresa, el Director Científico es quien dirige al equipo asistencial en las tareas propias de la atención de usuarios, y quien configura los servicios y tratamiento ofrecidos en la institución.

Figura 3. Estructura Interna Clínica San Pablo



4. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA CLÍNICA SAN PABLO S.A. RESPECTO A LOS REQUISITOS ISO 9001 VERSIÓN 2000

Como punto de partida para el diseño del Sistema de Gestión de la Calidad, se realizó un diagnóstico de la empresa, con el fin de identificar el estado de la organización respecto a los requisitos establecidos en la norma ISO 9001 versión 2000, obteniendo así información relevante para la planificación del Sistema de Gestión de la Calidad.

El diagnóstico se desarrolló mediante la observación directa, y a través de reuniones con la alta dirección y trabajadores de la empresa.

A continuación se presentan los hallazgos del diagnóstico:

4.1 Requisitos Generales

- La organización tenía una estructura jerárquica y estaba dividida en áreas y departamentos por funciones, por lo cual no se evidenciaba un enfoque de procesos dentro de la institución, siendo éste un concepto nuevo para la misma.
- Por lo anterior no se había identificado la secuencia e interacción entre procesos, ni se habían definido métodos y criterios de control para los mismos.

4.2 Documentación

- No existían los procedimientos documentados establecidos en la norma ISO 9001.
- Existían algunos procedimientos, guías médicas y protocolos médicos documentados, informalmente, ya que no se habían definidos reglas para

su elaboración, por lo cual no se encontraban codificados y su presentación difería entre unos y otros.

- No había evidencia de elaboración del manual de calidad.
- Todos los documentos permanecían en la gerencia, quien controlaba el acceso a los mismos. Se evidenciaba la presencia de documentos obsoletos en los puntos de uso, ya que no se habían definido normas para la revisión y actualización de los mismos. Las responsabilidades sobre el manejo de la documentación no estaba definida clara ni formalmente, por lo cual se confirmó que no existía un control de documentos formalmente establecido en la institución.
- Los registros no estaban plenamente identificados, lo que dificultaba su control. Las historias clínicas eran los únicos registros para los cuales se tenían establecidas normas formales para su identificación, recuperación y acceso.

4.3 Responsabilidad de la Dirección

- Los objetivos de calidad y los específicos a los procesos no estaban definidos.
- Las responsabilidades y autoridades estaban definidas en el manual de funciones, sin embargo, se encontraron diversas versiones de dicho documento, en cada uno de los cuales se definían funciones que diferían unas de otras lo que dificulta la claridad en las mismas y no se encontraban todos los cargos establecidos en la institución.
- No se había definido un representante ante la dirección del sistema de gestión de la calidad. En el momento, la gerencia era quien lideraba la iniciativa.
- Los canales de comunicación estaban definidos y se tenían registros específicos para el manejo de la misma. La comunicación se manejaba a través de reuniones, cartelera informativa, cartas y circulares. Era

necesario definir el procedimiento para el manejo de las comunicaciones internas en la organización.

- No existía un procedimiento formal para la revisión por parte de la dirección.
- No existía un enfoque hacia los resultados, ya que no se trabaja en base a objetivos ni a metas propuestas.

4.4 Gestión de Recursos

4.4.1 Recursos Humanos

- La gestión de los recursos humanos se realizaba a través de la gerencia y subgerencia, y en conjunto con los jefes de enfermería, en el caso del personal auxiliar de enfermería.
- Como se mencionó anteriormente, las funciones del personal habían sido descritas en el manual de funciones, así como el perfil exigido para los cargos, en el cual se definía el conocimiento, la experiencia y las habilidades requeridas; sin embargo, se encontraron para un mismo cargo, distintas versiones de las funciones, lo que demostró la falta de control y de revisión del documento.
- La selección del personal se realizaba según el perfil que se requería para el cargo, sin embargo no había un procedimiento establecido formalmente.
- La inducción y el entrenamiento para los trabajadores nuevos, los realizaba la persona que desempeñaba ese cargo y en el caso de las auxiliares o jefes de enfermería, lo realizaba el jefe con más experiencia en la institución.
- Las capacitaciones del personal se realizaban a través de las ofertas de las aseguradoras de riesgos profesionales y de las cajas de compensación como Comfenalco y de otras entidades como el Sena. Así

mismo, los auxiliares de enfermería recibían capacitación por parte de los jefes de enfermería en aquellos aspectos en que se evidenciaban fallas.

- La mayor proporción de los trabajadores de la empresa contaban con más de 5 años en la institución, lo cual garantizaba un recurso humano con un alto grado de compromiso y lealtad, así como con conocimiento suficiente para la realización de las labores.
- Los trabajadores eran evaluados de acuerdo con las fechas de vencimiento de sus contratos, ya que de los resultados dependía la renovación del mismo. La evaluación la realizaba el jefe inmediato al cargo evaluado, mediante un formato de evaluación de desempeño establecido. Aunque la evaluación contemplaba los aspectos más relevantes del desempeño del trabajador, no se evaluaban las habilidades propias para el cargo.

4.4.2 Instalaciones

- Mediante la resolución 1439 de 2002 se estableció el Sistema Único de Habilitación, en el cual se establecieron las condiciones y características de infraestructura que debían cumplir las instituciones prestadoras de salud, la Clínica San Pablo, contaba con la habilitación, la cual le fue otorgada en el año 2003 y mediante la cual garantizaba que las instalaciones físicas requeridas para la prestación de los servicios ofrecidos.

4.4.3 Ambiente de Trabajo

- Las condiciones de trabajo eran normales. La Gerencia era la responsable de gestionar el ambiente de trabajo, cuyo objetivo era ofrecer condiciones óptimas para el adecuado desempeño de las labores.
- Así mismo, se tenía establecido el Comité Paritario de Salud Ocupacional, de acuerdo con lo requerido por la reglamentación vigente, quien era el encargado de analizar las condiciones de trabajo, para evaluar los riesgos

de los trabajadores en las actividades realizadas, en conjunto con la aseguradora de riesgos profesionales de la institución.

4.5 Planificación de la Realización del Servicio

- Los servicios prestados se planificaban de acuerdo con los requerimientos establecidos en la ley 100 de 1993 y las resoluciones 5261 de 1994, 1439 de 2002 y la 2309 de 2002 y de las condiciones establecidas por los clientes (EPS y empresas aseguradoras), base en los conocimientos científicos.
- Para la planificación del tratamiento se contaba con profesionales especializados, acompañados de un equipo terapéutico conformado por enfermeras, médico general, psicóloga y terapeuta ocupacional.
- Se encontraban definidos y documentados protocolos y guías médicas de las patologías, así como los protocolos para la atención de enfermería.

4.6 Procesos Relacionados con el Cliente

- La identificación de las necesidades de los clientes, se realizaba a través de los contratos de prestación de servicios, el conversatorio de pacientes hospitalizados y de clínica ambulatoria, y las auditorías realizadas por las empresas con las cuales la clínica tenía convenios de prestación de servicios.
- La comunicación con los usuarios se realizaba a través de encuestas y de la atención personalizada. Con los clientes institucionales, se utilizaban medios como cartas y visitas por parte de la gerencia.

4.7 Diseño y Desarrollo

- Se excluyó el diseño y desarrollo, ya que los servicios prestados por la institución estaban definidos en el plan obligatorio de salud

4.8 Compras

4.8.1 Selección de Proveedores

- La selección de proveedores se realizaba entre la Gerencia y Subgerencia, siendo la primera, quien determinaba o elige el proveedor a contratarse. No se encontraron registros que evidenciaran la evaluación para la selección
- No se había establecido un documento en el que se definiera el procedimiento a seguir para la selección de proveedores, así como los criterios para la misma.

4.8.2 Información de las Compras

- Las compras se gestionaban a través de la Subgerencia, quien era la encargada de recolectar los pedidos que elaboraban las distintas áreas de la institución en unos formatos establecidos para tal fin.
- Si las necesidades en compras representaban un alto valor, la Gerencia era la única persona que podía autorizarla.

4.8.3 Verificación de los Productos Comprados

- La verificación de los productos comprados, la realizaba la persona encargada de la recepción del pedido. No se encontró evidencia de la evaluación de los pedidos una vez eran recibidos.
- La factura era revisada por la subgerente, quien era la persona autorizada para realizar cualquier reclamo ante el proveedor por cualquier anomalía presentada.
- No existía un procedimiento estructura para la recepción y verificación de pedidos.

4.8.4 Calificación de Proveedores

- No existía un procedimiento estandarizado para la calificación de proveedores, éstos se evaluaban de acuerdo con su desempeño, en cuanto al cumplimiento en sus entregas y al plazo de pago que otorgaban, pero no se encontró ningún registro en el cual se evidenciara la evaluación de proveedores.

4.9 Prestación del Servicio

4.9.1 Control de la Prestación del Servicio

- El control de la prestación del servicio, se realizaba través del seguimiento a los pacientes mediante las valoraciones médicas del equipo terapéutico, las cuales quedaban consignadas en la historia clínica.
- Así mismo se realizaba auditoría de historias clínicas, para verificar el cumplimiento de los protocolos y guías de atención, a los pacientes atendidos en la institución por los diferentes servicios. La auditoría la realizaba el comité de historias clínicas y los hallazgos se registraban en las actas de comité y en los formatos elaborados para tal fin.

4.9.2 Propiedad del cliente

- Las historias clínicas son propiedad del cliente, por lo cual su identificación, almacenamiento, protección y recuperación, se realizaba de acuerdo con el decreto 1995 de 1999, y según normas específicas de la institución para el manejo de las mismas.
- Como propiedad del cliente también se identificaron las pertenencias de los pacientes, para las cuales se tenía establecido un procedimiento para recepción y entrega.

4.9.3 Satisfacción del Cliente

- La empresa medía la satisfacción de sus usuarios, a través de encuestas, las cuales eran tabuladas mensualmente.
- Por otro lado, la Gerencia realizaba un seguimiento a la satisfacción de los clientes, a través de las visitas que realiza semestralmente, en las cuales recopilaba los comentarios o sugerencias que realizaban.

4.10 Medición, Análisis y Mejora

4.10.1 Seguimiento y Medición de Procesos.

- Los procesos no se habían definido y por consiguiente tampoco se habían definido Indicadores de Calidad para evaluar el desempeño de los mismos.
- Al interior de la organización no se conocía el concepto de Indicadores de Calidad, por lo cual era algo novedoso para la misma. Solo se calculaban estadísticas de usuarios atendidos por diagnóstico, EPS o empresa aseguradora, por sexo y por servicio recibido.

4.10.2 Auditorias Internas.

- Aunque el concepto de auditoría no era nuevo para la empresa, ya que constantemente eran sometidos a auditorías por parte de las instituciones con convenios de prestación de servicios, al interior de la clínica no se desarrollaban auditorías internas, por lo cual no existía un procedimiento para ello.

4.10.3 Control del Servicio No Conforme

- Cuando se presentaba una no conformidad en el servicio, éste era analizado por los responsables del área o departamento en el cual se presentaba.

- Si la no conformidad tenía una alta repercusión, ésta se daba a conocer a la Gerencia o a la Dirección Científica para tomar las acciones pertinentes para su manejo.
- No existía un procedimiento para el manejo de las no conformidades.

4.10.4 Acciones Correctivas y Acciones Preventivas

- Las acciones de mejora, se realizaban por iniciativa del Gerente y la Junta Directiva de la empresa, con el fin de brindar un mejor servicio.
- Así mismo las acciones correctivas que se tomaban para eliminar causas de problemas que se generaban, se toman a través de la gerencia, la dirección científica, la junta directiva, y de las reuniones de comités.
- No se realizaba seguimiento a las acciones implementadas por lo que se dificultaba la verificación de su eficacia en la solución o prevención de problemas.
- No se había establecido un procedimiento para la definición, ejecución y seguimiento de acciones preventivas y correctivas, encaminadas a la solución de problemas reales o potenciales al interior de la institución.

5. PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LA CLÍNICA SAN PABLO S.A.

5.1 REPRESENTANTE DE CALIDAD ANTE LA DIRECCIÓN

Como punto de partida en la planificación del Sistema de Gestión de la Calidad, se designó el representante y el facilitador de calidad, quienes serían las personas que liderarían el proyecto al interior de la institución.

Con miras al mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad una vez implementado, se determinó que en compañía del autor del proyecto, se encontraría la Jefe de Enfermería Beatriz Rueda Isaza, quien una vez finalizado el proyecto, sería la responsable de la gestión para el mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión de Calidad; de esta manera, también se daba la oportunidad de capacitar a una persona dentro de la institución para que diera continuidad al proyecto.

La Jefe Beatriz Rueda fue escogida por sus larga trayectoria en la institución, lo que le otorgaba un alto grado de conocimiento de la clínica, así como de los procesos asistenciales, representando un apoyo muy valioso en el desarrollo del proyecto.

La autora, se designó como facilitadora de calidad, pero fue la persona que planificó y dirigió las actividades y brindó capacitación a la Jefe de Enfermería. Así mismo la empresa contrató un asesor en calidad para que dirigiera las labores a desarrollarse.

5.2 COMITÉ DE CALIDAD

Una vez se designaron los líderes del proyecto, se seleccionó un equipo responsable de apoyar la labor del representante y del facilitador de calidad,

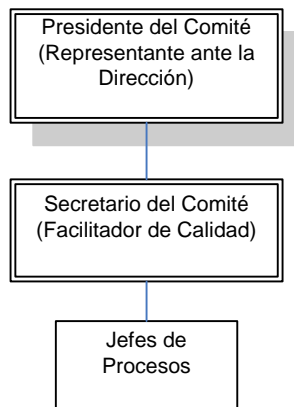
aportando conocimientos, evaluando propuestas y siendo transmisores al interior de la organización, de las acciones e información que se generara en relación con la gestión de la calidad.

En un primer momento, el comité fue conformado por la Gerente, el Director Científico, el Representante de Calidad y el Facilitar de Calidad, representando así la dirección de la institución y los líderes del proyecto.

En la medida en que la planificación de la calidad avanzaba, y una vez que se identificaron los procesos que conformaban el sistema de gestión de calidad, se designaron los jefes o responsables de procesos, quienes se integraron al comité de calidad.

De esta manera, se conformó el comité de calidad, el cual definió una frecuencia de reunión de quince días.

Figura 4. Estructura del Comité de Calidad de la Clínica San Pablo



El comité de calidad se estableció con el fin de reunir un equipo que realizara seguimiento al desempeño del Sistema de Gestión de Calidad, así como brindar un espacio en el cual se discutieran hechos o propuestas que afectaran los procesos del sistema y con ello la calidad de los servicios

ofrecidos a los clientes; así mismo se utilizó como medio de capacitación para los jefes de procesos y de divulgación de la filosofía de calidad y documentos referentes a la Gestión de la Calidad.

5.3 ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

El alcance del Sistema de Gestión de la Calidad, hace referencia a los procesos que serán certificados por el ente autorizado, y que son aquellos procesos que afectan directamente la satisfacción del cliente.

En la Clínica San Pablo S.A. el alcance se determinó a partir de los servicios ofrecidos; para la organización, la importancia de la implementación y certificación de su sistema de gestión de la calidad, radicaba en la necesidad de poder demostrar su capacidad de ofrecer servicios con un alto grado de calidad, por ello determinó que el alcance del sistema contemplara todos los servicios que ofrecía.

Así mismo, el alcance del Sistema de Gestión de Calidad se define por las exclusiones sobre los numerales definidos en la norma ISO 9001:2000, que en el caso de la institución son el numeral 7.3 “Diseño y Desarrollo” y el numeral 7.5.2 “Validación de los Procesos de la Producción y de la Prestación del Servicio”.

5.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

La norma ISO 9001 versión 2000, introduce como uno de los principios sobre los cuales se deben estructurar los Sistemas de Gestión de la Calidad, el *Enfoque Basado en Procesos*. Según este principio, las organizaciones se gestionan más eficientemente, si se traducen o representan en una red de procesos interrelacionados, a través de los cuales se obtienen los servicios y/o productos que cumplen con los requisitos del cliente.

Bajo este enfoque, era necesario representar la institución, en un conjunto de procesos y no en áreas, como generalmente se representan y se estructuran las organizaciones.

Partiendo de la premisa de que los procesos comprenden una serie de actividades que son realizadas por diferentes departamentos, que añaden valor y que ofrecen un servicio al cliente⁸, que puede ser interno o externo, se definieron los procesos de la Clínica San Pablo.

La definición de los procesos, partió de la siguiente clasificación:

- *Procesos de Dirección:* aquellos encargados de la planificación del desarrollo e implantación de estrategias, políticas, normas y directrices.
- *Procesos Asistenciales:* aquellos relacionados directamente con la prestación de los servicios ofrecidos por la institución.
- *Procesos de Apoyo Administrativo y Financiero:* aquellos necesarios para la operación de la institución y prestación de los servicios, pero que no se relacionan con la atención asistencial directa de usuarios.⁹

La definición de los procesos que se incluyeron en cada una de las clases descritas, se realizó de la siguiente manera:

- Los procesos asistenciales se definieron a partir de los servicios ofrecidos en la institución y que contemplaba el alcance definido.
- Los procesos de apoyo administrativos y financieros se definieron a partir de las actividades del área administrativa.

⁸ La Gestión por Procesos. Servicio de Calidad de Atención Sanitaria Sescam de Toledo, 21 de Octubre de 2002.

⁹ Clasificación sugerida en el documento "La Gestión Por Procesos", del Servicio de Calidad de Atención Sanitaria Sescam de Toledo, 21 de Octubre de 2002

- Los procesos de dirección a partir de las actividades desarrolladas por la Gerencia, introduciendo la *Gestión de la Calidad*, que se iniciaba con el desarrollo del proyecto.

Los procesos identificados en la institución, se relacionan en la tabla que se presenta a continuación.

Tabla 1. Procesos de la Clínica San Pablo S.A.

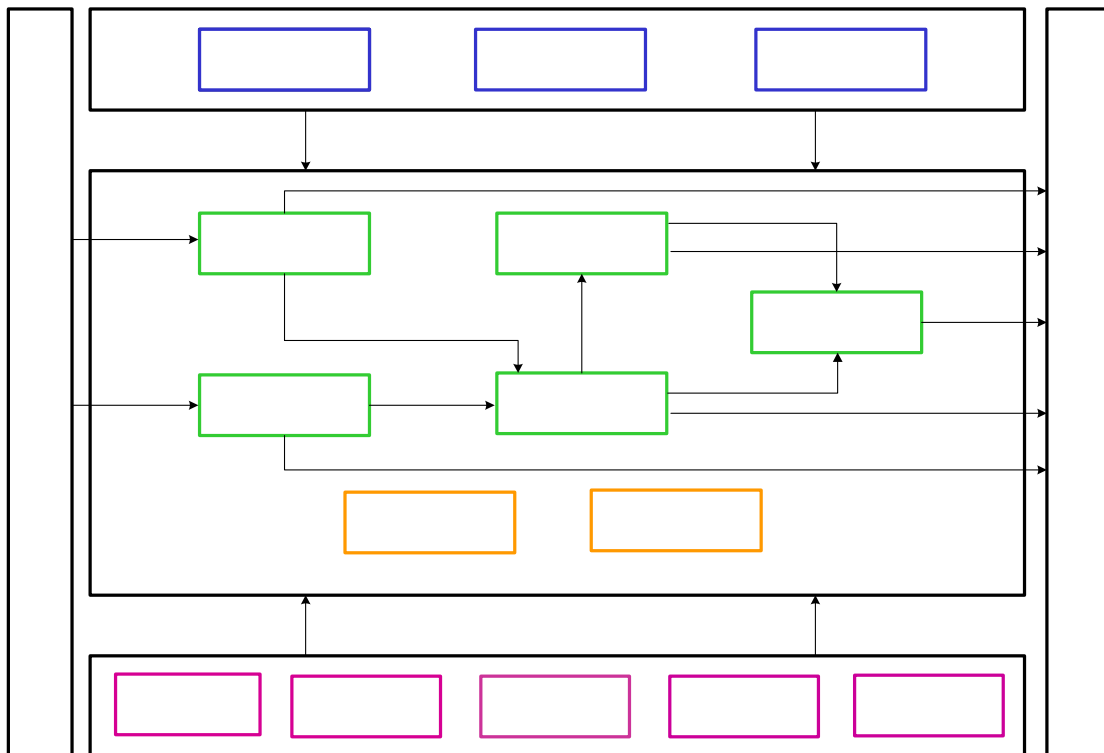
Tipo de Proceso	Proceso
Procesos de Dirección	Planificación del Sistema
	Gestión de la Calidad
	Convenios
Procesos Asistenciales	Urgencias
	Consulta Externa
	Estancia Hospitalaria
	Programa de Adicciones
	Clínica Ambulatoria
	Servicio Farmacéutico
Procesos de Apoyo Administrativo y Financiero	Nutrición
	Compras
	Recurso Humano
	Facturación
	Contabilidad General
Aseo	

Como se mencionó anteriormente, los procesos asistenciales se definieron de acuerdo con los servicios ofrecidos por la institución, fue así como se identificaron los procesos de Consulta Externa, Urgencias, Estancia Hospitalaria, Programa de Adicciones y Clínica Ambulatoria. De la tabla presentada, se destacan los procesos de nutrición y servicio farmacéutico,

los cuales se incluyeron en dicha categoría por su estrecha relación con la atención médica asistencial de los usuarios de la institución, ya que el proceso de nutrición, asegura que se suministren a los pacientes las dietas adecuadas, según sus necesidades, de modo que se garantice la seguridad del paciente durante el tratamiento, mientras que el servicio farmacéutico, según el decreto 2200 de 2005, hace parte de la asistencia de pacientes, en el seguimiento del tratamiento fármaco terapéutico, dirigido a contribuir con el médico tratante y otros profesionales del área de la salud, en la consecución de los resultados previstos para mejorar su calidad de vida.

Definidos los procesos, se elaboró el mapa de procesos de la Clínica San Pablo S.A., siendo ésta la representación gráfica por procesos de la organización.

Figura 5. Mapa de Procesos de la Clínica San Pablo



Observando el mapa se pueden identificar las interacciones entre los procesos una vez se reciben los clientes con necesidades, es así como los usuarios pueden llegar por el servicio de urgencias y ser hospitalizados, o por el contrario, una vez atendidos pueden ser remitidos a sus hogares o a otras instituciones, una situación similar se evidencia en consulta externa, de la cual puede surgir una hospitalización o el servicio solo puede referirse a la consulta ambulatoria. Así mismo, de estancia hospitalaria un usuario puede ingresar al programa de adicciones o pasar a clínica ambulatoria y por otro lado, del programa de adicciones el usuario puede ingresar a clínica ambulatoria o simplemente egresar de la institución.

Cuando los procesos fueron identificados y el mapa de procesos elaborado, se asignaron los jefes de procesos, a quienes se les asignó la responsabilidad sobre la gestión de cada proceso y de brindar apoyo en el diseño e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad a los líderes del proyecto.

Debido a que los procesos comprendían actividades realizadas por diferentes áreas funcionales o departamentos, la selección de los responsables de procesos, se realizó evaluando la antigüedad en la empresa y el desempeño en la misma de los trabajadores. El objetivo, era contar con personas con un amplio conocimiento, no solo de las actividades que comprendía el proceso sino además, de la organización, lo cual otorgaba la experiencia y el conocimiento necesario para realizar con éxito su gestión.

En los procesos asistenciales de Urgencias, Consulta Externa, Estancia Hospitalaria y Programa de Adicciones, se eligieron dos responsables, ya que al ser procesos que se relacionaban directamente con la práctica médica, necesitaban de la presencia de un especialista acompañado a su vez por otra persona que se relacionara con otras actividades claves dentro

del proceso, como lo eran por ejemplo los Jefes de Enfermería, y quienes fueron escogidos para los procesos de urgencias y estancia hospitalaria. En cuanto a Consulta Externa y el Programa de Adicciones, se seleccionaron, junto con el médico, a la coordinadora de consulta externa y la psicóloga de la institución, respectivamente.

Una vez los jefes de procesos postulados, aceptaron la responsabilidad, ingresaron al comité de calidad de la institución, quedando así finalmente conformado.

5.5 DIAGNÓSTICO DE LOS PROCESOS

Antes de iniciar con la caracterización de los procesos, se realizó un diagnóstico general sobre las características más relevantes de los procesos.

Los hallazgos encontrados, se resumen a continuación:

- Problemas en el flujo de información entre procesos, por la ausencia de instrumentos de registro o por la poca confiabilidad de los mismos.
- Ausencia de la cultura de la medición en los procesos y de una visión sistémica, lo que dificultaba observar la incidencia de los resultados de cada proceso en el desempeño global de la empresa.
- Responsabilidades no definidas en cuanto a la ejecución de tareas y de resultados obtenidos.
- Problemas en el flujo de información en los procesos de facturación y contabilidad, generado por la ausencia de un sistema de información integrado.
- Variabilidad en la definición de la metodología para realizar algunas actividades, lo que generaba confusión y una alta probabilidad de error en la ejecución de las mismas.
- Escasa documentación en los procesos de apoyo administrativo y financiero lo que favorecía la variabilidad en los procesos

5.6 CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS – PLANIFICACIÓN DE LOS PROCESOS

Identificados los procesos y designados los responsables de los mismos, se procedió a elaborar las caracterizaciones de los procesos, la cual se realizó en base al formato mostrado a continuación:

Figura 6. Formato de Caracterización de Procesos

Tipo de Proceso:		Responsable del proceso:			
Objetivo del proceso:					
Alcance del proceso					
Proveedores	Entradas	Actividades del procesos	Responsables	Salidas del proceso	Clientes
Indicar los procesos, personas o instituciones que suministran entradas para el proceso.	Indicar lo que suministran los proveedores (productos, recursos, información, documentos, entre otros)	Relacionar las actividades generales del proceso, con las cuales se cubre el alcance y se logra el objetivo del mismo.	Describe los cargos responsables de realizar las actividades del proceso.	Resultados de las actividades del procesos (recursos, información, documentos, productos, entre otros).	Procesos, personas o instituciones que reciben el resultado del proceso.
Ambiente de Trabajo: Describir las condiciones de ambiente de trabajo para desarrollar el proceso.		Monitoreo (seguimiento) del proceso: Especificar los criterios y métodos de seguimiento y medición del proceso.		Características de calidad del proceso – necesidades cliente – usuario: Especificar las necesidades de los clientes del proceso.	
Requisitos (criterios) por cumplir: (cliente, legales, organización, ISO) Indicar cualquier reglamentación o normatividad que se deba cumplir para ejecutar las actividades del proceso.			Recursos del proceso: Indicar los recursos físicos y humanos que se requieren para que el proceso funcione.		
Documentación del sistema de gestión de la calidad aplicable al proceso: Referenciar la documentación de calidad propia del proceso			Documentación del sistema de gestión de la calidad de otros procesos: Referenciar la documentación de calidad de otros procesos aplicables al proceso que se normaliza.		
MEDICIÓN DEL PROCESO (INDICADORES)					
Indicador	Objetivo	Meta	Fórmula	Frecuencia	Atributo de Calidad

Fuente: Consultor Ingeniero Horacio Maldonado

La elaboración de las caracterizaciones, se realizó a través de reuniones con los Jefes de Procesos y a través de la observación directa de las actividades del proceso.

La caracterización de los procesos se compuso por cinco grandes bloques que se evidencian en el formato y que se resumen a continuación:

- En el primero se definía el tipo de proceso y su(s) responsable(s), junto con el objeto y alcance del mismo. El objeto como su nombre lo dice, hacía referencia al fin último del proceso y el alcance, a las actividades o departamentos que comprendía.
- En el segundo componente se realizaba la descripción del macroproceso, definiendo los proveedores, entradas, actividades, salidas y clientes. La elaboración de la descripción partió de la identificación de las actividades, para luego definir sus entradas y salidas, y a partir de éstas últimas los proveedores y clientes, quienes se convierten en todas las partes interesadas de la organización.
- En el tercer componente, se destacaban las características de calidad que debía cumplir el proceso para satisfacer las necesidades de sus clientes, y los requisitos establecidos por ley, así como los recursos necesarios para el buen funcionamiento del proceso y las características del ambiente de trabajo en el cual se desarrollaba.
- En el cuarto componente se definía la documentación requerida por el proceso para asegurar que las actividades se realizaran de acuerdo con lo establecido para garantizar los resultados esperados.
- En el último componente se establecían los indicadores del proceso, a través de los cuales se realizaría el seguimiento y medición de los mismos.

En el Anexo A del presente documento se presentan las caracterizaciones de cada uno de los procesos definidos.

5.6.1 Identificación de Clientes y Partes Interesadas. De acuerdo con el principio de *Enfoque al Cliente*, una organización debe identificar los requisitos de sus clientes, para ofrecerles servicios que cumplan con los mismos y en consecuencia lograr su satisfacción.

Sin embargo, para identificar los requisitos, la institución debía identificar sus clientes y demás partes interesadas. Los clientes y partes interesadas de la institución se definieron a partir de la elaboración de las caracterizaciones y se clasificaron como:

- *Usuarios.* Son aquellas personas que se benefician directamente de la prestación del servicio, ya que es quien lo recibe. Los usuarios de la Clínica San Pablo, son todos aquellos afiliados a las EPS, ARP u otras instituciones aseguradoras, con las cuales se tienen establecidos convenios de prestación de servicios. Así mismo, los usuarios son todas aquellas personas que son atendidas en la institución a nivel particular.
- *Clientes Institucionales.* Son todas aquellas instituciones con las cuales se tienen convenios establecidos para la prestación de servicios.
- *Clientes Internos.* Como clientes internos se consideran los procesos entre sí, ya que el resultado de un proceso es a su vez la entrada a otro proceso, a sí mismo, se consideran clientes internos todos los trabajadores de la institución.
- *Estado y Entidades Gubernamentales.* Todas las empresas son reguladas por entidades del estado para verificar el cumplimiento por parte de las mismas, de las disposiciones legales establecidas. La actividad en salud es altamente controlada y regulada por una amplia gama de normas y disposiciones legales, de estricto cumplimiento, por esta razón las entidades gubernamentales de vigilancia y control, hacen parte de los

clientes de la empresa, ya que de sus requisitos depende la planificación de los servicios que allí se prestan.

5.6.2 Definición de los Requisitos de los Clientes y Partes Interesadas.

Los requisitos de los clientes pueden surgir de las necesidades que tienen y que desean ser cubiertas a través de lo que reciben, o de normas y condiciones ya establecidas, tales como las leyes o normas legales, y las condiciones pactadas en convenios de prestación de servicios.

Mientras que los requisitos de ley y contractuales, se detallan explícitamente, las necesidades de los usuarios deben ser traducidas en características de calidad, que deben cumplir los procesos para que los resultados de los mismos satisfagan a sus clientes.

La identificación de los requisitos y necesidades se realizó según el tipo de cliente; los resultados obtenidos se detallan a continuación:

- *Clientes Institucionales.* Los clientes institucionales definen sus requisitos en los contratos que establecen con la institución. Según las condiciones pactadas, se planifica la prestación de los servicios para los afiliados de cada una de las empresas aseguradoras.

Las condiciones pactadas o requisitos que se identificaron, hacían referencia a los siguientes aspectos:

- **Objeto del Servicio Prestado.** Son los servicios que la institución se compromete a prestar a los afiliados de la aseguradora correspondiente. Ejemplo: consulta externa, urgencias, estancia hospitalaria, clínica ambulatoria.
- **Tarifas.** Los servicios prestados deben facturarse a las tarifas que se pacten entre las dos partes.

- Medicamentos. En la contratación de prestación de servicios, se definen los medicamentos que pueden ser suministrados a los usuarios, así como las tarifas a las cuales deben ser facturados.
- Procedimientos de Facturación. Se definen normas para la presentación de facturas en cuanto a la documentación que deben contener, así como las fechas para el recibo de las mismas.
- Autorizaciones de Servicios. Se definen los procedimientos y normas para la autorización de servicios que requieran los pacientes durante su atención en la institución o para ser atendidos en la misma.

Así mismo, los clientes institucionales realizan auditorías médicas y de cuentas, mediante las cuales verifican que se apliquen los tratamientos y procedimientos médicos pertinentes y que se cumplan con las condiciones pactadas.

En el caso en que se presenten algunas modificaciones, la entidad aseguradora realiza la gestión con la Gerente de la institución, para realizar la negociación correspondiente.

- *Usuarios:* Los usuarios, quienes son las personas que reciben directamente el servicio, tienen requisitos más específicos, en relación a lo que esperan recibir.

Para la identificación de las necesidades de los usuarios, se realizó una revisión de los registros de las reuniones realizadas en la institución, en el último semestre, con los usuarios hospitalizados, de clínica ambulatoria y del programa de adicciones, donde se consignaban sus sugerencias y quejas; de la información allí contenida se determinaron sus necesidades más relevantes; en esta tarea, los jefes de procesos fueron una valiosa contribución, ya que su conocimiento y experiencia en el área de salud,

facilitó la determinación de dichas necesidades, las cuales se resumen a continuación:

- Buena atención por parte del personal asistencial (médicos, enfermeras, psicólogos, terapeuta ocupacional, auxiliares de cocina, auxiliares de aseo y vigilantes)
- Cuidado de los pacientes
- Instalaciones agradables
- Buena Alimentación
- Rápida Atención
- Recuperación del Usuario

Estas necesidades se tradujeron en características de calidad para los procesos a través de los cuales se prestaban los servicios que recibían los usuarios.

Tabla 2. Correlación entre Necesidades y Requisitos de Usuarios

Necesidades	Referencia a:	Características de Calidad (Requisitos)
Buena Atención del Personal	Esta necesidad se refería a un trato amable, y humano, una buena comunicación y la atención a solicitudes.	Satisfacción con la Atención Recibida Eficacia
Cuidado de los Pacientes	Se refería a la seguridad en la atención de los usuarios, a la prevención de eventos adversos	Seguridad
Rápida Atención	Se refería a que se brindara una atención oportuna cuando se solicitara	Oportunidad
Recuperación del Usuario	Se refería a que el usuario lograra mejorar su estado a través de los servicios que recibía	Eficacia (Eficacia en los tratamientos Médicos)
Instalaciones Agradables	Se relacionaba con el mantenimiento de instalaciones limpias y en buen estado	Eficacia (En el mantenimiento y aseo de instalaciones)
Buena Alimentación	Relacionada con ofrecer menús del agrado de los usuarios	Satisfacción con los menús y dietas ofrecidos Eficacia (Proceso de Nutrición)

- *Entidades Gubernamentales.* Los requisitos establecidos por el estado en materia de prestación de servicios de salud, se establecen en la normatividad vigente.

Los requisitos legales que aplican y determinan la planificación de los servicios ofrecidos en la institución, se encuentran en las siguientes normas:

- Ley 100 de 1993.
- Resolución 5261 de 1994. Plan Obligatorio de Salud
- Resolución 1439 de 2002. Mediante la cual se establece el Sistema Único de Habilitación
- Decreto 2309 de 2002 Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los requisitos establecidos en la resolución 1439, hacen referencia a las condiciones básicas que deben cumplir los prestadores de servicios de salud, definidas en tres categorías:

- *Condiciones De Capacidad Tecnológica Y Científica.* Son requisitos básicos de estructura y proceso que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.
- *Suficiencia Patrimonial Y Financiera.* Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia y la liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

- *Condiciones De Capacidad Técnico Administrativa.* Son condiciones técnico administrativas para una Institución Prestadora de Servicios de Salud:
 - a. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
 - b. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que le permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

La Clínica San Pablo S.A. fue habilitada en el año 2002, con lo cual demostraba su cumplimiento en relación a las condiciones básicas que se definían que se definían en la resolución.

Por otra parte, en el decreto 2309 se definen los cuatro componentes del Sistema de Garantía de la Calidad en la Atención de Salud a través de los cuales se busca asegurar un sistema de seguridad social en salud con altos estándares de atención. Los componentes son:

- El Sistema Único de Habilitación: donde se definen estándares básicos para la prestación de servicios en salud.
- La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud: donde se establece la implementación de procesos de auditorías internas y externas, así como la definición de indicadores para el seguimiento de la prestación de los servicios y de la medición de la satisfacción del cliente.
- El Sistema Único de Acreditación: se definen los estándares mediante los cuales una institución demuestra su capacidad de ofrecer servicios de calidad superior
- El Sistema de Información para la Calidad.

El Sistema de Garantía de Calidad está en proceso de implementación por lo cual aún todos sus componentes no son obligatorios.

Así mismo la resolución 2309, define las características del Sistema de Garantía de Calidad, las cuales se describen a continuación:

- **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

En las normas descritas, se definen los requisitos para la prestación de los servicios de salud, unificando criterios como garantía de calidad, acceso y eficiencia, sin embargo, existen otras normas legales que aplican a otras actividades desarrolladas dentro de la empresa, por ejemplo, las normas tributarias, que aplican en el proceso de contabilidad general, las normas

sobre gestión de residuos que aplican en el proceso de aseo, o las normas sobre la generación de RIP (Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud) y del manejo de Historias Clínicas, que aplican en el proceso de facturación.

Las normas legales que conciernen a cada uno de los procesos, se relacionan en las caracterizaciones de cada uno de los procesos, en el espacio definido *Requisitos del Cliente*.

- *Clientes Internos*: Los requisitos de los clientes internos se generan de sus necesidades en relación a lo que esperan recibir de otros procesos para llevar a cabo sus actividades.

Para la identificación de necesidades y la posterior definición de requisitos, se realizaron entrevistas con el personal de la institución.

Entre las necesidades identificadas se destacan las siguientes:

- Registros confiables y a tiempo. Al interior de la organización es muy importante que se generen registros que contengan información confiable y veraz, tal es el caso de las facturas, las cuales se generan en Facturación y pasan a Contabilidad, quien requiere que éstas lleguen oportunamente para realizar los asientos contables respectivos. Por otro lado, Contabilidad genera informes y estados financieros, que son presentados ante la Gerencia y la Junta Directiva para la toma de decisiones, por lo que se espera que no tengan errores y que se presenten oportunamente. En los procesos asistenciales, el registro más importante es la historia clínica, donde se registra la evolución del paciente y a partir de ello se da seguimiento al mismo y se planifica el tratamiento.

- Suministros oportunos y de buena calidad. En los procesos asistenciales, los insumos más críticos son los medicamentos y los insumos hospitalarios, los cuales deben ser suministrados a tiempo. Por otro lado, se subcontratan algunos servicios (lavandería, gestión de residuos peligrosos, ambulancia, laboratorios clínicos para el análisis de muestras), que afectan directamente la prestación de los servicios ofrecidos por la clínica, por lo cual el proceso de compras, debe garantizar que se tengan convenios establecidos con las instituciones responsables de los servicios subcontratados, en los cuales se garantice una atención y un servicio acorde con las necesidades de la Clínica.
- Capacitación e información sobre las responsabilidades y tareas a desarrollar. Las personas necesitan conocer sus funciones y responsabilidades, así como obtener la capacitación necesaria para desarrollar las funciones propias del cargo que ocupan. Por otro lado, necesitan condiciones de trabajo apropiadas, entendiendo éstas, como instalaciones y equipos necesarios, así como condiciones de seguridad, estabilidad laboral y buen trato.
- Comunicación. La comunicación es un aspecto crítico en una organización, por lo cual se requiere que ésta se realice a través de canales que mantenga la integridad de la misma, y sea veraz y oportuna.

5.6.3 Documentación. Dentro de la planificación de cada uno de los procesos, se definió la documentación necesaria, para asegurar la adecuada ejecución de las actividades realizadas al interior de cada uno de ellos.

La documentación se elaboró a partir de lo requerido en la norma ISO 9001:2000, de lo estipulado en la Resolución 1439 de 2002 y de lo definido

por la institución, de acuerdo con sus necesidades para garantizar la prestación de los servicios de acuerdo con lo planificado.

5.6.4 Indicadores de Calidad. Como parte de la caracterización de los procesos, era necesario definir las herramientas para evaluar el desempeño de los mismos, para lo cual se establecieron los indicadores de calidad.

El objeto de los indicadores de calidad era monitorear el proceso para verificar que se cumplieran los requisitos establecidos. El cumplimiento de los requisitos reflejaba la capacidad del procesos para proveer resultados que satisficieran a los clientes por lo cual era muy importante que se definieran de acuerdo a ellos.

Para la definición de los indicadores, se estudiaron las características de calidad definidas para cada proceso y se definió el indicador de gestión a través del cual podía evaluarse su cumplimiento.

Fue así como por ejemplo, la *seguridad* definida en los procesos asistenciales, se relacionó con la ocurrencia de eventos adversos, con los reingresos de pacientes, y con las infecciones presentadas; la *oportunidad en la atención* se relacionó con tiempos de espera para la atención; la *eficacia* con el cumplimiento de los objetivos propuestos, etc.

A continuación se detallan los Indicadores de Calidad establecidos para cada uno de los procesos definidos en la organización.

- **Planeación del Sistema.**

Indicador: *Cumplimiento de Objetivos*

$$Fórmula \rightarrow \frac{ObjetivosAlcanzados}{Total.Objetivos.Definidos}$$

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia

- **Convenios.**

Indicador: *Índice de Satisfacción de Clientes.*

$$Fórmula \rightarrow \frac{\sum_i \left(\frac{Puntos.Obtenidos}{Puntos.Máximos.Posibles} \times 100\% \right)}{Total.EncuestasAplicadas}$$

Donde:

i = Número Total de Encuestas Aplicadas

Puntos Obtenidos: Hacen referencia a los puntos obtenidos en las encuestas aplicadas.

Puntos Máximos Posibles: Es el máximo puntaje que puede obtenerse de la encuesta aplicada. Este se logra cuando todos los aspectos son calificados con la máxima puntuación.

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia

Indicador: *Índice de Eficacia*

$$Fórmula \rightarrow \frac{N^{\circ} de Metas. Alcanzadas}{Total. Metas. Establecidas} \times 100\%$$

Donde:

Nº de Metas Alcanzadas: Hacen referencia a las metas del plan de mercadeo que se alcanzaron

Total Metas Establecidas: Es el número total de metas establecidas en el plan de mercadeo.

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia

Indicador: Participación en el Mercado

$$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{N^{\circ} \text{ de Convenios Establecidos}}{N^{\circ} \text{ M\acute{a}ximo de Convenios a Establecer} } \times 100\%$$

Donde:

Nº de Convenios Establecidos: Hacen referencia al número total de convenios establecidos con empresas aseguradoras para la prestación de servicios

Nº M\acute{a}ximo de Convenios a Establecer: El número m\acute{a}ximo de convenios de prestación de servicios que la institución podr\iacute;a tener.

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia

Indicador: Aumento en Ventas

$$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{Ventas del Per\iacute;odo} - \text{Ventas del Per\iacute;odo Anterior}}{\text{Ventas Per\iacute;odo Anterior}} \times 100\%$$

Donde:

Ventas del Per\iacute;odo: Valor generado por la prestación de servicios

Ventas del Per\iacute;odo Anterior: Valor generado por la prestación de servicios del periodo inmediatamente anterior al evaluado

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia

- **Gestión de Calidad.**

Indicador: Acciones Preventivas Implementadas

$$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{Acciones Preventivas}}{\text{Acciones Preventivas} + \text{Acciones Correctivas}} \times 100\%$$

Donde:

Acciones Preventivas: Es el número de acciones preventivas implementadas en el periodo evaluado

Acciones Preventivas + Acciones Correctivas: Es el número total de acciones tanto preventivas como correctivas, implementadas en el mismo periodo de evaluación.

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia.

Indicador: Acciones Correctivas Reincidentes

$$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{Acciones.Correctivas.Reincidentes}}{\text{Total.de.Acciones.Correctivas.Implementadas}}$$

Acciones Correctivas Reincidentes: Aquellas que una vez se implementaron, deben ser nuevamente establecidas para atacar causas de no conformidades reales que se presentan nuevamente después de haber sido eliminadas.

Total de Acciones Correctivas Implementadas: El número total de acciones correctivas que se implementaron en el período estudiado.

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia.

Indicador: Índice de Satisfacción

$$\text{Fórmula} \rightarrow \text{N}^\circ \text{ de.Quejas}$$

$$\text{Fórmula} \rightarrow \% \text{ de.Satisfacción.por.Servicio}$$

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia

- **Urgencias.**

Indicador: Tiempo de Atención

$$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\sum_{X=1}^i \text{Hora.Atención} - \text{Hora.Llegada}}{\text{Total.Urgencias.Atendidas}}$$

Donde:

i = Número de urgencias atendidas en el mes

Hora Atención: Hora en que el usuario que ingresa al servicio de urgencias es atendido por el médico psiquiatra

Hora Llegada: Hora en que el usuario llega al servicio de urgencias para ser atendido.

Característica de Calidad Evaluada: Oportunidad en la atención.

Indicador: Índice de Satisfacción

$$Fórmula \rightarrow \frac{\sum_1^i \left(\frac{Puntos.Obtenidos}{Puntos.Máximos.Posibles} \times 100\% \right)}{Total.EncuestasAplicadas}$$

Donde:

i = Número Total de Encuestas Aplicadas

Puntos Obtenidos: Hacen referencia a los puntos obtenidos en las encuestas aplicadas.

Puntos Máximos Posibles: Es el máximo puntaje que puede obtenerse de la encuesta aplicada. Este se logra cuando todos los aspectos son calificados con la máxima puntuación.

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia.

Indicador: Tasa de eventos adversos en urgencias

$$Fórmula \rightarrow \frac{N^{\circ}.de.Eventos.Adversos}{Total.Urgencias.Atendidas} \times 100\%$$

Donde:

Número de Eventos Adversos: Es el número total de eventos adversos presentados en el periodo evaluado.

Característica de Calidad Evaluada: Seguridad.

Indicador: % Cumplimiento de Historia Clínica

$$Fórmula \rightarrow \frac{N^{\circ}.de.HCL.que.Cumplen}{Total.HCL.Auditadas} \times 100\%$$

Donde:

Nº de HCL que Cumplen: Es el número de historias clínicas que cumplen con el 80% de los requisitos auditados.

Total de HCL Auditadas: Es el número de total de historias clínicas que se auditaron

Característica de Calidad Evaluada: Seguridad y Eficacia.

- **Consulta Externa.**

Indicador: Atención Oportuna en Consulta Externa

$$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{N^{\circ} \text{ de Usuarios Atendidos Tarde}}{\text{Total. Consulta Atendidas}} \times 100\%$$

Donde:

Nº de Usuarios Atendidos Tarde: En esta categoría se clasifican los usuarios de consulta externa que se atendieron 25 minutos después de la hora programa para su cita.

Total de Consultas Atendidas: Número de consultas de psicología y psiquiatría atendidas en el periodo evaluado

Característica de Calidad Evaluada: Oportunidad en la Atención.

Indicador: Asignación Oportuna de Citas de Primera Vez

$$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{N^{\circ} \text{ de Citas Asignadas con Demora}}{\text{Total. Citas Asignadas}} \times 100\%$$

Donde:

Nº de Citas Asignadas con Demora: Hace referencia a las citas de consulta externa de primera vez que se asignan con más de 8 días después de solicitadas

Total de Citas Atendidas: Número de consultas de psicología y psiquiatría asignadas o programadas en el periodo evaluado

Característica de Calidad Evaluada: Accesibilidad y Oportunidad.

Indicador: Índice de Satisfacción

$$Fórmula \rightarrow \frac{\sum_1^i \left(\frac{Puntos.Obtenidos}{Puntos.Máximos.Posibles} \times 100\% \right)}{Total.EncuestasAplicadas}$$

Donde:

i = Número Total de Encuestas Aplicadas

Puntos Obtenidos: Hacen referencia a los puntos obtenidos en las encuestas aplicadas.

Puntos Máximos Posibles: Es el máximo puntaje que puede obtenerse de la encuesta aplicada. Este se logra cuando todos los aspectos son calificados con la máxima puntuación.

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia

Indicador: % Cumplimiento de Historia Clínica

$$Fórmula \rightarrow \frac{N^{\circ}.de.HCL.que.Cumplen}{Total.HCL.Auditadas} \times 100\%$$

Donde:

Nº de HCL que Cumplen: Es el número de historias clínicas que cumplen con el 80% de los requisitos auditados.

Total de HCL Auditadas: Es el número de total de historias clínicas que se auditaron

Característica de Calidad Evaluada: Seguridad y Eficacia.

- **Estancia Hospitalaria.**

Indicador: Índice de Satisfacción

$$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\sum_i \left(\frac{\text{Puntos.Obtenidos}}{\text{Puntos.Máximos.Posibles}} \times 100\% \right)}{\text{Total.EncuestasAplicadas}}$$

Donde:

i = Número Total de Encuestas Aplicadas

Puntos Obtenidos: Hacen referencia a los puntos obtenidos en las encuestas aplicadas.

Puntos Máximos Posibles: Es el máximo puntaje que puede obtenerse de la encuesta aplicada. Este se logra cuando todos los aspectos son calificados con la máxima puntuación.

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia

Indicador: Tasa de eventos adversos

$$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{N}^\circ.\text{de.Eventos.Adversos}}{\text{Total.Egresos}} \times 100\%$$

Donde:

Número de Eventos Adversos: Es el número total de eventos adversos presentados en el periodo evaluado.

Total Egresos: Es el total de usuarios que egresaron de estancia hospitalaria, en el periodo evaluado.

Característica de Calidad Evaluada: Seguridad.

Indicador: Tasa de infecciones

$$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{N}^\circ.\text{de.Infecciones.Pr esentadas}}{\text{Total.Egresos}} \times 100\%$$

Donde:

Número de Infecciones: Es el número total de infecciones presentadas en el periodo evaluado.

Total Egresos: Es el total de usuarios que egresaron de estancia hospitalaria, en el periodo evaluado.

Característica de Calidad Evaluada: Seguridad.

Indicador: Tasa Días Riesgo de Infección

$$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{N^{\circ}.de.Infecciones.Pr esentadas}{Días.Es tan cia} \times 100\%$$

Donde:

Número de Infecciones: Es el número total de infecciones presentadas en el periodo evaluado.

Días Estancia: Número de días de estancia de los usuarios de estancia hospitalaria durante el periodo evaluado.

Característica de Calidad Evaluada: Seguridad.

Indicador: Tasa de Reingresos

$$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{N^{\circ}.de.Re ingresos}{Total.Egresos} \times 100\%$$

Donde:

Número de Reingresos: Son los usuarios que nuevamente ingresan a estancia hospitalaria en los 15 días siguientes a su egreso del mismo servicio.

Total Egresos: Es el total de usuarios que egresaron de estancia hospitalaria en el periodo evaluado.

Característica de Calidad Evaluada: Seguridad y Eficacia.

Indicador: % Cumplimiento de Historia Clínica

$$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{N^{\circ}.de.HCL.que.Cumplen}{Total.HCL.Auditadas} \times 100\%$$

Donde:

Nº de HCL que Cumplen: Es el número de historias clínicas que cumplen con el 80% de los requisitos auditados.

Total de HCL Auditadas: Es el número de total de historias clínicas que se auditaron

Característica de Calidad Evaluada: Seguridad y Eficacia.

Indicador: Promedio Días Estancia

$$Fórmula \rightarrow \frac{\sum_1^i \text{Días.Es tan cia}}{\text{Total.Egresos}}$$

Donde:

i = Número de Usuarios que egresan de estancia hospitalaria en el periodo evaluado

Días Estancia: Número de días que permanece un usuario en estancia hospitalaria

Característica de Calidad Evaluada: Seguridad y Eficacia.

• **Programa de Adicciones.**

Indicador: Índice de Satisfacción

$$Fórmula \rightarrow \frac{\sum_1^i \left(\frac{\text{Puntos.Obtenidos}}{\text{Puntos.Máximos.Posibles}} \times 100\% \right)}{\text{Total.EncuestasAplicadas}}$$

Donde:

i = Número Total de Encuestas Aplicadas

Puntos Obtenidos: Hacen referencia a los puntos obtenidos en las encuestas aplicadas.

Puntos Máximos Posibles: Es el máximo puntaje que puede obtenerse de la encuesta aplicada.

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia

Indicador: Tasa de eventos adversos

$$Fórmula \rightarrow \frac{N^{\circ}.de.Eventos.Adversos}{\text{Total.Días.Es tan cia}} \times 100\%$$

Donde:

Número de Eventos Adversos: Es el número total de eventos adversos presentados en el periodo evaluado.

Total Días Estancia: Hace referencia al número de días de estancia de usuarios del programa de adicciones en el periodo evaluado.

Característica de Calidad Evaluada: Seguridad.

Indicador: Tasa Días Riesgo de Infección

$$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{N}^{\circ}.\text{de.}.\text{Infecciones.}.\text{Pr esentadas}}{\text{Días.Es tan cía}} \times 100\%$$

Donde:

Número de Infecciones: Es el número total de infecciones presentadas en el periodo evaluado.

Días Estancia: Número de días de estancia de los usuarios del programa de adicciones durante el periodo evaluado

Característica de Calidad Evaluada: Seguridad.

Indicador: Tasa de Reingresos

$$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{N}^{\circ}.\text{de.}.\text{Re ingresos}}{\text{Total.Egresos}} \times 100\%$$

Donde:

Número de Reingresos: Son los usuarios que nuevamente ingresan al programa de adicciones en los 30 días siguientes a su egreso del mismo programa.

Total Egresos: Es el total de usuarios que egresaron del programa de adicciones en el periodo evaluado.

Característica de Calidad Evaluada: Seguridad y Eficacia.

Indicador: % Cumplimiento de Historia Clínica

$$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{N}^{\circ}.\text{de.HCL.que.Cumplen}}{\text{Total.HCL.Auditadas}} \times 100\%$$

Donde:

Nº de HCL que Cumplen: Es el número de historias clínicas que cumplen con el 80% de los requisitos auditados.

Total de HCL Auditadas: Es el número de total de historias clínicas que se auditaron

Característica de Calidad Evaluada: Seguridad y Eficacia.

Indicador: Promedio Días Estancia

$$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\sum_1^i \text{Días.Es tan cia}}{\text{Total.Egresos}}$$

Donde:

i = Número de Usuarios que egresan del programa de adicciones en el periodo evaluado

Días Estancia: Número de días que permanece un usuario en el programa de adicciones

Característica de Calidad Evaluada: Seguridad y Eficacia.

Indicador: Abandono del Programa

$$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{N}^\circ \text{ de.Abandonos}}{\text{Total.Egresos}}$$

Donde:

Número de Abandonos: Es el número de pacientes que abandonan el programa de adicciones sin haber cumplido con las etapas establecidas

Total Egresos: Número total de pacientes que egresaron del programa de adicciones en el periodo evaluado

Característica de Calidad Evaluada: Seguridad y Eficacia.

- **Clínica Ambulatoria.**

Indicador: Índice de Satisfacción

$$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\sum_1^i \left(\frac{\text{Puntos.Obtenidos}}{\text{Puntos.Máximos.Posibles}} \times 100\% \right)}{\text{Total.EncuestasAplicadas}}$$

Donde:

i = Número Total de Encuestas Aplicadas

Puntos Obtenidos: Hacen referencia a los puntos obtenidos en las encuestas aplicadas.

Puntos Máximos Posibles: Es el máximo puntaje que puede obtenerse de la encuesta aplicada. Este se logra cuando todos los aspectos son calificados con la máxima puntuación.

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia.

Indicador: Tasa de eventos adversos

$$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{N^{\circ}.de.Eventos.Adversos}{Total.Egresos} \times 100\%$$

Donde:

Número de Eventos Adversos: Es el número total de eventos adversos presentados en el periodo evaluado.

Total Egresos: Numero de usuarios que egresan de Clínica Ambulatoria en el periodo evaluado

Característica de Calidad Evaluada: Seguridad.

Indicador: Recaídas

$$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{N^{\circ}.de.Usuarios.que.Recaen}{Total.Egresos} \times 100\%$$

Donde:

Nº de Usuarios que recaen: Es el número de usuarios que durante su permanencia en el programa de clínica ambulatoria deben ser nuevamente hospitalizados

Total Egresos: Es el número de usuarios de clínica ambulatoria que egresan del programa en el espacio de tiempo observado

Característica de Calidad Evaluada: Seguridad y Eficacia.

Indicador: % Cumplimiento de Historia Clínica

$$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{N^{\circ}.de.HCL.que.Cumplen}{Total.HCL.Auditadas} \times 100\%$$

Donde:

Nº de HCL que Cumplen: Es el número de historias clínicas que cumplen con el 80% de los requisitos auditados.

Total de HCL Auditadas: Es el número de total de historias clínicas que se auditaron

Característica de Calidad Evaluada: Seguridad y Eficacia.

- **Aseo**

Indicador: Índice de Satisfacción

$$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\sum_1^i \left(\frac{\text{Puntos.Obtenidos}}{\text{Puntos.Máximos.Posibles}} \times 100\% \right)}{\text{Total.EncuestasAplicadas}}$$

Donde:

i = Número Total de Encuestas Aplicadas

Puntos Obtenidos: Hacen referencia a los puntos obtenidos en las encuestas aplicadas.

Puntos Máximos Posibles: Es el máximo puntaje que puede obtenerse de la encuesta aplicada. Este se logra cuando todos los aspectos son calificados con la máxima puntuación.

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia.

- **Nutrición**

Indicador: Índice de Satisfacción

$$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\sum_1^i \left(\frac{\text{Puntos.Obtenidos}}{\text{Puntos.Máximos.Posibles}} \times 100\% \right)}{\text{Total.EncuestasAplicadas}}$$

Donde:

i = Número Total de Encuestas Aplicadas

Puntos Obtenidos: Hacen referencia a los puntos obtenidos en las encuestas aplicadas.

Puntos Máximos Posibles: Es el máximo puntaje que puede obtenerse de la encuesta aplicada. Este se logra cuando todos los aspectos son calificados con la máxima puntuación.

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia.

Indicador: Errores en Dietas

$$F\acute{o}rmula \rightarrow \frac{Dietas.Erradas}{Dieta.Revisadas} \times 100\%$$

Donde:

Dietas Erradas: Numero de Dietas que no se elaboraron de acuerdo con los requerimientos establecidos

Dietas Revisadas: Número de Total de Dietas Revisadas

Característica de Calidad Evaluada: Seguridad.

- **Servicio Farmacéutico**

Indicador: Pedidos Incompletos

$$F\acute{o}rmula \rightarrow \frac{Pedidos.Incompletos}{Total.Pedidos.Entregados} \times 100\%$$

Donde:

Pedidos Incompletos: Son los pedidos entregados que no cumplen con la totalidad de los medicamentos o insumos solicitados.

Total Pedidos Entregados: Son todos los pedidos entregados por el Servicio Farmacéutico

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia.

Indicador: Entrega Oportuna

$$F\acute{o}rmula \rightarrow \frac{(Hora.Entrega.Pedido - Hora.Recibo.Solicitud)}{Total.Pedidos.Entregados}$$

Donde:

Hora Entrega Pedidos: Hace referencia a la hora en que el servicio farmacéutico hace entrega a enfermería del pedido de medicamentos

Hora Recibo de Solicitud: Es la hora en que enfermería hace entrega al servicio farmacéutico del pedido solicitado.

Total Pedidos Entregados: Son los pedidos entregados por el servicio farmacéutico.

Característica de Calidad Evaluada: Oportunidad.

- **Compras.**

Indicador: *Evaluación de Proveedores*

$$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{Puntos.Obtenidos}}{\text{Puntos.Máximos.Posibles}} \times 100\%$$

Donde:

Puntos Obtenidos: Hacen referencia a los puntos obtenidos en las encuestas aplicadas.

Puntos Máximos Posibles: Es el máximo puntaje que puede obtenerse de la encuesta aplicada. Este se logra cuando todos los aspectos son calificados con la máxima puntuación.

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia.

Indicador: *Rotación de Inventarios de Medicamentos*

$$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{Valor.por.Venta.deMedicamentos}}{\text{Valor.Promedio.del.Inventario}} \times 100\%$$

Donde:

Valor Venta: Hace referencia al valor por concepto de la venta de medicamentos o en otras palabras, valor de los medicamentos suministrados a los pacientes.

Valor Promedio del Inventario: Valor promedio del Inventario de Medicamentos

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia

Indicador: *Cumplimiento Interno*

$$\text{Fórmula} \rightarrow \text{Número.de.No.Conformidades}$$

Donde:

Número de No Conformidades: Hace referencia al número de no conformidades del proceso de compras generadas por incumplimiento en la entrega de suministros a tiempo y en forma completa al interior de la institución

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia

- **Recurso Humano**

Indicador: Rotación de Personal

$$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{Nuevos.Trabajadores}}{\text{N}^{\circ}\text{Total.deTrabajadores.enNó min a}} \times 100\%$$

Donde:

Nuevos Trabajadores: Son los trabajadores que ingresan a la nómina de la institución en el periodo evaluado.

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia y Satisfacción Laboral.

Indicador: Competencias del Personal

$$\text{Fórmula} \rightarrow \left(\frac{\sum_1^i \text{Competencias.Cumplidas}}{\sum_1^i \text{Competencias.a.Cumplir}} \right) \times 100\%$$

Donde:

I = Número de Trabajadores Evaluados

Competencias Cumplidas: Hace referencia al número de competencias con las cuales cumple el trabajador

Competencias a Cumplir: Hace referencia al número total de competencias definidas para cada trabajador y con las cuales debe cumplir.

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia.

Indicador: Cumplimiento Capacitación

$$\text{Fórmula} \rightarrow \left(\frac{\text{Horas.Capacitación.Re alizadas}}{\text{Horas.Capacitación.Re alizadas}} \right) \times 100\%$$

Donde:

Horas de Capacitación Realizadas: Número de Horas de capacitación que recibieron los trabajadores de la institución

Horas de Capacitación Planificadas: Número de Horas de Capacitación planificadas según el programa establecido

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia.

Indicador: Ausentismo

$$\text{Fórmula} \rightarrow \text{Número.de.Horas.de.Ausentismo}$$

Donde:

Número de Horas de Ausentismo: Es el número total de horas representadas por ausentismo laboral debido a enfermedad o accidente profesional

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia.

- **Facturación**

Indicador: Valor Radicado

$$\text{Fórmula} \rightarrow \left(\frac{\text{Valor.Radicado}}{\text{Valor.Facturado}} \right) \times 100\%$$

Donde:

Valor Radicado: Es el valor facturado generado en el mes, que se radica

Valor Facturado: Es el valor facturado en el mes

Característica de Calidad Evaluada: Eficiencia

Indicador: Valor Facturado Devuelto o Valor Glosado

$$\text{Fórmula} \rightarrow \left(\frac{\text{Valor.Glosado}}{\text{Valor.Facturado}} \right) \times 100\%$$

Donde:

Valor Glosado: Es el valor de las glosas recibidas en el periodo evaluado

Valor Facturado: Es el valor facturado en el mes

Característica de Calidad Evaluada: Eficiencia.

Indicador: Recuperación de Glosas

$$\text{Fórmula} \rightarrow \left(\frac{\text{Valor.Recuperado}}{\text{Valor.Glosado}} \right) \times 100\%$$

Donde:

Valor Recuperado: Es el valor glosado que ya ha sido recuperado por la institución, es decir, aquel que finalmente ya ha sido aceptado por la EPS

Valor Glosado: Total del valor de las glosas recibidas en el periodo evaluado

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia.

Indicador: Participación por Servicio

$$Fórmula \rightarrow \left(\frac{\text{Valor.Facturado.por.Servicio}}{\text{Total.Facturado}} \right) \times 100\%$$

Donde:

Valor Facturado por Servicio: Valor facturado por concepto de cada uno de los servicios prestados

Valor Facturado: Valor Total Facturado en el período

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia.

Indicador: % de Facturas Elaboradas

$$Fórmula \rightarrow \left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de.Facturas.Elaboradas}}{\text{Total.Pacientes.Atendidos}} \right) \times 100\%$$

Donde:

Nº de Facturas Elaboradas: Hace referencia al número de facturas elaboradas por concepto de la prestación de servicios de estancia hospitalaria y clínica ambulatoria

Valor Facturado: Total pacientes atendidos en el periodo por estancia hospitalaria y clínica ambulatoria.

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia.

Indicador: % de Órdenes de Consulta Facturadas

$$Fórmula \rightarrow \left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de.Ordenes.de.Consulta.Facturadas}}{\text{Total.Consultas}} \right) \times 100\%$$

Donde:

Nº de Órdenes de Consulta Facturadas: Hace referencia al número de órdenes de EPS para consulta externa de psicología y psiquiatría facturadas en el periodo

Total Consultas: Hace referencia al número total de consultas por psiquiatría y psicología atendidas en el periodo de usuarios de EPS.

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia.

- **Contabilidad General**

Indicador: Entrega Oportuna de Informes Internos

$$F\acute{o}rmula \rightarrow \left(\frac{\text{Informes.entregados.aTiempo}}{\text{Total.de.Informes.Entregados}} \right) \times 100\%$$

Donde:

Informes entregados a Tiempo: Hace referencia a todos los informes que genera el proceso de contabilidad, que son entregados en los tiempos establecidos para ello.

Total de Informes Entregados: Número total de informes generados y entregados durante el periodo evaluado

Característica de Calidad Evaluada: Oportunidad.

Indicador: Entrega Oportuna de Informes Externos

$$F\acute{o}rmula \rightarrow \left(\frac{\text{Informes.entregados.aTiempo}}{\text{Total.de.Informes.Entregados}} \right) \times 100\%$$

Donde:

Informes entregados a Tiempo: Hace referencia a todos los informes que genera el proceso de contabilidad y que se envían a otras instituciones, que son entregados en los tiempos establecidos para ello.

Total de Informes Entregados: Número total de informes generados y entregados durante el periodo evaluado que se envían a otras instituciones

Característica de Calidad Evaluada: Oportunidad.

5.7 FILOSOFÍA DE LA CALIDAD

Con los procesos de la organización identificados, y realizadas las caracterizaciones de cada uno de ellos, se definió la política y los objetivos de la calidad.

La filosofía de calidad que se definió, debía ser concordante con la filosofía global de la institución, la cual se describía en la misión y visión de la institución, así como en sus valores.

Frente a lo anterior, el primer paso consistió en revisar tanto la misión como la visión de la clínica, de lo cual se identificó la necesidad de su reformulación, lo cual se realizó a partir de reuniones que se sostuvieron con la junta directiva, como responsable del direccionamiento de la institución.

La construcción de la nueva misión, se realizó a través de la formulación de las siguientes preguntas:

- ✓ ¿Qué ofrece la clínica?
- ✓ ¿Cuáles son sus clientes?
- ✓ ¿Cómo ofrece el servicio?

De la labor desarrollada, se formuló la siguiente misión para la institución:

“Somos una institución de salud mental de carácter privado, de segundo nivel de complejidad, que brinda una atención integral basada en procesos y métodos científicos y en un excelente equipo humano, para el tratamiento de usuarios en estado agudo o crónico, buscando mejorar su calidad de vida y la de sus familiares.

Ofrecemos un servicio de alta calidad, enfocado a la satisfacción de nuestros clientes y usuarios, a la obtención de la rentabilidad esperada por nuestros accionistas y a brindar estabilidad y satisfacción a nuestros trabajadores.”

Por otro lado, de la revisión de la visión, se detectó que ésta no se refería a un panorama futuro al cual la Clínica deseaba llegar, ni definía un tiempo límite, por lo anterior, y de acuerdo a la nueva estrategia de la institución enfocada hacia la calidad de sus servicios, se formuló una nueva visión para la Clínica San Pablo S.A:

“La Clínica San Pablo S.A. se proyecta en el 2010 como la institución líder en salud mental, reconocida a nivel nacional por sus altos estándares de calidad y como una empresa promotora del bienestar de la población”.

Una vez definida la nueva misión y visión de la institución y con una clara estrategia, *Calidad en los Servicios*, se dieron por sentadas las bases para la definición de la Política y los objetivos de la Calidad.

5.7.1 Política de Calidad. La política de calidad es la promesa de valor que la institución hace a sus clientes, el compromiso que adquiere la institución con la calidad.

La política de calidad debía enmarcarse en la misión de la organización así como en la norma ISO 9001:2000, en base a la cual se formuló el Sistema de Gestión de la Calidad en la Clínica San Pablo.

Tanto la misión como la norma se examinaron, para determinar aspectos relevantes sobre los cuales se pudiera definir la política de calidad. Los resultados de dicha revisión se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 3. Aspectos Relevantes de la Misión y la Norma ISO 9001 para la definición de la política de calidad

Misión	Norma ISO 9001
✓ La satisfacción de los clientes	✓ La mejora continua
✓ La excelencia del equipo humano	✓ Enfoque basado en procesos
✓ Servicio de calidad	✓ Satisfacción del Cliente
	✓ Competencias del Recurso Humano

Tomando en cuenta los aspectos relacionados en la tabla anterior, se redactó la Política de Calidad de la Clínica San Pablo S.A.:

“El compromiso de la Clínica San Pablo S.A. es lograr la satisfacción de sus clientes y usuarios a través de un sistema de gestión de calidad en continuo mejoramiento de sus procesos y en el fortalecimiento de las competencias del recurso humano, brindando así, una atención en salud enmarcada en los parámetros de seguridad, oportunidad y eficacia.”

5.7.2 Objetivos de Calidad. Los objetivos de calidad, son los logros que la organización aspira alcanzar y a través de los cuales se busca dar cumplimiento a la política de calidad trazada.

Los objetivos trazados para la Clínica San Pablo S.A. con sus respectivas metas, para el periodo comprendido entre Julio de 2005 y Julio de 2006 fueron:

- Brindar al usuario una atención oportuna de acuerdo a sus necesidades y expectativas.

Promedio Tiempo de Atención en Urgencias	Meta < 30 minutos
Usuarios Atendidos con un Retardo mayor a 20 minutos en Consulta Externa	Meta < 10%
Citas Asignadas después de 8 días después de Solicitadas en Consulta Externa	Meta < 10%
Promedio Tiempo de Entrega de Medicamentos de Uso Intrahospitalario	Meta < 2 horas

- Mejorar el nivel de satisfacción de clientes y usuarios.

Índice de Satisfacción de Clientes Institucionales	Meta: Entre el 90 - 100%
Índice General de Satisfacción del Usuario	Meta: Entre el 90 - 100%
	Quejas: Meta < 10
Índice de Satisfacción de Usuarios de Urgencias	Meta: Entre el 90 - 100%
Índice de Satisfacción de Usuarios de Consulta Externa	Meta: Entre el 90 - 100%
Índice de Satisfacción de Usuarios de Estancia Hospitalaria	Meta: Entre el 90 - 100%
Índice de Satisfacción de Usuarios del Programa de Adicciones	Meta: Entre el 90 - 100%
Índice de Satisfacción de Usuarios de Clínica Ambulatoria	Meta: Entre el 90 - 100%
Índice de Satisfacción de Usuarios con Nutrición	Meta: Entre el 90 - 100%
Índice de Satisfacción de Usuarios con Aseo	Meta: Entre el 90 - 100%

- **Brindar una atención segura a los usuarios**

Índice de Eventos Adversos en Urgencias	Meta < 10%
% Cumplimiento de Historias Clínicas de Urgencias	Meta: Entre el 90 - 100 %
% Cumplimiento de Historias Clínicas de Consulta Externa	Meta: Entre el 90 - 100 %
Tasa de Eventos Adversos de Estancia Hospitalaria	Meta < 10%
% Cumplimiento de Historias Clínicas de Estancia Hospitalaria	Meta: Entre el 90 - 100 %
Tasa de Infecciones de Estancia Hospitalaria	Meta < 5%
Tasa Días Riesgo de Infección de Estancia Hospitalaria	Meta < 1%
Reingresos de Estancia Hospitalaria	Meta < 5%
Promedio Días de Estancia Hospitalaria	Meta < 10 días
Reingresos en el Programa de Adicciones	Meta < 5%
Tasa Días Riesgo de Infección en el Programa de Adicciones	Meta < 1%
Promedio Días de estancia en el Programa de Adicciones	Meta: Entre 60 – 90 días
Tasa de Eventos Adversos de Estancia Hospitalaria	Meta < 10%
% Cumplimiento de Historias Clínicas de Programa de Adicciones	Meta: Entre el 90 - 100 %
Recaídas en Clínica Ambulatoria	Meta < 5%
Tasa de Eventos Adversos de Clínica Ambulatoria	Meta < 10%
% de Cumplimiento de Historias Clínicas de Clínica Ambulatoria	Meta: Entre el 90 – 100 %

- **Mejorar las competencias de los trabajadores**

Cumplimiento de Competencias en el Personal	Meta > 90%
Cumplimiento de Horas de Capacitación	Meta > 90%

- **Alcanzar un sistema de gestión de calidad preventivo**

% de Acciones Preventivas Implementadas	Meta > 50%
% de Acciones Correctivas Reincidentes	Meta < 5%

6. DOCUMENTACIÓN

La documentación es la base para la actuación al interior de la organización, ya que en ella se describen actividades, instrucciones, funciones, normas, políticas, entre otros, que permiten acciones más organizadas y estandarizadas, logrando con ello disminuir la variabilidad en los procesos, lo que contribuye al logro de los resultados esperados.

Dentro de un Sistema de Gestión de la Calidad, la documentación debe ser administrada y controlada, con el fin de asegurar su adecuación, su revisión y actualización, su disponibilidad y su fácil identificación y recuperación, así como evitar el uso de documentos obsoletos.

Una vez concluida la planificación, se dio inicio a la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad en base a lo establecido en las caracterizaciones de procesos.

En esta etapa se presentaron numerosos contratiempos, debido al incumplimiento de los responsables de la elaboración de los documentos, en los procesos de apoyo administrativo y financiero, lo cual generó atrasos en el desarrollo del proyecto.

6.1 DEFINICIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

La documentación a elaborarse en los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad y que se definió en las caracterizaciones, se estableció a partir de la revisión de los documentos existentes en la institución, de los requisitos de la norma ISO 9001:2000 y de la revisión de la documentación exigida en normas legales para instituciones de salud.

La tarea de identificación y definición de la documentación, se realizó en conjunto con cada uno de los jefes de procesos y con el asesor de calidad, con quienes se definieron los tipos de documentos a elaborar y los responsables para ello.

Toda la documentación existente se revisó en cuanto a su contenido, para evaluar si lo descrito era concordante con lo que se realizaba en la institución en la actualidad, así mismo, esta documentación debió ser ajustada a los parámetros establecidos para la presentación, elaboración y control de documentos.

Los documentos que más se elaboraron fueron procedimientos, ya que era el tipo de documento del cual existía una mayor ausencia. En los procesos asistenciales, se determinaron dos tipos de documentos, las guías médicas y los protocolos, los cuales se diferenciaban por la flexibilidad de su aplicación, ya que los protocolos son de estricto cumplimiento por parte del personal asistencial, mientras que las guías médicas ofrecen, como su nombre lo dice, una guía para definir el plan de tratamiento del paciente.

6.1.1 Formatos de Registros. Como parte de la documentación realizada al interior de la institución, se elaboraron formatos de registros con los siguientes objetivos:

- Facilitar la recolección de la información de entrada para el cálculo de indicadores
- Mejorar la comunicación e información manejada al interior de la organización
- Proporcionar evidencia de la realización de actividades, para su seguimiento.

En la elaboración de los registros se tuvo como premisa la minimización de los costos y del tiempo empleado para su diligenciamiento, así

La elaboración de formatos de registros se realizó a través de la revisión de los registros aplicados en la institución, de los cuales algunos se eliminaron, otros se conservaron y algunos otros se modificaron. Así mismo se crearon algunos otros de acuerdo a las necesidades que se presentaron.

Particularmente por el tipo de empresa, se elaboraron los formatos de eventos adversos, cuyo objetivo era el de permitir el seguimiento de los mismos para la evaluación de la seguridad en los servicios. Así mismo se elaboraron nuevos formatos de encuestas en cada uno de los procesos asistenciales, en los cuales se contemplaban los aspectos relacionados con el trato recibido por parte del personal; la información suministrada en relación al diagnóstico, tratamiento, plan de cuidados ambulatorios y la institución; la calidad de las intervenciones de psicología y terapia ocupacional; el estado de las instalaciones físicas y la calidad de la alimentación, todo lo cual se contempló a partir de las necesidades identificadas y de las cuales era necesario revisar que satisficieran a los usuarios.

Otros formatos de registros implementados, fueron los de seguimiento a glosas y las listas de evaluación de historias clínicas para verificar la confiabilidad de los registros según las normas para las mismas.

Por otro lado se elaboró un formato de comunicación interna el cual se implementó de acuerdo a la necesidad identificada en relación al mejoramiento de las comunicaciones dentro de la institución, buscando que ésta se efectuara de manera más eficiente y que se mantuviera la integridad de la información.

6.2 CONTROL DE DOCUMENTOS

Como se había evidenciado en el diagnóstico realizado, la documentación se centralizaba en la gerencia, lugar en donde se mantenía archivada, esto generaba desconocimiento de la misma por parte de muchos de los interesados; así mismo, se encontraron documentos obsoletos en algunos puntos de uso dentro de la institución.

Por lo anterior y para dar cumplimiento a los requerimientos de la norma ISO 9001:2000, se elaboraron los documentos *“Procedimiento para el Control de Documentos”* e *“Instructivo para la Elaboración de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad”*, los cuales se presentan en el **Anexo D** del presente documento. En el instructivo se detallan los requisitos para la presentación de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad, la codificación elegida, y la descripción de los tipos de documentos.

Para la identificación de los documentos al interior de la Clínica San Pablo, se estableció un código, el cual se conformó con las siglas del proceso al cual correspondía el documento, seguido de las siglas del tipo de documento y de un número consecutivo. Así mismo, se definió que todos los documentos tendrían un encabezado y un pie de página, en donde se consignaría la información relacionada con los responsables de su elaboración y aprobación, así como su versión y fecha de aprobación.

Para el control de registros, se elaboró el documento *“Procedimiento para el Control de Registros”* (**Ver Anexo D**), en el cual se establecieron los parámetros para la identificación, el almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición final, haciendo mayor énfasis en los registros de personal, los contables y las historias clínicas, por su importancia dentro del Sistema de Gestión de Calidad.

El proceso de Gestión de la Calidad, se designó como responsable de la generación del “*Listado Maestro de Documentos*”, el cual se definió como un registro de control, en el cual se relacionaban los documentos internos, los registros y los documentos externos de cada uno de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad. En el listado, se especificaban para los documentos, el nombre, código, versión, ubicación, y acceso, mientras que para los registros, se especificaba el nombre, código, ubicación, acceso, tiempo de retención y almacenamiento. En el **Anexo C** se presenta el Listado Maestro de Documentos de la Institución.

Así mismo, y en cumplimiento al procedimiento establecido para el control de documentos, se elaboraron formatos para la distribución y aprobación de documentos, este último, se eliminó durante la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, y se reemplazo por el formato “*Control de Documentos*”, en el cual se podían registrar los cambios en la documentación generados por revisión, aprobación de nuevos documentos o eliminación de documentos ya existentes, el cual era una vez diligenciado, entregado al representante de calidad para asegurar el control de documentos y actualizar el Listado Maestro de Documentos.

Con el fin de asegurar que los documentos se encontraran en los puntos de uso, se determinó que cada proceso tuviera un archivo para su documentación, descentralizando así el resguardo de los mismos.

6.3 DOCUMENTACIÓN DE LA NORMA

Junto con la documentación relacionada con el control de documentos y que se mencionó anteriormente, se elaboraron los demás procedimientos exigidos por la norma ISO 9001:2000, los cuales se presentan en el **Anexo D** referentes a:

- El manejo del servicio no conforme

- Acciones Correctivas
- Acciones Preventivas
- Auditoria interna
- Revisión por la Dirección

Una vez se elaboraron dichos documentos, se socializaron a todos los jefes de proceso en reunión de comité de calidad, para su conocimiento y comprensión.

Los documentos se elaboraron bajo la dirección del asesor en calidad.

6.4 MANUAL DE FUNCIONES Y DICCIONARIO DE COMPETENCIAS

Dentro de la etapa de documentación se llevó a cabo una labor muy importante relacionada con la definición de funciones y de competencias en la institución, lo cual se realizó no solo para dar cumplimiento a la norma ISO 9001:2000, sino además por la necesidad de los clientes internos, quienes demandaban mayor claridad con sus funciones y responsabilidades.

De acuerdo con la norma ISO 9001:2000, una empresa debe asegurar que sus trabajadores sean competentes en las labores realizadas, para garantizar que éstas se realicen adecuadamente.

Debido a que las competencias del personal son un factor preponderante en un Sistema de Gestión de la Calidad, era necesario iniciar la gestión del recurso humano en base a ellas, para esto, fué necesario introducir el concepto de la Gestión por Competencias, para lo cual se contó con la asesoría de una psicóloga organizacional, quien trabajo en conjunto con la autora del proyecto.

La labor desarrollada, consistió en la definición de las competencias institucionales y las relativas a cada cargo, para establecer a partir de ellas los programas de capacitación dentro de la institución, el perfil del cargo y la evaluación del personal. El manual de competencias elaborado para la institución

La definición de las competencias, partió de la elaboración de un nuevo manual de funciones, debido a que el que se encontraba vigente era obsoleto y no seguía un orden lógico, ya que era el compendio de varios manuales elaborados con anterioridad; la autora del proyecto elaboró el nuevo manual de funciones para cada uno de los cargos de la institución.

Una vez el manual de funciones fue elaborado y revisado por las directivas, la psicóloga realizó la retroalimentación del mismo, con el objeto de validar las funciones en conjunto con el personal.

Cuando se realizaba la validación de las funciones, simultáneamente se realizaba la identificación de las competencias relativas al cargo, esto se realizó a través del cuestionamiento a cada uno de los trabajadores sobre las conductas que ellos consideraban como necesarias, para desarrollar con éxito las funciones de sus cargos.

Una vez la retroalimentación finalizó, la psicóloga inició la definición de las competencias; las competencias institucionales se definieron a partir del análisis de la misión, visión y política de calidad de la institución y las específicas al cargo de acuerdo con las funciones y la información recolectada de la retroalimentación realizada con el personal.

Las competencias institucionales son aquellas que deben cumplir todas las personas que laboran en la institución y las competencias específicas, son las que aplican a la persona de acuerdo con el cargo que ocupa.

Definidas las competencias la psicóloga elaboró el instructivo “*Diccionario de Competencias*”, en el cual se describían cada una de las competencias institucionales y específicas a los cargos con sus niveles respectivos, definidos a través de conductas, para su conocimiento el documento se presenta en el **Anexo E**.

Con el diccionario de competencias elaborado, se realizó su socialización en compañía de la psicóloga, en la cual se explicó al personal el trabajo desarrollado, así como cada una de las competencias definidas para su comprensión. Con la socialización realizada, se dio el punto de partida para la realización de la evaluación de competencias.

La evaluación para cada trabajador, fue realizada por el jefe inmediato, un par (una persona que ocupara el mismo cargo), un colaborador (subalterno) y un cliente interno. La evaluación se realizó por grupos y fue acompañada por la psicóloga, con el fin de asegurar que se realizara de la manera correcta.

La socialización y evaluación de competencias, no solo se realizó con el personal vinculado a la institución, sino también con el personal médico especializado, adscrito a la misma.

Una vez la evaluación de competencias concluyó, la psicóloga realizó la tabulación de las evaluaciones con su respectivo análisis, lo cual fue socializado con el personal y entregado al proceso de Recurso Humano.

6.5. MANUAL DE CALIDAD

El manual de calidad, es el documento en el cual se describe el Sistema de Gestión de Calidad. La estructura del Manual de Calidad elaborado en la Clínica San Pablo S.A., sigue el orden de la norma ISO 9001:2000, describiendo cómo se da cumplimiento a cada uno de los requisitos establecidos en ella.

El manual se presenta en el **Anexo B** del presente documento.

7. IMPLEMENTACIÓN

La implementación es la etapa en que se aplica la documentación elaborada y se da inicio a la medición de los procesos.

El aspecto más importante en la implementación, es el inicio del tratamiento del servicio no conforme y la definición e implementación de acciones correctivas y preventivas con el fin de dar cumplimiento a lo planeado.

7.1 APLICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS

Una vez los documentos eran aprobados eran socializados al personal involucrado mediante reuniones coordinadas por cada jefe de proceso.

La documentación referente a guías médicas y protocolos médicos, fue socializada en los médicos psiquiatras adscritos a la institución, a través de reuniones dirigidas por el director científico. La implementación de dichos documentos fue una tarea ardua, ya que se presentó una alta resistencia por parte del personal médico adscrito, por lo cual se debió realizar un intenso seguimiento para verificar que se aplicaran.

Los protocolos de enfermería y los procedimientos definidos en los procesos asistenciales, fueron socializados en el personal involucrado a través de reuniones y capacitaciones dirigidas por los jefes de enfermería de la institución, realizando así una reinducción; de igual manera y como en el caso anterior, se realizaron seguimientos para verificar el cumplimiento de los protocolos establecidos.

Así mismo se dio inicio al diligenciamiento de los formatos de registro establecidos; debido a que muchos de ellos evidenciaban la ocurrencia de no

conformidades presentadas en los procesos, de quejas presentadas por usuarios o de la ocurrencia de eventos adversos, entre otros, el personal opuso resistencia a su diligenciamiento, lo cual se evidenció en la ausencia total de registro o en otros casos, de registros incompletos; para enfrentar dicha situación fue necesario sensibilizar al personal en la importancia de los registros como fuente de información para la prevención de fallas y mejora en los procesos.

La implementación de la documentación evidenció algunos problemas en formatos e inconsistencias en documentos, lo cual se modificó como parte del proceso de mejoramiento continuo. De igual forma, se elaboraron nuevos documentos como parte de acciones de correctivas o preventivas que surgieron durante la implementación del sistema.

7.2 SERVICIO NO CONFORME, ACCIONES CORRECTIVAS Y ACCIONES PREVENTIVAS

Con la puesta en marcha del Sistema de Gestión de Calidad, se dio inicio al tratamiento del servicio no conforme, así como a la implementación de acciones correctivas y preventivas.

Esta labor fue muy beneficiosa, ya que se identificaron problemas, que si bien ya existían, no habían sido reconocidos ni tratados, y algunos otros que aunque identificados, no habían sido solucionados, ya que no se les había realizado seguimiento alguno.

En esta etapa, el comité de calidad fue un medio muy valioso, ya que ofreció el espacio más adecuado para la discusión y solución de las no conformidades presentadas. De allí se tomaron importantes decisiones que tuvieron repercusión en toda la organización.

Las no conformidades se identificaron a través de la información suministrada por los siguientes registros:

- Los formatos de no conformidades
- Quejas de Usuarios
- Análisis de Indicadores
- Formatos de Eventos Adversos
- Historias Clínicas

De las no conformidades presentadas, se realizaron análisis de causas y se tomaron las acciones correctivas con el fin de eliminarlas. De esta manera se aplicaba un proceso de mejora al interior de los procesos y con ello al interior de toda la organización.

En esta etapa se evidenció uno de los grandes beneficios del Sistema de Gestión de Calidad, ya que se observó cómo se daba inicio a la implementación de una cultura enfocada hacia la calidad y al mejoramiento continuo, a partir de la gestión de las no conformidades encontradas.

Aunque fue una etapa de gran actividad y de la consecución de muchos beneficios, también significó un arduo trabajo ya que se evidenció la resistencia al cambio e indisciplina, lo que se reflejó en el incumplimiento y por consiguiente demora en la implementación de las acciones establecidas.

De la labor desarrollada, se encontró que el principal problema era el temor de las personas en dar a conocer errores cometidos, así como problemas presentados en los procesos; para enfrentar dicha dificultad, se reforzó el trabajo en equipo y el apoyo a las personas en el análisis de los problemas, así como en la obtención de soluciones, con lo cual, el personal se sintió respaldado y mostró mayor colaboración.

7.3 MEDICIÓN DE PROCESOS

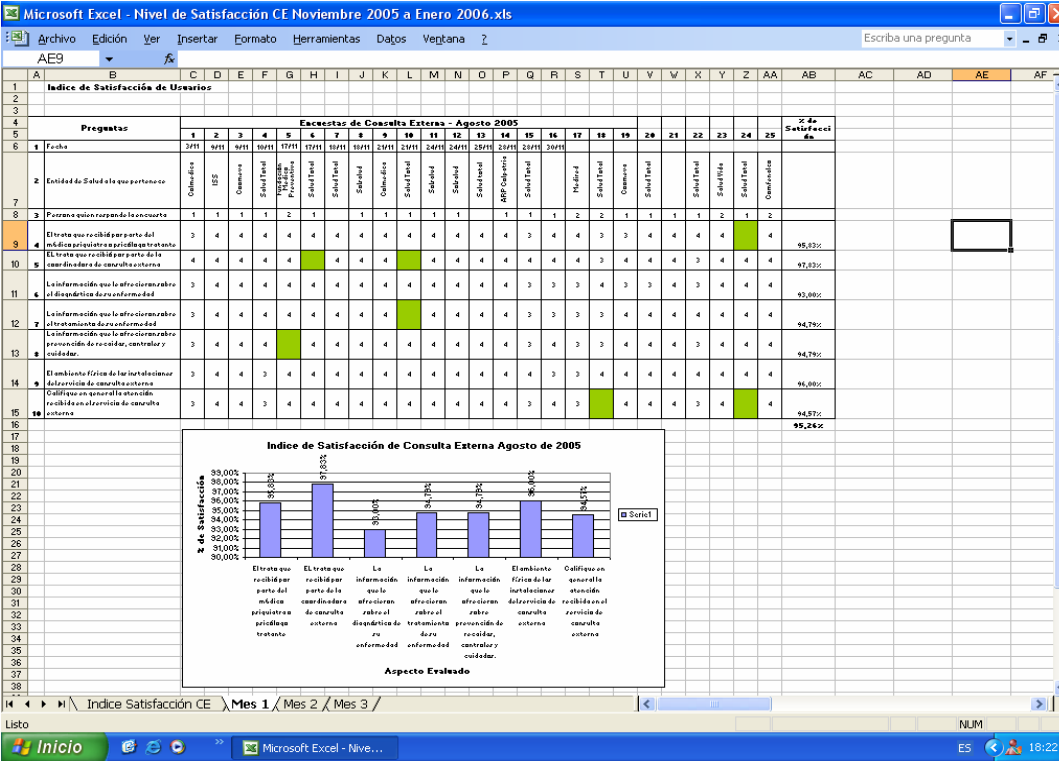
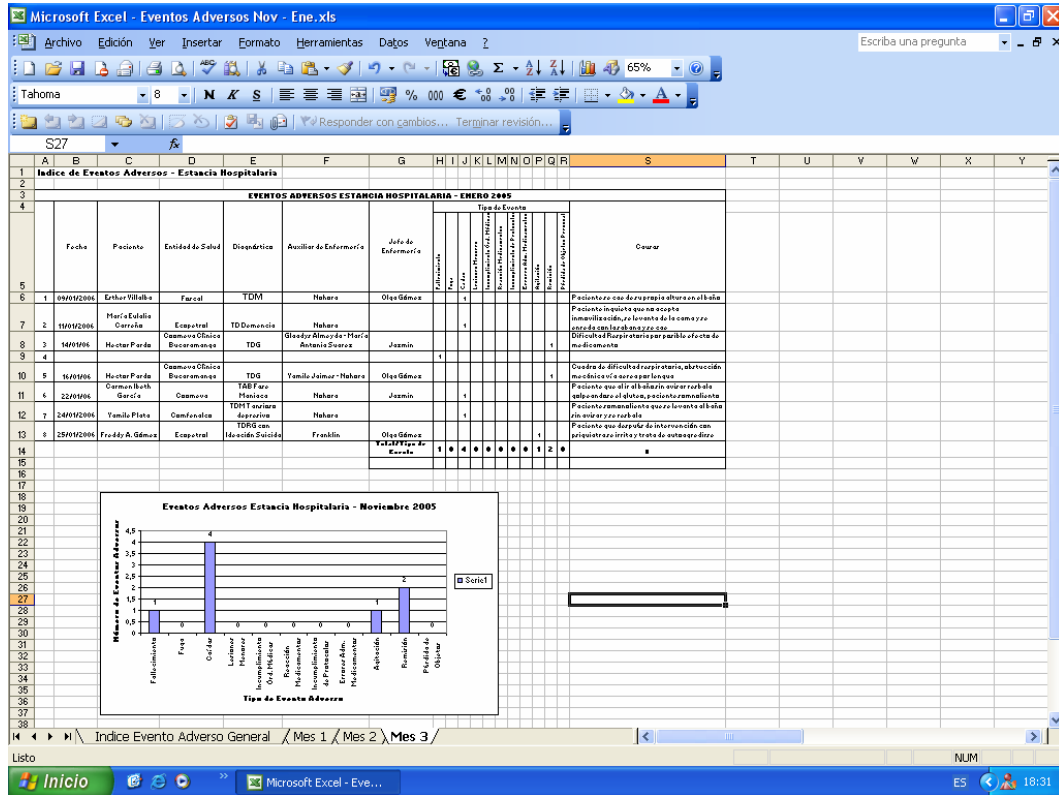
La medición hace referencia al cálculo de los indicadores de calidad, definidos para cada uno de los procesos con miras a evaluar su desempeño.

En la institución no existía una cultura de la medición, por lo que ésta tarea fue una labor de difícil entendimiento y comprensión para el personal, lo cual se dificultó aún más, por el desconocimiento del personal en el cálculo e interpretación de indicadores.

Para facilitar la labor, la estudiante en práctica realizó el acompañamiento a los jefes de procesos en dicha tarea para dar la capacitación necesaria, sin embargo se evidenciaron problemas ya que para algunos trabajadores era difícil la comprensión del tema y por otro lado sus ocupaciones laborales impedían en algunas ocasiones que tuvieran el tiempo necesario para realizarlo. Así mismo, los registros a través de los cuales se obtenía la información para el cálculo, no se habían diligenciado en su totalidad, lo cual no permitía realizar la medición, ante esto se pidió mayor colaboración por parte de la alta dirección para mejorar el cumplimiento por parte del personal.

Como herramienta para facilitar el cálculo de indicadores, se elaboraron plantillas en Excel, a través de las cuales, se organizaba la información y se enlazaba a las fórmulas establecidas para el cálculo de indicadores. Estas plantillas se socializaron en el personal responsable de la medición.

Figura 7. Ejemplo de plantillas en Excel para el cálculo de indicadores



Durante esta labor, se evidenció una de las dificultades más grandes en la implementación del sistema, en referencia al poco conocimiento que la mayor parte de los responsables de la medición, tenían sobre el manejo de Excel, así como en el análisis de datos. Dicha dificultad se entendía, ya que en los procesos asistenciales por ejemplo, los responsables eran médicos, enfermeras jefes, un psicólogo y una terapeuta ocupacional, quienes no estaban familiarizados con ello, porque su quehacer diario no lo requería; para superar la dificultad, se trabajó en equipo con ellos, y al interior de la institución se brindó capacitación.

Con la medición de los indicadores y su posterior análisis, se evidenció en los jefes de procesos una mayor comprensión sobre el desempeño de sus procesos, y con ello una mayor colaboración en la implementación de acciones encaminadas a la consecución de las metas establecidas o al mantenimiento de las mismas.

Con lo anterior se daba inicio a la implementación de acciones basadas en hechos y datos, el cual es otro de los principios sobre los cuales se establecen los sistemas de gestión de calidad, según la norma ISO 9001:2000.

7.3.1. Ejemplos de Mediciones Realizadas

Tabla 4. Eventos adversos presentados en urgencias

Total Eventos Adversos en el Mes	2	2	0
Número Total de Urgencias Atendidas en el Mes	89	75	82
Tasa de Eventos Adversos en Estancia Hospitalaria	2.25%	2.67%	0.00%

Figura 8. Gráfica de tendencias de los eventos adversos presentados en urgencias

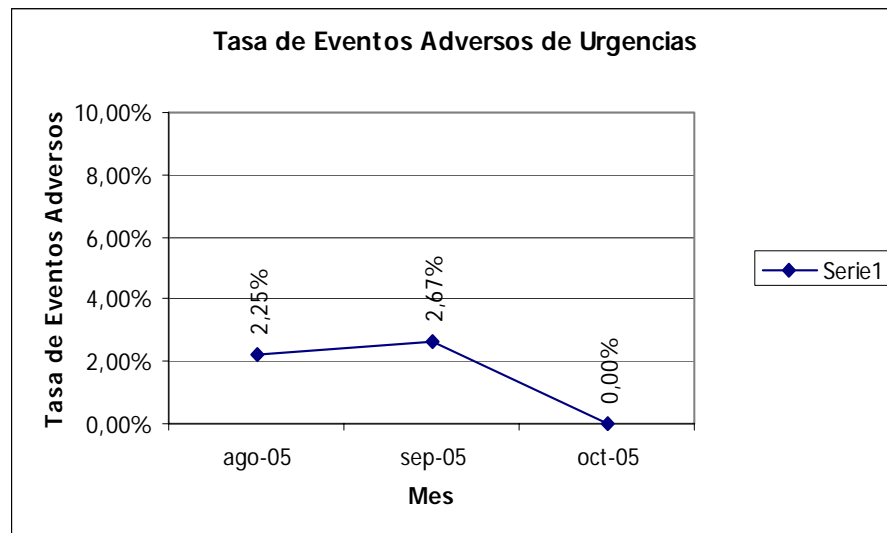


Figura 9. Resultados encuestas de satisfacción de usuarios de estancia hospitalaria

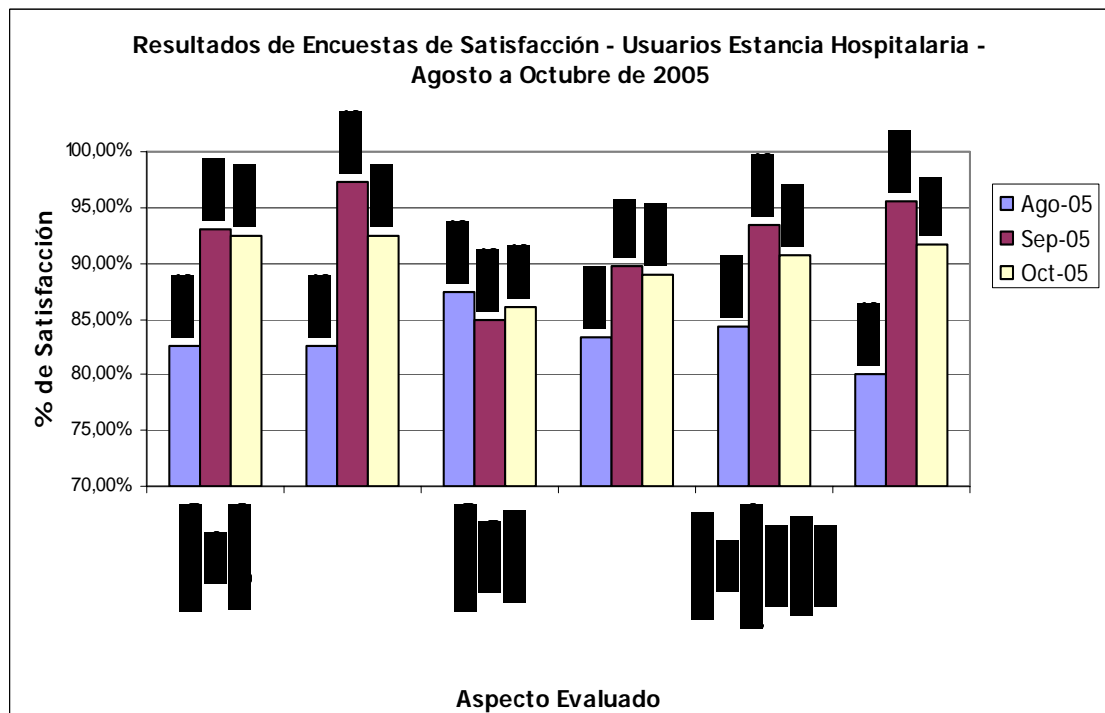


Figura 10. Resultados encuestas de satisfacción de usuarios de estancia hospitalaria

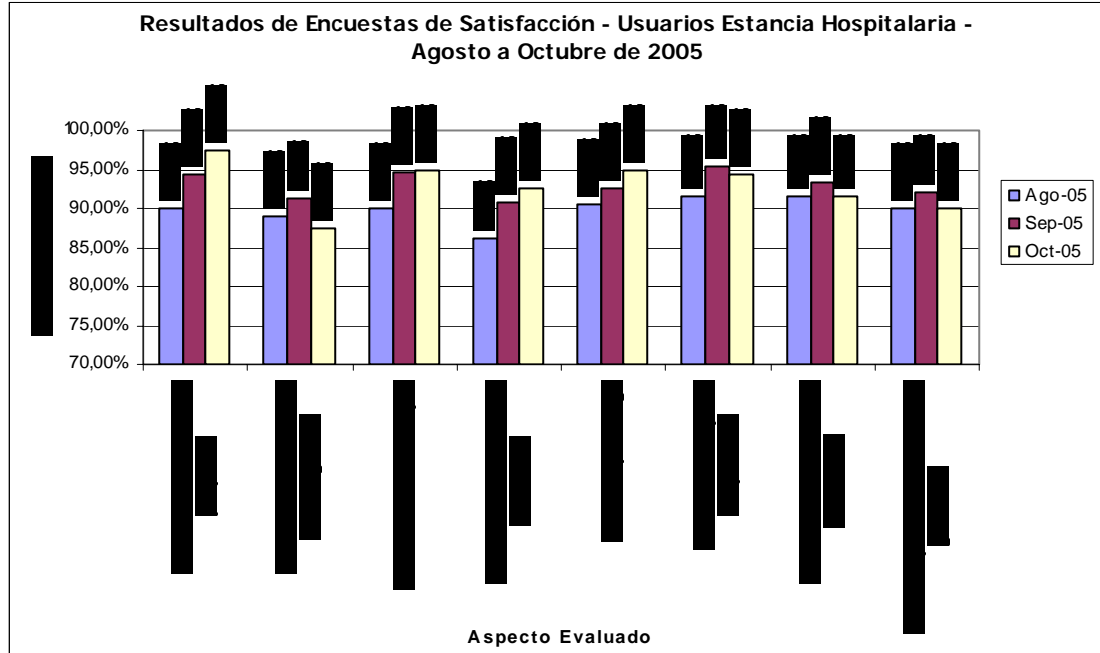


Figura 11. Resultados encuestas de satisfacción de usuarios de estancia hospitalaria

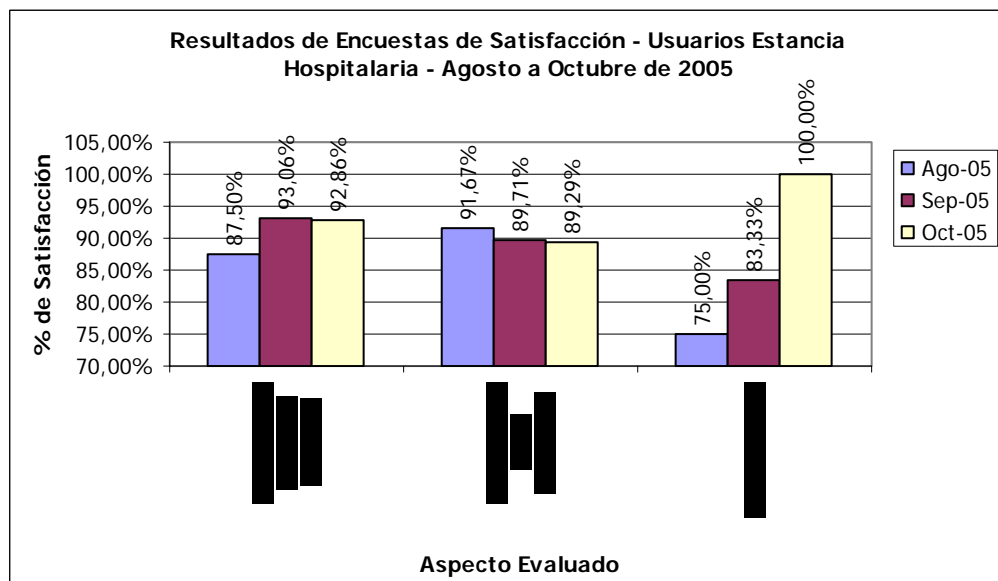


Figura 12. Resultados encuestas de satisfacción de usuarios de estancia hospitalaria

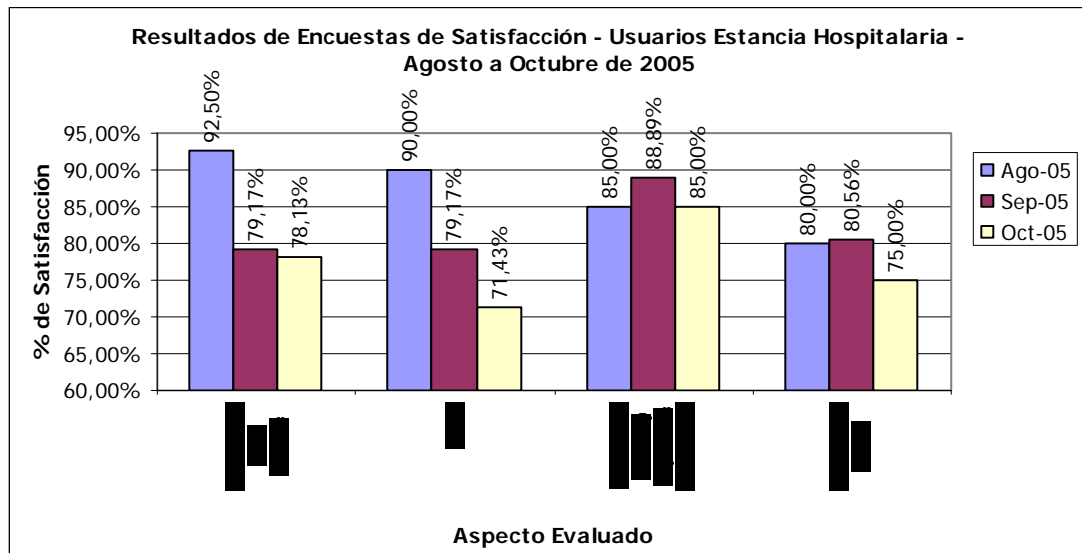


Tabla 5. Reingresos presentados en los usuarios de estancia hospitalaria

	nov-05	dic-05	ene-06
Número de usuarios que ingresan a estancia hospitalaria antes de 48 horas después de su egreso	1	8	5
Número Total de egresos en el mes	73	75	74
% de Reingresos	1,37%	10,67%	6,76%

Figura 13. Gráfico de tendencias de reingresos presentados en estancia hospitalaria

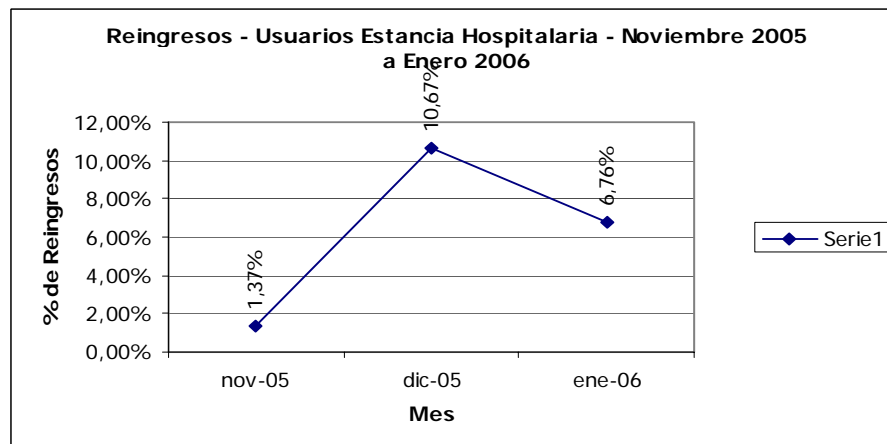


Figura 14. Gráfico de tendencias del valor facturado radicado

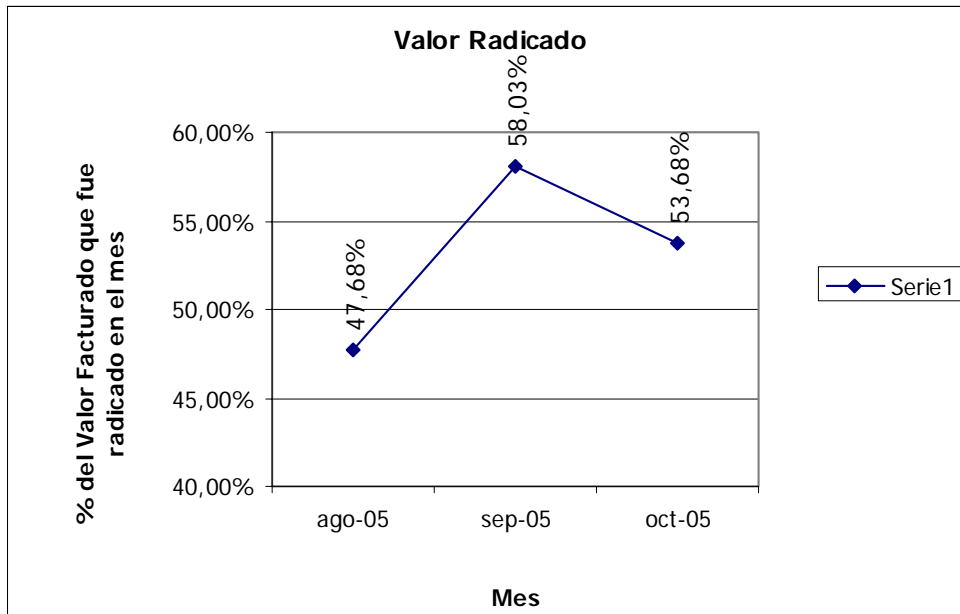


Figura 15. Gráfico de tendencias del valor facturado glosado

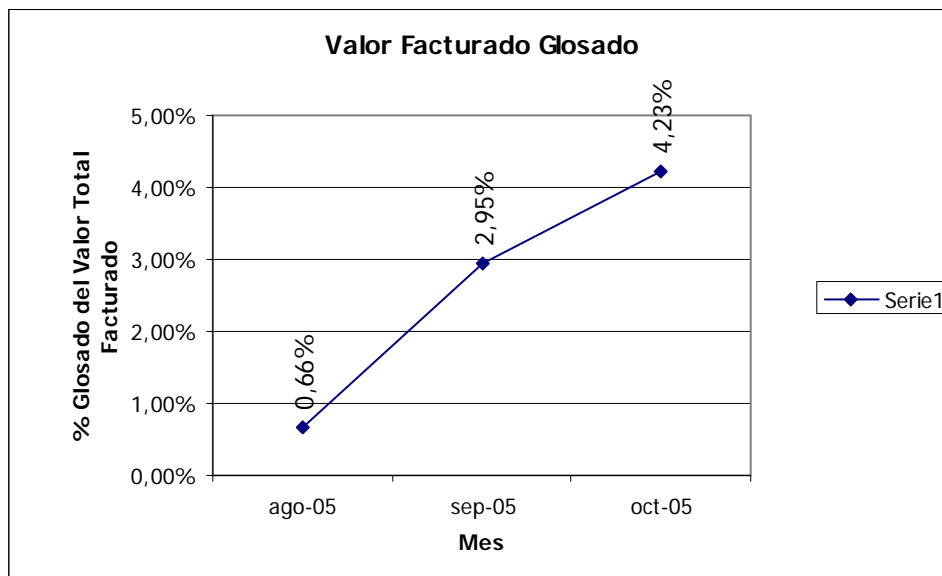
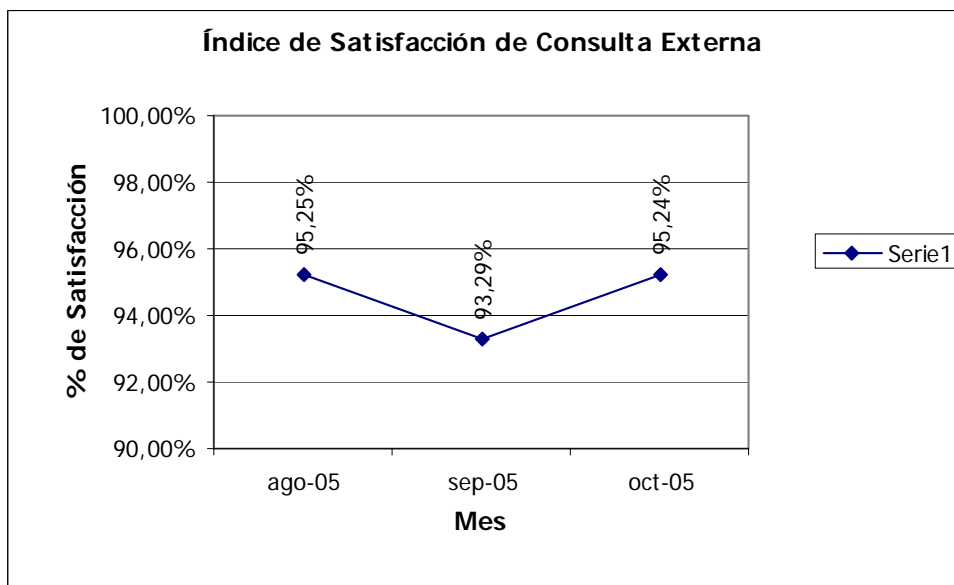


Figura 16. Gráfico de tendencias del índice de satisfacción en consulta externa



7.4 ACCIONES IMPLEMENTADAS

Dentro del proceso de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, con el levantamiento de acciones correctivas y preventivas, realizadas en base al seguimiento de los procesos, una de las acciones más importantes que se aprobaron y se aplicaron, fue la implementación de un sistema de información integrado en la institución, para las áreas asistenciales y administrativas.

7.4.1 Implementación de un Sistema Integrado de Información

- **Identificación del Problema.** Cuando se realizó el diagnóstico de los procesos de la institución, se observó que en los procesos de contabilidad y facturación, las actividades realizadas tenían un alto grado de manualidad, ya que no existía un sistema de información integrado que permitiera el manejo de la información en tiempo real, y que minimizara actividades que no aportaban valor agregado.

Durante la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y de acuerdo con las no conformidades presentadas y de su análisis, se observó lo siguiente:

1. Existía un software que solo permitía almacenar la información relacionada con los gastos del paciente, generados por la prestación del servicio.
2. La liquidación de facturas se realizaba manualmente en base a la información almacenada en el software, la historia clínica y el kardex del paciente.
3. Las facturas de consulta externa no se realizaban en el momento de la prestación del servicio, las boletas de autorización para consulta que llevaba el paciente, eran entregadas a la coordinadora de facturación quien las almacenaba, y durante el mes las agrupaba por EPS y realizaba la facturación correspondiente con una frecuencia semanal o quincenal. Este procedimiento conllevaba retrasos, ya que en muchas ocasiones no se elaboraban a tiempo las facturas y las fechas de radicación pasaban, obligando con ello a radicar la factura en el mes siguiente y por consiguiente demorando el pago de la misma.
4. La contadora debía realizar la digitación de todas las facturas de venta y compra para alimentar el sistema contable manejado en la institución, esto además de significar un desperdicio, ya que no agregaba valor a la tarea realizada, representaba una fuente de error durante la digitación de cifras.
5. Debido a que la contadora debía esperar que le fueran entregadas las facturas por parte de la coordinadora de facturación, un retraso por parte de esta última, ocasionaba a su vez, un retraso para la elaboración de los asientos contables y por consiguiente demoras en la elaboración y presentación de los informes financieros.

6. Los informes financieros eran entregados muy tarde, tomando en consideración que son indispensables para la toma de decisiones en una empresa.
7. No existía un software a partir del cual se almacenaran datos a partir de los cuales se pudieran calcular estadísticas propias de la institución, por esta razón, la obtención de estadísticas requería de un trabajo arduo de recopilación de información, la cual se realizaba manualmente y que generaba retrasos en su cálculo y presentación ante la dirección.
8. Los costos no se discriminaban por servicios por lo cual no se podían calcular indicadores de rentabilidad ni participación por servicios.
9. En el área de consulta externa, la tarea de programación de consulta se realizaba manualmente, y se registraba en formatos por escrito, representando un alto volumen de papelería y poca agilidad en la labor.
10. Cuando se registraba la cita, en muchas ocasiones no se diligenciaba el nombre completo de la persona, así como sus dos apellidos, por la premura con que debía realizarse, esto generaba problemas en el momento de buscar la historia clínica del paciente.
11. En algunas ocasiones se asignaban dos citas en la misma hora, por lo cual se generaban retrasos en la atención de pacientes.

• **Análisis de Causas.** Con el seguimiento a los problemas antes mencionados, se evidenciaron los siguientes aspectos:

1. Las labores no se planificaban adecuadamente, por lo cual en los puestos de trabajo involucrados se acumulaba el trabajo y se presentaban retrasos o se cometían errores por la premura con que eran realizadas.
2. Se hacía necesario la implantación de un sistema de información integrado que permitiera eliminar la doble digitación y mediante el cual se pudiera manejar la información en tiempo real en los diferentes puestos de trabajo involucrados.

3. Se requería la sistematización de algunas actividades para su agilización y confiabilidad.

- **Acción Implementada.** Los problemas presentados, así como las causas analizadas se presentaron ante la alta dirección, quien decidió implementar un Sistema Integrado de Información Gerencial Operativo, la cual fue una de las grandes mejoras que se realizaron al interior de la empresa, como parte de la mejora continua, que se dio inicio con la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

Para el área administrativa, el software realizaría la liquidación y facturación de los servicios prestados, alimentando inmediatamente a contabilidad, así se manejaba la información en tiempo real, los costos se discriminaban por servicios y al mismo tiempo se generaban las estadísticas.

En el área de consulta externa, permitiría a la coordinadora de consulta externa realizar la programación de consultas, mediante una agenda sistematizada y la utilización de una base de datos, a través de la cual, se podía seleccionar el paciente y obtener inmediatamente el número de historia clínica, además permitía la factura inmediata por la prestación del servicio y su correspondiente actualización en contabilidad.

Debido a que el sistema debía ajustarse a las condiciones propias de la empresa, se dio inicio a su implementación, la cual comprendía varias etapas. El programa se ha cumplido y se espera que en los próximos meses se concluya y se dé inicio a su aplicación formal. En relación a ello, las expectativas de la organización son muy altas y esperan obtener beneficios en la agilización de sus procesos así como en el ahorro de costos.

Esta mejora se constituyó como la más importante dentro de las realizadas durante la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, por su alto impacto operativo así como por la inversión que la empresa decidió asumir con el fin de contribuir con la mejora en sus procesos.

8. CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

Dentro del desarrollo del proyecto la capacitación fue un factor preponderante, ya que a través de ella se dieron los conocimientos para que el personal comprendiera el Sistema de Gestión de Calidad y de esa forma, participara en su diseño e implementación.

La capacitación más ardua se desarrolló con los jefes de procesos, quienes como líderes al interior de los mismos, tenían la responsabilidad de divulgar y capacitar a las personas involucradas en las actividades de sus procesos, en relación a las nuevas normas, procedimientos y cultura, establecidos con la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad.

La capacitación y sensibilización realizada se desarrolló a partir de reuniones y del apoyo brindado en el día a día, a través de la asesoría al personal en la realización de las nuevas actividades establecidas.

Así mismo y como parte del proyecto, se dictó al interior de la organización, una capacitación sobre Servicio al Cliente, con el objeto de crear mayor conciencia en el personal sobre la importancia de brindar al cliente una atención esmerada y única.

Uno de los aspectos más difíciles en las actividades de capacitación, fue la coordinación para la asistencia del personal, ya que para muchos, éstas representaban un tiempo extra, para enfrentar dicha situación fue imprescindible el apoyo de la alta dirección de la organización.

La capacitación realizada se desarrolló a partir de las siguientes actividades:

- Reuniones Informativas: Reuniones en las cuales se dio a conocer el proyecto entre el personal vinculado y adscrito a la institución; en ellas el objeto fue explicar el propósito de la organización en conseguir la certificación y lo que se requería para ello, así mismo y durante la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, estas reuniones se desarrollaron para dar a conocer la marcha del proyecto.

- Reunión del ICONTEC: Debido a que la empresa ya había seleccionado al ICONTEC como ente certificador, se gestionó una reunión de sensibilización por parte de uno de los colaboradores de dicha empresa.

- Reuniones de Capacitación: Estas reuniones se desarrollaron en su mayor parte con los jefes de procesos, debido a su alto grado de responsabilidad y actuación dentro del proyecto. Para maximizar el tiempo, se utilizó el comité de calidad para desarrollar dichas reuniones.

- Taller Servicio al Cliente: Este taller se realizó en base al libro "*Clientes para Siempre*", con el objeto de incrementar la conciencia sobre el personal en relación a la importancia en el servicio al cliente, para lograr la satisfacción del mismo, como eje fundamental del Sistema de Gestión de la Calidad. El taller se desarrolló a partir de reuniones realizadas semanalmente, en las cuales los trabajadores exponían capítulos del libro, aplicando lo allí descrito en la institución. Fue un taller muy productivo, ya que a partir de él, se pudo explicar bajo un enfoque más práctico algunos aspectos relacionados con la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

En el taller de servicio al cliente, se trataron temas enfocados en la atención, relacionada con el trato hacia el cliente, su fidelización, la importancia de contar con sistemas que permitieran obtener resultados esperados, el

compromiso y la responsabilidad del personal en realizar su trabajo bien, en como enfrentar a clientes problemáticos, la importancia de conocer las necesidades del cliente, entre otros temas, que se desprendían de los capítulos desarrollados del libro.

- Reinducciones: Como parte de la socialización de la documentación realizada, se llevaron a cabo reinducciones en el área asistencial, sobre los protocolos, manuales y guías de atención definidos. Las reuniones fueron coordinadas por los jefes de enfermería y el director científico de la institución.

- Apoyo y Asesoría en la realización de actividades: Se refiere al apoyo que se brindó en la ejecución de ciertas tareas, como en el caso de la medición de indicadores, la cual se realizó a partir de reuniones de la estudiante en práctica con los jefes de procesos, a partir de las cuales se brindó la capacitación necesaria. Así mismo en el levantamiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora, en lo relacionado con la identificación de problemas, el análisis de causas y las opciones de mejora; y en el apoyo en el diligenciamiento de registros.

La capacitación se brindó de acuerdo al desarrollo del proyecto, a través de las actividades anteriormente mencionadas. En resumen, las temáticas de capacitación y sensibilización desarrolladas fueron:

- Certificación
- Sistemas de Gestión de Calidad
- Términos y Definiciones según la Norma ISO 9000:2000
- Principios de los Sistema de Gestión de Calidad
- Misión, Visión, Política de Calidad y Objetivos de Calidad
- Administración de Documentos y Registros
- Tratamiento del Servicio No Conforme

- Levantamiento de Acciones Correctivas y Preventivas
- Definición y Evaluación de Competencias
- Evaluación de los Sistemas de Gestión de Calidad

Como herramientas de sensibilización, se emplearon artículos y noticias sobre calidad, los cuales se expusieron en las carteleras de la institución y se realizó retroalimentación en reuniones realizadas.

Para el tratamiento de la información de las capacitaciones y sensibilizaciones realizadas, se elaboraron guías que eran entregados al personal y explicados durante la reunión.

Una cultura de calidad al interior de una organización, es uno de los principales factores en el éxito en la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad; aunque ello conlleva años de trabajo, con las actividades de capacitación y sensibilización desarrolladas, se fomentó la importancia, los beneficios y las implicaciones de trabajar con calidad y ofrecer servicios de calidad, así mismo se dio el conocimiento para que las personas se involucraran dentro del proyecto, todo lo cual generó un cambio cultural dentro de la institución, enfocado hacia los nuevos retos que se imponían a partir de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad y de su certificación, generando así un valor agregado para la misma y para su personal.

9. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

La evaluación del Sistema de Gestión de Calidad tiene por objeto determinar su grado de cumplimiento respecto a los requisitos de la norma ISO 9001:2000, de la reglamentación aplicable y de lo planificado y definido al interior de la institución, esto último, en relación a los objetivos, políticas, metas y procedimientos, entre otros.

La evaluación o verificación del Sistema de Gestión de Calidad se realiza a través de la medición de los procesos, de la verificación del cumplimiento de sus objetivos, de las auditorías internas y externas y de la revisión por la dirección.

9.1 AUDITORIA INTERNA

Una vez se dio inicio a la implementación del Sistema de Gestión de Calidad y concluido el primer periodo de medición, se definió la ejecución de la primera auditoría interna en la institución.

La auditoría se definió de acuerdo al procedimiento establecido que se elaboró en la etapa de documentación, con el apoyo del asesor de calidad.

9.1.1 Planificación de la Auditoría. El fin de una auditoría es evidenciar aspectos relevantes de un Sistema de Gestión de Calidad, a través de los cuales se puedan detectar debilidades y fortalezas y de ese modo establecer acciones adecuadas que contribuyan a mejorar su eficacia, es por esto, que una auditoría debe ser planificada y estructurada en detalle, con el objeto de evitar improvisaciones que afectan la consecución del objeto por el cual se realizan.

La primera auditoría interna en la Clínica San Pablo se realizó al Sistema de Gestión de Calidad en su totalidad (involucrando todos los procesos que lo conformaban), con los siguientes objetivos:

- Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad, respecto a los requisitos de la Norma ISO 9001:2000
- Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación. Resolución 1439 de 2002
- Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento

La planificación de la auditoría partió de la definición de las personas que participaron en ella y que conformaron el equipo auditor.

La auditoría fue realizada por el asesor de calidad, Ingeniero Horacio Maldonado, como auditor líder, en compañía de la Jefe de Enfermería Beatriz Rueda Isaza como auditora en entrenamiento, así mismo y como parte del equipo auditor, se asignó a un psiquiatra adscrito a la institución como experto, en lo concerniente a la asistencia médica especializada.

Una vez definido el equipo auditor, se dio paso a la elaboración del *Programa de Auditoría* y del *Plan de Auditoría*, los cuales fueron presentados a la Gerencia y a los Jefes de Procesos, para su conocimiento y aprobación, estos registros se presentan en los **Anexos F y G** respectivamente.

El *Plan de Auditoría* se construyó registrando las actividades que se iban a realizar durante la auditoría, las personas a quienes se entrevistaría, los temas que se examinarían, la metodología y el tiempo que duraría cada actividad, con el fin de dar a conocer en detalle, la forma en que se realizaría y en lo que consistiría la auditoría, permitiendo así la programación y planificación de auditados y auditores.

Establecido el *Programa y el Plan de Auditoría*, se inició la revisión preliminar de los documentos de cada proceso y la elaboración de las listas de chequeo, las cuales son herramientas indispensables para los auditores, ya que a través de ellas, se estructura la entrevista y se garantiza que se revisen los aspectos relevantes sin omitir alguno, como ejemplo de lista de chequeo, en el **Anexo H** se presenta la lista de chequeo elaborada para la auditoría del proceso Gestión de Calidad

Así mismo y como parte de la planificación de la auditoría, se elaboró un cuestionario con preguntas generales sobre los procesos, que le fue entregado a cada uno de los jefes de procesos como preparación.

9.1.2 Ejecución de la Auditoría. Básicamente la auditoría consiste en entrevistas en las cuales se observan y analizan evidencias, que se contrastan con los criterios, para verificar su grado de cumplimiento.

De acuerdo a lo planificado, la auditoría se realizó según la programación establecida, con una duración de dos días.

Las reuniones realizadas con los auditados en cada uno de los procesos, siguieron el siguiente esquema:

- Introducción
- Recolección de Evidencia
- Registro de hallazgos y observaciones
- Cierre de reunión

El auditor realizó siempre una introducción, en la cual verificó el conocimiento, por parte de los auditados, del plan de auditoría, para garantizar la claridad en la misma, en lo concerniente al objeto y las actividades a ser realizadas, seguidamente realizó preguntas y solicitó

evidencias, siguiendo las listas de chequeo elaboradas, en las cuales a su vez, registró los hallazgos y observaciones, por último el auditor explicó al auditado lo encontrado, destacando las fortalezas halladas e indicando los aspectos que podían ser mejorados y la forma en que podría hacerse.

En la ejecución de las auditorías es muy importante que exista un ambiente distendido a través del cual se dé una interacción entre auditados y auditores, que permita la obtención de hallazgos relevantes y de un amplio y acertado conocimiento sobre el proceso que se audita, por esta razón es importante la habilidad del auditor en dirigir la entrevista de una manera cómoda y agradable para el auditado.

9.1.3 Hallazgos de la Auditoría. Una vez se concluyó la auditoría, se dio inicio a la elaboración del *Informe de Auditoría*, el cual fue entregado a la Gerente de la institución, como cliente principal de la misma, y luego fue dado a conocer en cada uno de los procesos.

El informe de auditoría se elaboró en base a los hallazgos registrados durante la misma; en el informe se presentó el objetivo de la auditoría, su alcance, el personal auditado, los criterios analizados, los aspectos favorables y débiles encontrados, así como la solicitud de acciones correctivas para las no conformidades detectadas y una conclusión general sobre el proceso. El informe se presenta en el **Anexo I**.

A partir del informe y una vez fue entregado a las personas respectivas y se realizó la retroalimentación, cada jefe de proceso tuvo la tarea de dar inicio a la definición de las acciones correctivas necesarias para eliminar las no conformidades encontradas.

9.2 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

En cumplimiento a lo establecido en la norma ISO 9001:2000, se realizó la revisión por la dirección del Sistema de Gestión de la Calidad, para verificar su conveniencia, adecuación y eficacia.

La revisión por la dirección se realizó, una vez se concluyó la auditoría interna de calidad y se dio un tiempo para el inicio de la implementación de las acciones correctivas para la solución de las no conformidades encontradas.

La revisión por la dirección, fue realizada por la Gerente de la institución y el representante de calidad, a partir de reuniones con los responsables de los procesos.

La ejecución de la revisión por la dirección se realizó según la programación establecida, la cual fue dada a conocer a cada uno de los jefes de procesos con anterioridad a través de un cronograma que les fue presentado.

La información de entrada definida para la revisión fue:

- Los resultados de la auditoría interna
- Los resultados de la medición de la Satisfacción del Cliente, a través de encuestas y quejas.
- Desempeño de los procesos, observado a partir de los resultados de indicadores calidad.
- Estado de las acciones correctivas y preventivas.

La revisión se ejecutó de acuerdo al procedimiento establecido para tal fin, en donde la Gerente revisó la información de entrada de acuerdo con los registros encontrados, garantizando así la evidencia que sustentara los hallazgos.

Una vez finalizada la revisión, la Gerente elaboró el informe, detallando la información analizada, los hallazgos encontrados y conclusiones y sugerencias. El informe fue dado a conocer a los involucrados, en reunión de comité de calidad, a partir de lo cual se realizó la retroalimentación respectiva.

Al igual que en lo ocurrido con las auditorías, de los hallazgos de la revisión, se estableció el punto de partida para la implantación de planes y acciones encaminadas a fortalecer o corregir las deficiencias y debilidades encontradas.

9.3 IMPACTO DE LA AUDITORÍA Y LA REVISIÓN POR EL SISTEMA

De la auditoría y revisión del sistema, se generaron cambios, con el fin de asegurar su conformidad y su eficacia. Entre los cambios que se presentaron figuran la modificación en documentos, la elaboración de nuevos formatos de registros, la eliminación y aparición de nuevos indicadores, así como el cambio en el objeto del proceso establecido como “Convenios”, el cual debió cambiar de enfoque, en conformidad a la realidad de la institución.

Los cambios se formalizaron a partir de acciones correctivas y preventivas que se establecieron en cada uno de los procesos, y las cuales se están implementando de acuerdo con lo planificado.

Así mismo, la alta dirección evidenció que aunque si bien se había logrado un avance significativo en lo relacionado a la medición de los procesos y de la implantación de acciones correctivas y preventivas, era necesario establecer mayores controles para fortalecer el cumplimiento de los responsables en la ejecución de dichas actividades, así como motivar la implementación de acciones a partir de los resultados del análisis de

indicadores y de generar la evidencia de ello, en lo cual todavía se encontraban deficiencias.

Luego de realizada la auditoría, se evidenció un poco más de compromiso en los jefes de procesos, debido a que en ella, debieron demostrar su actuación y responsabilidad con el proceso y su gestión, lo cual generó mayor conciencia de sus responsabilidades. Por otro lado, la alta dirección estableció una nueva postura para enfrentar las debilidades encontradas, con el fin de incrementar la participación y responsabilidad del personal.

La auditoría sin duda fue una herramienta muy beneficiosa, ya que a partir de ella, se pudieron dar a conocer debilidades que se presentaban pero que no habían sido aceptadas dentro de la organización y que con ello se logró que adoptaran medidas para corregirlas.

9.3.1 Modificaciones Realizadas. Entre las modificaciones más significativas que se desarrollaron, se encuentran las siguientes:

- El proceso de Convenios que había sido planificado con un enfoque hacia el mercadeo, debió modificarse ya que al interior de la institución no se realiza formalmente esta labor, de modo que no se daba conformidad entre lo planificado y lo ejecutado.

Debido a ello, el proceso cambió y se definió como aquel encargado de la gestión de los convenios, en relación a su consecución, negociación y seguimiento a los convenios establecidos; por esta razón la caracterización del proceso se modificó en su totalidad.

De los indicadores establecidos solo se conservó el de *Satisfacción de Clientes* y los demás se eliminaron. Solo se introdujo un nuevo indicador, el de *Cumplimiento de Convenios*, a partir del cual se buscaba evaluar el

cumplimiento de los clientes con las condiciones pactadas para de ello, tomar decisiones sobre la renovación o terminación del convenio. Para su cálculo se elaboró una encuesta que se denominó “*Evaluación Cumplimiento de Convenios*” CON – R – 07.

Indicador: Cumplimiento de Convenios

$$Fórmula \rightarrow \frac{Puntos.Obtenidos}{Puntos.Máximos.Posibles} \times 100\%$$

Donde:

Puntos Obtenidos: Hacen referencia a los puntos obtenidos en las encuestas aplicadas.

Puntos Máximos Posibles: Es el máximo puntaje que puede obtenerse de la encuesta aplicada. Este se logra cuando todos los aspectos son calificados con la máxima puntuación.

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia.

- En el servicio farmacéutico se identificó la necesidad de evaluar los pedidos emergentes que se producían, por ello se estableció en el proceso de *Compras* el siguiente indicador:

Indicador: Pedidos Emergentes

$$Fórmula \rightarrow \frac{Número.de.Pedidos.Emergentes}{Total.Pedidos.Solicitados}$$

Donde:

Pedidos Emergentes: Son aquellos pedidos eventuales de medicamentos o insumos hospitalarios que deben realizarse, cuando no se tienen en existe.

Total Pedidos Solicitados: Es el número total de pedidos de medicamentos e insumos que se realizan.

Meta: Menor al 10%

Característica de Calidad Evaluada: Eficacia.

- En el proceso *Servicio Farmacéutico* se elaboró el documento “Instructivo para el Control de Vencimientos de Medicamentos” *FAR – IN – 02*, como respuesta a la no conformidad presentada en relación a la falta de políticas establecidas para el manejo de los medicamentos con fechas de vencimiento próximas.
- En los procesos de Aseo y Nutrición, se establecieron listas de chequeo para verificar su eficacia. Así mismo y en base a dichas listas se estableció un nuevo indicador para ser aplicado en cada uno de los procesos:

Indicador: *Cumplimiento Lista de Chequeo*

$$F\acute{o}r\mu\text{la} \rightarrow \frac{\sum_i \left(\frac{Puntos.Obttenidos}{Puntos.M\acute{a}ximos.Posibles} \times 100\% \right)}{Total.Listas.de.Chequeo.Aplicadas}$$

Donde:

i = Número Total de Listas de Chequeo Aplicadas

Puntos Obtenidos: Hacen referencia al número de aspectos revisados que cumplen con lo establecido

Puntos Máximos Posibles: Es el número total de aspectos evaluados

Total Listas de Chequeo Aplicadas: Hace referencia al número de Listas de Chequeo que se diligenciaron

Característica de Calidad Evaluada: *Eficacia y Seguridad.*

- En el proceso de facturación se eliminaron algunos indicadores con el propósito de retomarlos una vez el sistema de información se instalara, el de radicación de facturas, glosas generadas y glosas recuperadas, se mantuvieron por su importancia para el seguimiento al desempeño.

- Se estableció un presupuesto de calidad, a través del cual la organización planificara las inversiones que se destinaran para el mejoramiento de la calidad en la institución.
- En Consulta Externa, se realizó una leve modificación en la programación de citas del personal médico destinado a la atención de urgencias. El cambio se estableció con el fin de disminuir el retraso que se generaba en la atención de los usuarios de consulta externa, por la atención de urgencias.
- El representante de Calidad que se desempeñaba como Jefe de Enfermería fue asignado al cargo de Calidad, el cual se instauró con el objeto de brindar una persona que se encargara de la gestión de la calidad al interior de la institución como su única actividad laboral.
- Se realizaron reuniones con los jefes de procesos para establecer acciones correctivas sobre los resultados de los indicadores en los cuales no se hubiera trabajado antes de la auditoría.
- Se realizó una nueva revisión de toda la documentación para realizar los ajustes, de modo que todos los documentos y registros quedaran controlados. De la revisión se generó un nuevo listado maestro de documentos con toda la información definida para documentos internos, registros y documentos externos aplicados en los procesos del Sistema de Gestión de Calidad.
- Con el proceso de Clínica Ambulatoria se realizó un arduo trabajo, se realizó seguimiento para verificar la medición, se implementó un registro donde se registrara la evaluación preliminar del estado del usuario una vez ingresara, así mismo se creó y se implementó un registro de remisión del

médico psiquiatra con los objetivos terapéuticos que se deseaban mejorar o reforzar en el usuario para asegurar la planificación en el tratamiento del paciente.

- Se realizaron ajustes en algunos documentos para asegurar que la información fuera concordante con las actividades realizadas.

10. CONCLUSIONES

- Las empresas del sector salud son muy complejas, ya que por la naturaleza de sus servicios, deben cumplir con altas exigencias que garanticen una atención adecuada. Esa complejidad se reflejó en el desarrollo del proyecto, en el cual se debió prestar una gran atención a actividades, que dentro de otras instituciones no tendrían la misma importancia.
- Los dos grandes clientes de la institución, se pueden identificar como el Estado y las Empresas Clientes (EPS y otras instituciones administradoras de planes de beneficios para los usuarios), quienes tienen un alto poder y son quienes establecen los requisitos para la prestación de los servicios en base a lo cual se planifican y prestan los servicios ofrecidos por la institución.
- El proyecto desarrollado tuvo un gran impacto en la organización, ya que se modificaron todas las áreas de la misma y se determinaron nuevos procedimientos, políticas y estrategias lo que a su vez dio inicio a un cambio cultural al interior de la misma.
- Con la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, se formó un recurso humano más preparado, ya que al hacerse partícipes del proyecto, los trabajadores conocieron de primera mano las implicaciones de trabajar con base en calidad lo cual les aporta un valor agregado frente a las nuevas exigencias de los mercados, en las cuales la calidad es uno de los pilares de la competitividad de las empresas.

- Uno de los mayores beneficios, fue la introducción de la cultura de la medición al interior de la organización. Aunque era un concepto nuevo se implementaron indicadores a partir de los cuales se monitorearon los procesos. Aunque la medición produjo cierto temor, ya que veían en ello la detección de no conformidades, también permitió que en especial los jefes de procesos, tomaran más conciencia, responsabilidad y actuación sobre sus procesos, dando así inicio a un proceso de mejora en base a datos y hechos concretos, con lo cual la actuación era más enfocada.
- De los mayores logros conseguidos, destaca la implementación de un sistema de información integrado, lo cual va a permitir que en algunos procesos se eliminen actividades que no aportan ningún valor agregado para de esa forma agilizar los procesos.
- El trabajo con el recurso humano fue arduo, ya que la implementación del sistema de gestión de calidad, lleva consigo cambios, que afectan y desestabilizan la organización en general y que requiere de un proceso de adaptación, sin embargo la labor fue muy significativa ya que fue una gran experiencia en el manejo y dirección del personal.
- Los procesos administrativos fueron los más difíciles en cuanto al cumplimiento de tareas y labores propuestas. Sin embargo y gracias a un constante apoyo, los procesos de apoyo administrativo y financiero lograron cumplir con sus compromisos y se implementaron mejoras significativas.
- El concepto de la gestión por competencias, fue introducido, ya que para garantizar la calidad es necesario contar con personal que cuente con el conocimiento, la experiencia y las habilidades necesarias para desarrollar sus labores y tareas con éxito, definiendo así un perfil más integral para los cargos. Con lo anterior el personal comprendió que en la prestación del

servicio también es necesario contar con ciertas habilidades y conductas que logran mejores resultados, lo cual a su vez es muy importante en una empresa de servicios donde los momentos de verdad con el cliente tienen un alto impacto en el éxito o fracaso.

- Con la designación de responsables de procesos, se evidenció mayor compromiso por parte del personal en relación a los resultados obtenidos, no conformidades presentadas y metas alcanzadas en cada uno de los procesos, lo cual contribuyó al buen desempeño de los procesos y con ello a mejorar el desempeño de la institución y al logro de sus objetivos.
- Otro de los grandes aportes fue el inicio a la gestión del riesgo. Con la definición de los eventos adversos en el cual se registraban los eventos ocurridos y se analizaban para determinar las causas que lo provocaron, estableciendo de ello acciones para evitar su ocurrencia o procedimientos para actuar en caso de que se presentaran, minimizando así los efectos producidos.
- Con la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, se realizó una mejora en toda la organización ya que a través de la planificación realizada, algunas actividades se estandarizaron y se organizaron, a partir de lo cual era mucho más fácil para la organización la prevención de fallas o problemas.

11. RECOMENDACIONES

- Dentro de la mejora continua, la organización puede llevar a cabo un proceso de planeación estratégica, a partir de la cual pueda evidenciar debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidad, lo cual es de gran importancia en el sector al cual pertenece, ya que dicho análisis puede brindar herramientas más sólidas frente a las estrategias que la organización deberá mantener para mantenerse competitiva en su entorno y lograr responder a los nuevos retos y exigencias que se impongan.
- Con la implementación del sistema integrado de información, se podrá eliminar un gran porcentaje de carga laboral en algunos puestos de trabajo, representada en actividades sin valor agregado, por lo anterior se podrá realizar una reasignación de labores que contribuya a la obtención de procesos más eficientes.
- Deberá existir mucho compromiso por parte de la alta dirección de la empresa, en el mantenimiento del nuevo enfoque que se adoptó en la organización, haciendo énfasis en la planificación, el seguimiento a los procesos, la medición y la actuación para eliminar las no conformidades.
- Una empresa de servicios es altamente exigente, ya que por su naturaleza, la producción y prestación del mismo se presenta simultáneamente, por esta razón las no conformidades que se presentan no pueden ser corregidas generando, cuando se presentan, inconformidad e insatisfacción en el cliente, por esta razón es preponderante actuar en la prevención de las no conformidades, para lo cual la institución deberá enfocar todos sus esfuerzos.

BIBLIOGRAFÍA

POVEDA ORJUELA, Pedro Pablo. Implementar un Sistema de Gestión de Calidad Según ISO 9001, Guía Básica para las Empresas Comprometidas con la Competitividad y la Generación de Valor, Proyecto CYGA, Primera Edición, 2005.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. ISO 9001:2000 Guía para las Pequeñas Empresas, ICONTEC, Bogotá, 2001.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. ISO 9001:2000 Manual para la Industria del Servicio, ICONTEC, Bogotá, 2001.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. Normas Fundamentales sobre Gestión de la Calidad y Documentos de Orientación para su Aplicación, ICONTEC, Bogotá.

MINISTERIO DE SALUD, Resolución Número 1995 de 1999 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

MINISTERIO DE SALUD, Decreto Número 2309 de 2002 Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

MINISTERIO DE SALUD, Resolución 5261 de 1994 Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Decreto Número 2200 de 2005
Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras
disposiciones.

SEWELL, Carl. Clientes Para Siempre, Tomo I, McGraw – Hill Interamericana
S.A., Bogotá, 1994.

www.supersalud.gov.co

www.minproteccionsocial.gov.co


www.icontec.org.co

<http://www.monografias.com>

<http://www.monografias.com/trabajos6/calde/calde.shtml>

ANEXOS

**ANEXO A:
CARACTERIZACIONES DE
PROCESOS**

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE PLANEACIÓN DEL SISTEMA	Código: PS – DG – 06
		Fecha de Aprobación: 17/01/06
		Versión No. 01
		Página 1 de 2

Tipo de Proceso:	Dirección	Responsable dueño del proceso:	Gerente de la Clínica San Pablo S..A.
Objetivo del proceso:	Determinar las acciones para garantizar la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad así como el mejoramiento continuo al interior de la organización		
Alcance del proceso	Este proceso incluye las directrices organizacionales asociadas con la calidad, el sistema para la revisión por la dirección, los esquemas de comunicación interna y con el cliente y los recursos necesarios para la implementación del SGC.		

Proveedores	Entradas	Actividades del procesos	Responsables	Salidas del proceso	Clientes
Clientes – Usuarios Proveedores Entidades Gubernamentales Empleados	- Información: Necesidades de clientes internos y externos; Documentación establecida; Estudios anteriores realizados	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Involucrar a las personas de la organización</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Gerente CSP	Información: - Situación actual de la empresa - Requerimiento de recursos	Clientes - Usuarios Proveedores Entidades Gubernamentales Empleados Procesos de Dirección: Gestión de Calidad - Convenios Procesos de Apoyo Procesos de Atención al Usuario
	- Análisis DOFA - Norma ISO - Capacidades y recursos de la organización	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Análisis de la organización</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Gerente CSP y Comité de Calidad		
	Filosofía Corporativa - Misión, Visión, Directrices Organizacionales	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Filosofía corporativa Misión – Visión – Valores – Directrices Organizacionales</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Gerente CSP y Comité de Calidad		
	- Directrices de Calidad	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Directrices de Calidad</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Gerente CSP y Comité de Calidad		
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Definición de la Política de Calidad</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Gerente CSP y Comité de Calidad	Plan de Calidad: - Política de Calidad - Objetivos de Calidad - Metas - Indicadores de Calidad - Planes de Acción	
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Definición de los objetivos de calidad</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Gerente CSP y Comité de Calidad		
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Definición de indicadores</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Gerente CSP y Comité de Calidad		
	- Plan de Calidad	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Divulgación de políticas y objetivos de calidad</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Gerente CSP y Comité de Calidad		
	Información: sobre indicadores - Reuniones de Comité de Calidad - Informes de Auditorías Internas	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Revisión del Sistema de Calidad</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Gerente CSP y Comité de Calidad	- Acciones Preventivas y Correctivas - Aumento de la Satisfacción y del cumplimiento de los requisitos del cliente	
			Gerente CSP y Comité de Calidad		

	- Informes de Acciones de seguimiento - Informes de Acciones Correctivas y Preventivas implementadas	Mejora Continua Ciclo PHVA		- Mejora de las metas de la organización	
Ambiente de Trabajo: Condiciones físicas normales: iluminación, temperatura, ventilación y condiciones ergonómicas.		Monitoreo (seguimiento) del proceso: Reuniones de Comité de Calidad Auditorías Internas Indicadores de Calidad Retroalimentación del Cliente		Características de calidad del proceso – necesidades cliente – usuario: Eficacia: Cumplimiento de objetivos y metas	
Requisitos (criterios) por cumplir: (cliente, legales, organización, ISO) Norma ISO 9001:2000 Ley 100 de 1993. (Diciembre 23). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral Decreto 2309 de 2002. Por el cual se crea el sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud. Resolución 1439 de 2002. Por la cual se crea el Sistema Único de Habilitación en Salud.			Recursos del proceso: Humanos: Gerente de la Clínica San Pablo; Un (1) Representante de la Dirección; Un (1) Facilitador de Calidad; Comité de Calidad Financieros: Presupuesto Físicos: Infraestructura física dotada de equipos médicos de baja tecnología, muebles de oficina, hardware y software para la gestión de procesos.		
Documentación del sistema de gestión de la calidad aplicable al proceso: Procedimientos PS – PR – 01 Procedimiento para el Manejo de las Comunicaciones Internas de Calidad PS – PR – 02 Procedimiento para el Manejo de las Comunicaciones Externas PS – PR – 03 Procedimiento para la Revisión del SGC por la Dirección Instructivo PS – IN – 01 Instructivo para el Análisis de Datos Documentos Guía PS – DG – 01 Misión y Visión PS – DG – 02 Política y Objetivos de Calidad PS – DG – 03 Estructura Organizacional PS – DG – 04 Mapa de Procesos PS – DG – 05 Valores Corporativos PS – DG – 06 Caracterización del Proceso de Planeación del Sistema PS – DG – 07 Matriz de Objetivos de Calidad			Documentación del sistema de gestión de la calidad de otros procesos: Manuales GC – MA – 01 Manual de Calidad Procedimiento GC – PR – 01 Procedimiento para el Control de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad GC – PR – 02 Procedimiento para el Control de Registros del Sistema de Gestión de Calidad GC – PR – 03 Procedimiento para el Control del Servicio No Conforme GC – PR – 04 Procedimiento de Acciones Correctivas GC – PR – 05 Procedimiento de Acciones Preventivas GC – PR – 06 Procedimiento para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario GC – PR – 07 Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad Instructivo GC – IN – 01 Instructivo para la Elaboración de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad		
MEDICIÓN DEL PROCESO (INDICADORES)					
Indicador	Objetivo	Fórmula	Meta	Frecuencia	Atributo de Calidad
Cumplimiento de Objetivos de Calidad	Asegurar la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad	$Fórmula \rightarrow \frac{Objetivos\Alcanzados}{Total.Objetivos.Definidos}$	> 90%	Trimestral	Eficacia

Elaborado Por: Aura María Martínez Agudelo	Aprobado Por: Gerente	COPIA CONTROLADA
---	------------------------------	-------------------------

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE CONVENIOS	Código: CON – DG – 01
		Fecha de Aprobación: 19/01/06
		Versión No. 01
		Página 1 de 2

Tipo de Proceso:	Dirección	Responsable dueño del proceso:	Gerente
Objetivo del proceso:	Determinar las acciones necesarios para asegurar la eficacia en la gestión de convenios de prestación de servicios.		
Alcance del proceso	Este proceso incluye las actividades de oferta de servicios, consecución, gestión, renovación y cancelación de contratos de prestación de servicios.		

Proveedores	Entradas	Actividades del procesos	Responsables	Salidas del proceso	Clientes
Clientes – Usuarios Entidades Gubernamentales Procesos de Apoyo Administrativo y Facturación Contabilidad	Información: - Requisitos y necesidades de los clientes - Solicitud de ofertas de prestación de servicios - Licitaciones	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Análisis de convenios Potenciales</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Gerente	Información: - Instituciones Potenciales para la oferta de servicios por parte de la institución	Clientes – Usuarios Procesos de Atención al Usuario Gestión de Calidad Junta directiva
	Información: - Requisitos del cliente - Instituciones potenciales para la oferta de servicios por parte de la institución - Información sobre la servicios de la institución, capacidad de atención, tarifas	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Presentación de Ofertas</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Gerente	- Portafolio de Servicios de la Clínica - Propuesta para la prestación de servicios	
	- Información: Condiciones y requisitos del cliente - Portafolio de Servicios de prestación de servicios - Propuesta de prestación de servicios - Requisitos y condiciones de la Clínica	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Negociación de convenios y contratos de prestación de servicios</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Gerente	- Condiciones de prestación de servicios Pactadas	
	- Condición pactadas para la prestación de servicios - Informe de negociación presentado a la junta directiva	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Contratación</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Gerente	- Aprobación de la Junta Directiva - Contrato establecido y en vigencia	
	- Información: Contratos, Acuerdos o Convenios de prestación de servicios establecidos	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Divulgación al interior de la organización de los convenios establecidos</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Gerente	- Registros: Divulgación de convenios y contratos	
	- Información: Cumplimiento de condiciones pactadas en el convenio - Glosas - Cartera	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Evaluación y Seguimiento de convenios</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Gerente	- Registros: Evaluación de convenios	

	- Indicadores - Evaluaciones - Encuestas de Satisfacción	Seguimiento y Medición	Junta Directiva Coordinador del Comité de Calidad	- Acciones correctivas y Preventivas - Informes de Satisfacción de Usuarios	
Ambiente de Trabajo: Condiciones físicas normales: iluminación, temperatura, ventilación y condiciones ergonómicas.		Monitoreo (seguimiento) del Proceso: Indicadores Auditorías Internas		Características de calidad del procesos – necesidades cliente – usuario: Satisfacción de Clientes Eficacia	
Requisitos (criterios) por cumplir: (cliente, legales, organización, ISO) Condiciones Contractuales definidas Norma ISO 9001:2000 Ley 100 de 1993. (Diciembre 23). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral.			Recursos del Proceso: Humanos: Un (1) Gerente Físicos: Espacio físico de oficinas; muebles, enseres y equipos de Oficina; Material de Publicidad Financieros: Presupuesto para promoción y publicidad		
Documentación del sistema de gestión de la calidad aplicable al proceso: Procedimientos CON – PR – 01 Procedimiento de suscripción, renovación o terminación de Convenios y Contratos Instructivo CON – IN – 01 Instructivo para el diligenciamiento de portada y pagaré Documento Guía CON – DG – 01 Caracterización del proceso de Convenios			Documentación del sistema de gestión de la calidad de otros procesos: Procedimiento GC – PR – 01 Procedimiento para el Control de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad GC – PR – 02 Procedimiento para el Control de Registros del Sistema de Gestión de Calidad GC – PR – 03 Procedimiento para el Control del Servicio No Conforme GC – PR – 04 Procedimiento de Acciones Correctivas GC – PR – 05 Procedimiento de Acciones Preventivas GC – PR – 06 Procedimiento para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario GC – PR – 07 Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad Instructivo GC – IN – 01 Instructivo para la Elaboración de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad		
MEDICIÓN DEL PROCESO (INDICADORES)					
Indicador	Objetivo	Fórmula	Meta	Frecuencia	Atributo de Calidad
Índice de Satisfacción de Clientes	Determinar el grado de satisfacción de los clientes institucionales de la institución	$Fórmula \rightarrow \frac{\sum \left(\frac{Puntos.Obtenidos}{Puntos.Máximos.Posibles} \times 100\% \right)}{Total.EncuestasAplicadas}$	90% - 100%	Semestral	Eficacia
Cumplimiento de Convenios	Determinar el grado de cumplimiento de las empresas con el contrato establecido	$Fórmula \rightarrow \frac{Puntos.Obtenidos}{Puntos.Máximos.Posibles} \times 100\%$	>90%	Semestral	Eficacia

Elaborado Por: Aura María Martínez Agudelo	Aprobado Por: Gerente	COPIA CONTROLADA
---	------------------------------	-------------------------

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN DE CALIDAD	Código: GC – DG – 01
		Fecha de Aprobación: 01/02/06
		Versión No. 01
		Página 1 de 3

Tipo de Proceso:	Dirección	Responsable dueño del proceso:	Representante de la Dirección
Objetivo del proceso:	Asegurar que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Calidad.		
Alcance del proceso	Este proceso aplica a todos los procesos del SGC, en las actividades de documentación, seguimiento y mejoramiento del sistema.		

Proveedores	Entradas	Actividades del procesos	Responsables	Salidas del proceso	Clientes
Clientes – Usuarios Entidades Gubernamentales Procesos de Dirección: Planeación del Sistema Convenios Procesos de Atención al Usuario Procesos de Apoyo Administrativo y Financiero	- Información: Necesidad de definir, documentar e incorporar documentos y registros al sistema de gestión de calidad - Información: Necesidades del usuario y/o empresa, sugerencias, quejas o felicitaciones - No cumplimiento de criterios planificados, de ley, ISO, quejas, fallas o novedades en los procesos y/o servicios - Procedimiento del servicio no conforme - Información: No conformidad real o problema potencial o no conformidad potencial. No conformidades identificadas de auditorías. Quejas del cliente – usuario - Registros: Programa de auditoría - Planificación del sistema - Información: Requisitos de la norma ISO 9001, Requisitos legales, - Registros: Informes de Resultados de auditorías previas	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Mantenimiento y Control de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Administración de registros de Calidad</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Medición y seguimiento a la satisfacción del cliente – usuario</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Control del servicio no conforme</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Administración de Acciones Correctivas y Preventivas</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Auditorías internas del Sistema de Gestión de Calidad</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Representante de la Dirección Gerente Representante de la Dirección Gerente Representante de la Dirección Gerente Representante de la Dirección Gerente Representante de la Dirección Gerente Representante de la Dirección Gerente	- Documentos y registros incorporados y controlados por el sistema de gestión de la calidad - Listado maestro de documentos y registros - Registro de Aprobación y Control de distribución - Informe de satisfacción del usuario - Acciones de mejoramiento - Acciones para eliminar la no conformidad detectada o indeseada - Registros: Control de las no conformidades - Plan de Mejora para eliminar la causa real o potencial - Registros: De Acciones Correctivas y Preventivas - Informes de las auditorías realizadas - Registros: Solicitud de acciones correctivas	Clientes – Usuarios Entidades Gubernamentales Procesos de Dirección: Planeación del Sistema Convenios Procesos de Atención al Usuario Procesos de Apoyo Administrativo y Financiero

	<p>- Datos de medición de los procesos</p> <p>- Criterios establecidos en la resolución 1439 de 2002</p> <p>- Programas de actividades de sensibilización</p> <p>- Actividades encaminadas a fomentar la cultura de la mejora continua</p>	<p>Administración de indicadores de Calidad</p> <p>Mantenimiento del Sistema Único de Habilitación</p> <p>Promoción de una cultura de calidad y mejoramiento continuo</p>	<p>Representante de la Dirección Gerente</p> <p>Representante de la Dirección Gerente</p> <p>Representante de la Dirección Gerente</p>	<p>- Informe de indicadores</p> <p>- Informes de mantenimiento del Sistema Único de Habilitación</p> <p>- Registros de cumplimiento del programa de sensibilización</p>	
--	--	---	--	---	--

<p>Ambiente de Trabajo:</p> <p>Condiciones físicas normales: iluminación, temperatura, ventilación y condiciones ergonómicas.</p>	<p>Monitoreo (seguimiento) del proceso:</p> <p>Reuniones de Comité de Calidad</p> <p>Auditorías Internas</p> <p>Indicadores de Calidad</p> <p>Retroalimentación del Cliente</p>	<p>Características de calidad del proceso – necesidades cliente – usuario:</p> <p>Satisfacción del Cliente</p> <p>Sistema de Calidad Preventivo</p> <p>Eficacia</p>
--	--	--

<p>Requisitos (criterios) por cumplir: (cliente, legales, organización, ISO)</p> <p>Norma ISO 9001:2000</p> <p>Ley 100 de 1993. (Diciembre 23). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral</p> <p>Decreto 2309 de 2002. Por el cual se crea el sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.</p> <p>Resolución 1439 de 2002. Por la cual se crea el Sistema Único de Habilitación en Salud.</p>	<p>Recursos del proceso:</p> <p>Humanos: Gerente de la Clínica San Pablo; Un (1) Representante de la Dirección; Un (1) Facilitador de Calidad; Comité de Calidad</p> <p>Físicos: Infraestructura física dotada de equipos de cómputo, muebles y enseres de oficina.</p>
---	--


<p>Documentación del sistema de gestión de la calidad aplicable al proceso:</p> <p>Manuales</p> <p>GC – MA – 01 Manual de Calidad</p> <p>Procedimiento</p> <p>GC – PR – 01 Procedimiento para el Control de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad</p> <p>GC – PR – 02 Procedimiento para el Control de Registros del Sistema de Gestión de Calidad</p> <p>GC – PR – 03 Procedimiento para el Control del Servicio No Conforme</p> <p>GC – PR – 04 Procedimiento de Acciones Correctivas</p> <p>GC – PR – 05 Procedimiento de Acciones Preventivas</p> <p>GC – PR – 06 Procedimiento para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario</p> <p>GC – PR – 07 Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad</p> <p>Instructivo</p> <p>GC – IN – 01 Instructivo para la Elaboración de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad</p> <p>Documentos Guía</p> <p>GC – DG – 01 Caracterización del Proceso de Gestión de Calidad</p>	<p>Documentación del sistema de gestión de la calidad de otros procesos:</p>
---	---

MEDICIÓN DEL PROCESO (INDICADORES)

Indicador	Objetivo	Fórmula	Meta	Frecuencia	Atributo de Calidad
% Acciones Preventivas	Asegurar que el sistema de gestión de calidad se mantenga preventivo	$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{Acciones Preventivas}}{\text{Acciones Preventivas} + \text{Acciones Correctivas}} \times 100\%$	> 50%	Trimestral	Eficacia
Acciones Correctivas Reincidentes	Vigilar que el sistema de gestión de calidad no sea correctivo	$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{Acciones Correctivas Reincidentes}}{\text{Total de Acciones Correctivas Implementadas}}$	< 5 %	Trimestral	Eficacia

Indice de Satisfacción del Usuario	Evaluar y Mejorar la satisfacción del usuario	Encuestas de Satisfacción Aplicadas	90 – 100%	Trimestral	Eficacia
		<i>Fórmula</i> → $\frac{\text{Puntos.Obtenidos}}{\text{Puntos.Máximos.Posibles}} \times 100\%$			
		Número de Quejas Recibidas	Menor a 10		

Elaborado Por: Aura María Martínez Agudelo	Aprobado Por: Representante de Calidad	COPIA CONTROLADA
---	---	-------------------------


 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE CONSULTA EXTERNA	Código: CE – DG – 01
		Fecha de Aprobación: 27/01/06
		Versión No. 01
		Página 1 de 3

Tipo de Proceso:	Atención al Usuario	Responsable dueño del proceso:	Director Científico Secretaría de Consulta Externa
Objetivo del proceso:	Ofrecer a los usuarios de consulta psiquiátrica o psicológica, una atención integral oportuna, segura, accesible y eficaz		
Alcance del proceso	Este proceso involucra las actividades de asignación de citas y atención del usuario de consulta por psiquiatría o psicología.		

Proveedores	Entradas	Actividades del procesos	Responsables	Salidas del proceso	Clientes
Clientes – Usuarios Estancia Hospitalaria Urgencias Programa de Adicciones Clínica Ambulatoria Compras Talento Humano	- Usuarios de Urgencia, estancia hospitalaria, clínica ambulatoria y programa de adicciones - Llamadas de usuarios de consulta - Información: Horarios disponibles de psiquiatras y psicólogos - Registros: Lista de pacientes de estancia hospitalaria, Clínica Ambulatoria y/o programa de adicciones	<div style="border: 1px solid green; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Asignación de citas</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Secretaría de Consulta Externa	- Registros: Hojas de Programación de consulta externa, Formatos de Control de Citas - Llamadas atendidas	Clientes – Usuarios Estancia Hospitalaria Programa de Adicciones Facturación Tesorería Gestión de Calidad
	- Órdenes para consulta, Documentos de usuarios, Remisiones. - Registros : Historia Clínica.	<div style="border: 1px solid green; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Ingreso del Usuario Comprobación de Derechos</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Secretaría de Consulta Externa	- Derechos Comprobados - Portadas de Historia Clínica	
	- Registros: Historia Clínica - Información: Sobre el usuario	<div style="border: 1px solid green; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Identificación necesidades del usuario</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Psiquiatra o Psicólogo	- Información: Impresión diagnóstica - Registros: RIP, Historia Clínica	
	- Impresión Diagnóstica - Guías médicas de atención	<div style="border: 1px solid green; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Planeación del Tratamiento</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Psiquiatra o Psicólogo	- Plan de Tratamiento - Información: Orientación al usuario y/o familia sobre la enfermedad y tratamiento - Registros: Historia Clínica; Orden para hospitalización	
	- Plan de Tratamiento - Registros: Orden de hospitalización - Protocolos de enfermería - Protocolos, Guías de atención	<div style="border: 1px solid green; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Ejecución del Tratamiento</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Psiquiatra o Psicólogo Enfermería Secretaría de Consulta Externa	- Información: Orientación al usuario y/o familia sobre el tratamiento - Intervención por psiquiatría o psicología - Registros: Historia Clínica	

	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención por psicología o psiquiatría - Información: Indicadores, Encuestas - Registros: Historia Clínica <ul style="list-style-type: none"> - Remisión de usuarios a: Psiquiatría, Hospitalización, Clínica Ambulatoria o a la casa - Registros: Historia Clínica - Información al usuario y/o familia - Consulta Finalizada 	<div style="border: 1px solid green; padding: 5px; text-align: center;">Seguimiento del Tratamiento</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid green; padding: 5px; text-align: center;">Salida y Egreso</div>	<p>Psiquiatra Comité Historia Clínica, Comité de Calidad, Comité Técnico Científico</p> <p>Psiquiatra o Psicólogo Enfermería Secretaría de Consulta Externa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acciones de mejora: correctivas y preventivas - Planes de Acción - Remisión de usuarios a: Psiquiatría, Hospitalización, Clínica Ambulatoria o a la casa - Registros: Historia Clínica - Información al usuario y/o familia - Informes de satisfacción de usuarios <ul style="list-style-type: none"> - Usuario Atendido por psiquiatría o psicología - Usuarios en estancia hospitalaria o clínica ambulatoria - Registros: Fórmulas, órdenes, Recibos de Cobro, citas de control - Información: Indicaciones, Grupos de Apoyo 	
<p>Ambiente de Trabajo:</p> <p>Condiciones físicas normales: Iluminación, temperatura, Ruido, Ventilación y buenas condiciones ergonómicas</p>	<p>Monitoreo (seguimiento) del Proceso:</p> <p>Indicadores Auditorías Internas Reuniones Comités: Calidad, Historia Clínica, Técnico Científico</p>	<p>Características de calidad del procesos – necesidades cliente – usuario:</p> <p>Atención oportuna de los usuario Satisfacción del usuario. Eficacia Accesibilidad a la consulta Seguridad Documentación y Registros completos</p>			
<p>Requisitos (criterios) por cumplir: (cliente, legales, organización, ISO)</p> <p>Norma ISO 9001:2000 Requisitos de clientes: Convenios Normas establecidas por la organización Ley 100 de 1.993: (Diciembre 23). Decreto 2309 de 2.002. Sistema Obligatorio de Garantía en Salud Resolución 1439 de 2.002. Sistema Único de Habilitación en Salud CIE – 10 Código de Identificación Especializada Resolución 3374 DE 2000 que define el Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud – RIPS POS.</p>		<p>Recursos del proceso:</p> <p>Humanos: Un (1) Secretaría de Consulta Externa; Seis (6) médico psiquiatras (adscritos); Cuatro (4) Psicólogos (adscritos), (1) Director Científico; (1) Psicóloga de Planta.</p> <p>Físicos: Infraestructura física dotada de espacio, muebles y enseres para consultorios y sala de espera de acuerdo a requisitos de habilitación. Equipo de comunicación, papelería, útiles de oficina.</p>			
<p>Documentación del sistema de gestión de la calidad aplicable al proceso:</p> <p>Manuales CE – MA – 01 Manual de Guías Médicas de Atención para las Diez Primeras Causas de Consulta Externa de Psiquiatría</p> <p>Procedimientos CE – PR – 01 Procedimiento de Asignación de Citas de Consulta Externa CE – PR – 02 Procedimiento para la Atención del Usuario de Consulta Externa CE – PR – 03 Procedimiento de Solicitud de Cita para Electroencefalogramas</p> <p>Documentos Guía CE – DG – 01 Caracterización de Proceso de Consulta Externa CE – DG – 02 Guía de Comprobación de Derechos para Atención de Usuarios Consulta Externa</p>		<p>Documentación del sistema de gestión de la calidad de otros procesos</p> <p>Procedimiento GC – PR – 01 Procedimiento para el Control de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad GC – PR – 02 Procedimiento para el Control de Registros del Sistema de Gestión de Calidad GC – PR – 03 Procedimiento para el Control del Servicio No Conforme GC – PR – 04 Procedimiento de Acciones Correctivas GC – PR – 05 Procedimiento de Acciones Preventivas GC – PR – 06 Procedimiento para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario GC – PR – 07 Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad</p> <p>Instructivo GC – IN – 01 Instructivo para la Elaboración de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad</p>			
MEDICIÓN DEL PROCESO (INDICADORES)					
<p>Indicador</p> <p>Atención Oportuna en Consulta Externa</p>	<p>Objetivo</p> <p>Garantizar que los usuarios sean atendidos oportunamente en consulta externa</p>	<p>Fórmula</p> $\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Usuarios Atendidos Tarde}}{\text{Total Consulta Atendidas}} \times 100\%$	<p>Meta</p> <p>< 10%</p>	<p>Frecuencia</p> <p>Trimestral</p>	<p>Atributo de Calidad</p> <p>Puntualidad Oportunidad</p>
<p>Asignación Oportuna de Citas de Primera Vez</p>	<p>Determinar la oportunidad con la cual se es atendido un usuario respecto a la fecha en que solicita atención</p>	$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Citas Asignadas con Demora}}{\text{Total Citas Asignadas}} \times 100\%$	<p>< 20%</p>	<p>Trimestral</p>	<p>Accesibilidad Oportunidad</p>

Índice de Satisfacción	Determinar el grado de satisfacción del usuario	$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\sum \left(\frac{\text{Puntos.Obtenidos}}{\text{Puntos.Máximos.Posibles}} \times 100\% \right)}{\text{Total.EncuestasAplicadas}}$	90% - 100%	Trimestral	Eficacia
% Cumplimiento de Historias Clínicas	Evaluar la calidad de la historia clínica de consulta ambulatoria	$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{N}^\circ \text{ de.HCL.que.Cumplen}}{\text{Total.HCL.Auditadas}} \times 100\%$	> 90%	Trimestral	Seguridad Eficacia

Elaborado Por: Aura María Martínez Agudelo		Aprobado Por: Representante de Calidad		COPIA CONTROLADA	
	CLÍNICA	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE		Código: CE – DG – 01	

SAN PABLO S.A.	URGENCIAS	Fecha de Aprobación: 27/01/06
		Versión No. 01
		Página 1 de 3


Tipo de Proceso:	Atención al Usuario	Responsable dueño del proceso:	Director Científico Jefe de Enfermería
Objetivo del proceso:	Atender en forma oportuna a los usuarios que ingresen a la institución con clasificación 1 y 2 garantizando la seguridad, acceso y eficacia en la misma.		
Alcance del proceso	Este proceso aplica incluye todas las actividades desarrolladas desde el momento en que el paciente ingresa a la institución hasta que se ingresa a hospitalización, se le suministra el tratamiento ambulatorio o se remite a la casa u otra institución, según sea el caso.		

Proveedores	Entradas	Actividades del procesos	Responsables	Salidas del proceso	Clientes
Clientes – Usuarios Clínica Ambulatoria Compras	<ul style="list-style-type: none"> - Registros: Remisiones, ordenes. Epicrisis, Historia Clínica - Documentos del usuario - Usuarios de Clínica Ambulatoria 	<div style="border: 1px solid green; padding: 5px; display: inline-block;">Ingreso Comprobación de derechos</div> ↓	Jefe de Enfermería Facturación Auxiliar de Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> - Triage - Derechos comprobados - Registros: RIPS de Urgencias, Historia Clínica, Remisión a otra institución psiquiátrica - Remisión a Consulta Externa - Remisión a EPS 	Clientes – Usuarios Estancia Hospitalaria Facturación Gestión de Calidad
	<ul style="list-style-type: none"> - Derechos Comprobados - Registros: Autorizaciones para atención por urgencias, Historia Clínica - Información: Relativa al paciente, Turnos de médicos Psiquiatras 	<div style="border: 1px solid green; padding: 5px; display: inline-block;">Identificación de Necesidades Atención</div> ↓	Psiquiatra Médico General	<ul style="list-style-type: none"> - Impresión diagnóstica - Registros: Historia Clínica, remisión a clínica u hospitales orgánicos - Información: Orientación al paciente y/o familia sobre el estado del paciente. 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Registros: Historia Clínica - Impresión Diagnóstica - Guías Médica de Atención de Urgencias 	<div style="border: 1px solid green; padding: 5px; display: inline-block;">Planeación del Tratamiento</div> ↓	Psiquiatra Médico General	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de Tratamiento - Registros: Historia Clínica. - Información: Orientación al usuario y / o familia del tratamiento 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Guía médica de atención de urgencias, protocolos de enfermería - Registros: Orden para hospitalización o clínica ambulatoria - Registros: Historia Clínica 	<div style="border: 1px solid green; padding: 5px; display: inline-block;">Ejecución del Tratamiento</div> ↓	Psiquiatra Médico General Enfermera Jefe Auxiliares de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> - Registros: Historia Clínica. - Información: Orientación al paciente y / o su familia sobre el tratamiento y la clínica - Tratamiento Aplicado 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento Aplicado - Registros: Historia Clínica - Encuestas de Satisfacción - Indicadores 	<div style="border: 1px solid green; padding: 5px; display: inline-block;">Seguimiento del Tratamiento</div> ↓	Psiquiatra Enfermera Jefe Coordinador del Comité de Historia Clínica, Comité Técnico Científico, Comité de Vigilancia Epidemiológica	<ul style="list-style-type: none"> - Registro: Historia Clínica - Acciones Correctivas - Acciones Preventivas - Planes de Acción - Orden de remisión para hospitalización, otra IPS, o casa. - Orden de remisión a clínica ambulatoria - Información al paciente y su familia - Informes de 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Registros: Historia Clínica - Tratamiento finalizado - Orden de remisión para hospitalización, otra IPS, o casa. - Orden de remisión a clínica ambulatoria 		Psiquiatra Enfermera Jefe Auxiliar de Medicamentos	satisfacción de usuarios - Registros: Historia Clínica, Fórmula de medicamentos, órdenes, indicaciones para el egreso, incapacidades, Facturas - Ingreso del paciente a estancia hospitalaria - Egreso del paciente del servicio de urgencias - Traslado del paciente a otra IPS	
Ambiente de Trabajo: Condiciones físicas normales: Iluminación, temperatura, Ruido, Ventilación y buenas condiciones ergonómicas		Monitoreo (seguimiento) del Proceso: Indicadores Auditorías Internas Reuniones Comités: Calidad, Historia Clínica, Técnico Científico, Vigilancia Epidemiológica		Características de calidad del procesos – necesidades cliente – usuario: Atención oportuna de los usuarios Satisfacción del usuario con la atención recibida Seguridad Eficacia Documentación y Registros completos	
Requisitos (criterios) por cumplir: (cliente, legales, organización, ISO) Norma ISO 9001:2000 Requisitos de clientes: Convenios Normas establecidas por la organización Ley 100 de 1.993: (Diciembre 23). Decreto 2309 de 2.002. Sistema Obligatorio de Garantía en Salud Resolución 1439 de 2.002. Sistema Único de Habilitación en Salud CIE – 10 Código de Identificación Especializada Resolución 3374 DE 2000 que define el Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud – RIPS POS.			Recursos del proceso: Humanos: Una (1) Jefe de Enfermería (por cada turno); Un (1) médico psiquiatras por turno (adscrito); Una (1) auxiliar de enfermería por turno. Físicos: Infraestructura física dotada de un (1) consultorio de urgencias; una (1) sala de procedimientos; sala de Espera. Equipo de comunicación, papelería, útiles de oficina. Equipo médico de baja complejidad, suministros y utensilios de enfermería de acuerdo a requerimientos de habilitación.		
Documentación del sistema de gestión de la calidad aplicable al proceso: Protocolos URG – PT – 01 Protocolo de Atención de Urgencias Procedimientos URG – PR – 01 Procedimiento de Atención de Urgencias URG – PR – 02 Procedimiento de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Instructivos URG – IN – 01 Instructivo de Triage Documentos Guía URG – DG – 01 Caracterización del Proceso de Urgencias			Documentación del sistema de gestión de la calidad de otros procesos Procedimiento GC – PR – 01 Procedimiento para el Control de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad GC – PR – 02 Procedimiento para el Control de Registros del Sistema de Gestión de Calidad GC – PR – 03 Procedimiento para el Control del Servicio No Conforme GC – PR – 04 Procedimiento de Acciones Correctivas GC – PR – 05 Procedimiento de Acciones Preventivas GC – PR – 06 Procedimiento para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario GC – PR – 07 Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad Instructivo GC – IN – 01 Instructivo para la Elaboración de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad		
MEDICIÓN DEL PROCESO (INDICADORES)					
Indicador	Objetivo	Fórmula	Meta	Frecuencia	Atributo de Calidad
Tiempo de Atención	Asegurar al usuario una atención oportuna	$Fórmula \rightarrow \frac{\sum_{i=1}^i \text{Hora.Atención} - \text{Hora.Llegada}}{\text{Total.Urgencias.Atendidas}}$	< 20 minutos	Trimestral	Oportunidad en la atención
Índice de Satisfacción	Determinar el grado de satisfacción del usuario con la atención recibida	$Fórmula \rightarrow \frac{\sum \left(\frac{\text{Puntos.Obtenidos}}{\text{Puntos.Máximos.Posibles}} \times 100\% \right)}{\text{Total.EncuestasAplicadas}}$	90% - 100%	Trimestral	Eficacia
Tasa de eventos adversos en urgencias	Brindar una atención segura al usuario	$Fórmula \rightarrow \frac{\text{N}^\circ \text{ de.Eventos.Adversos}}{\text{Total.Urgencias.Atendidas}} \times 100\%$	< 10%	Trimestral	Seguridad
% Cumplimiento de Historia Clínica	Evaluar la calidad de la historia clínica		> 90 %	Trimestral	Seguridad Eficacia

		$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{N}^\circ \text{ de HCL que Cumplen}}{\text{Total HCL Auditadas}} \times 100\%$			
--	--	--	--	--	--

Elaborado Por: Aura María Martínez Agudelo	Aprobado Por: Director Científico – Jefe de Enfermería	COPIA CONTROLADA
---	---	-------------------------

	CLÍNICA	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE	Código: HOS – DG – 03
			Fecha de Aprobación: 12/01/06

SAN PABLO S.A.	ESTANCIA HOSPITALARIA	Versión No. 01
		Página 1 de 3

Tipo de Proceso:	Atención al Usuario	Responsable dueño del proceso:	Director Científico Jefe de Enfermería
Objetivo del proceso:	Brindar una atención integral con el fin de que el usuario supere la crisis derivada del trastorno del sistema nervioso central que padezca, ofreciendo seguridad, oportunidad y eficacia.		
Alcance del proceso	Este proceso incluye todas las actividades desarrolladas desde el momento en que el usuario ingresa a hospitalización hasta cuando egresa de la institución por orden médica o por egreso voluntario. El proceso aplica para usuarios de edades entre los 4 años de ambos sexos que padezcan algún trastorno del sistema nervioso.		


Proveedores	Entradas	Actividades del procesos	Responsables	Salidas del proceso	Proveedores
Clientes – Usuarios Consulta Externa Entidades Gubernamentales Urgencias Nutrición Aseo Compras	- Usuarios de consulta externa, usuarios de urgencias - Información: Sobre el usuario - Registros: Historia Clínica, orden de hospitalización. - Documentos del usuario	<div style="border: 2px solid green; padding: 5px; display: inline-block;">Ingreso Comprobación de derechos</div> ↓	Jefe de Enfermería Asistente Administrativa Auxiliar de Medicamentos	- Derechos comprobados - Registros: Pagaré, Ingreso paciente al servicio de hospitalización, Autorización para diagnóstico y tratamiento, Sobre de ingreso, Formato de autorización de útiles de aseo - Información: Orientación sobre la institución al usuario y/o familia	Clientes – Usuarios Urgencias Nutrición Facturación Programa de Adicciones Gestión de Calidad
	- Historia Clínica - Información: Relativa al paciente	<div style="border: 2px solid green; padding: 5px; display: inline-block;">Identificación de Necesidades Atención</div> ↓	Psiquiatra Médico General	- Impresión diagnóstica - Registros: Historia Clínica - Orientación al paciente y su familia sobre la enfermedad	
	- Información: Impresión Diagnóstica - Guías médicas de atención de usuarios hospitalizados, protocolos de enfermería	<div style="border: 2px solid green; padding: 5px; display: inline-block;">Planeación del Tratamiento</div> ↓	Psiquiatra Médico General	- Plan de Tratamiento - Remisión a psicología y terapia ocupacional - Historia Clínica - Información: Orientación al usuario y su familia sobre el tratamiento	
	- Historia Clínica - Guías médicas de atención de usuarios hospitalizados, protocolos de enfermería, - Plan de tratamiento - Remisión a psicología y terapia ocupacional	<div style="border: 2px solid green; padding: 5px; display: inline-block;">Ejecución del Tratamiento</div> ↓	Psiquiatra Médico General Enfermera Jefe Psicóloga Terapeuta Ocupacional Auxiliares de enfermería	- Registros: Historia Clínica, exámenes realizados, reporte de enfermería, dietas para nutrición, valoraciones por medicina general, kardex, autorizaciones para alargar estancia hospitalaria, para toma de exámenes, pedido de farmacia. - Información: Orientación al paciente y a su familia - Tratamiento aplicado - Psicoeducación	
	- Registros: Historias Clínicas - Indicadores	<div style="border: 2px solid green; padding: 5px; display: inline-block;">Seguimiento del Tratamiento</div>	Psiquiatra, Enfermera Jefe, Coordinador de los comités de: Historias	- Acciones Correctivas - Acciones Preventivas - Informes de	

	<p>- Encuestas de satisfacción</p> <p>- Tratamiento Aplicado</p> <p>- Registros: Historia Clínica, Orden Médica para la casa, clínica ambulatoria, programa de adicciones</p> <p>- Información: Al usuario y/o su familia</p> <p>- Usuario que ha superado la crisis</p>	<p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 2px solid green; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Salida y Egreso</div>	<p>Clinicas, Calidad, Infecciones Intrahospitalarias, Vigilancia Epidemiológica, Técnico Científico</p> <p>Psiquiatra Enfermera Jefe Auxiliar de Medicamentos</p>	<p>satisfacción de usuarios</p> <p>- Registros: Historia Clínica</p> <p>- Información: Al usuario y/o su familia</p> <p>- Usuario que ha superado la crisis</p> <p>- Registros: Historia Clínica, Fórmulas, órdenes, Epicrisis, indicaciones y recomendaciones para el egreso, incapacidades, Facturas, Salidas Voluntarias</p> <p>- Usuario en programa de adicciones</p>	
<p>Ambiente de Trabajo:</p> <p>Condiciones físicas normales: Iluminación, temperatura, Ruido, Ventilación y buenas condiciones ergonómicas</p>	<p>Monitoreo (seguimiento) del Proceso:</p> <p>Indicadores</p> <p>Auditorías Internas</p> <p>Reuniones Comités: Calidad, Historias Clínicas, Técnico Científico, Infecciones Intrahospitalarias, vigilancia epidemiológica, estadísticas vitales</p>	<p>Características de calidad del procesos – necesidades cliente – usuario:</p> <p>Satisfacción del usuario con la atención recibida</p> <p>Seguridad</p> <p>Eficacia</p> <p>Documentación y Registros completos</p>			
<p>Requisitos (criterios) por cumplir: (cliente, legales, organización, ISO)</p> <p>Norma ISO 9001:2000</p> <p>Requisitos de clientes: Convenios</p> <p>Normas establecidas por la organización</p> <p>Ley 100 de 1.993: (Diciembre 23).</p> <p>Decreto 2309 de 2.002. Sistema Obligatorio de Garantía en Salud</p> <p>Resolución 1439 de 2.002. Sistema Único de Habilitación en Salud</p> <p>CIE – 10 Código de Identificación Especializada</p> <p>Resolución 3374 DE 2000 que define el Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud – RIPS</p> <p>POS.</p>		<p>Recursos del proceso:</p> <p>Humanos: Tres (3) Jefes de Enfermería (Un jefe por turno); Seis (6) médicos psiquiatras (adsritos); (6) Psicólogos (adsritos); Un (1) Director Científico; Un (1) médico general; Una (1) Psicóloga de Planta; Una (1) Terapeuta Ocupacional; Trece (13) auxiliares de enfermería (Mínimo tres auxiliares por turno)</p> <p>Físicos: Infraestructura física dotada de espacio y muebles para estancia hospitalaria con capacidad para 31 pacientes. Habitaciones individuales para pacientes agudos. Equipo de comunicación, papelería, útiles de oficina. Equipo médico de baja complejidad. Suministros y utensilios de enfermería de acuerdo a requerimientos de habilitación. Espacio para recreación, espacio para terapia ocupacional, consultorios para intervención de psicología y terapia ocupacional.</p>			
<p>Documentación del sistema de gestión de la calidad aplicable al proceso:</p> <p>Manuales</p> <p>HOS – MA – 01 Manual De Guías Médicas Para Las Diez Primeras Causas De Egreso De Estancia Hospitalaria</p> <p>HOS – MA – 02 Guías De Atención De Terapia Ocupacional Para Usuarios De Estancia Hospitalaria</p> <p>HOS – MA – 03 Guía de Atención de Psicología para Usuarios de Estancia Hospitalaria</p> <p>Protocolos Médicos</p> <p>HOS – PT – 01 Protocolo Médico para la Aplicación de la Terapia Electroconvulsiva</p> <p>HOS – PT – 02 Protocolo para la Reanimación Cardiocerebropulmonar</p> <p>Protocolos de Enfermería</p> <p>HOS – PTE – 01 Protocolo para la Toma de Signos Vitales</p> <p>HOS – PTE – 02 Protocolo para la Higiene del Paciente</p> <p>HOS – PTE – 03 Protocolo para la Administración de Líquidos Endovenosos</p> <p>HOS – PTE – 04 Protocolo para la Asistencia en la Eliminación</p> <p>HOS – PTE – 05 Protocolo para la Asistencia en la Alimentación</p> <p>HOS – PTE – 06 Protocolo para el Aislamiento de Pacientes Infectados</p> <p>HOS – PTE – 07 Protocolo para la Administración de Medicamentos</p> <p>HOS – PTE – 08 Protocolo para el Manejo de Heridas</p> <p>HOS – PTE – 09 Protocolo para la Asistencia en TEC</p> <p>HOS – PTE – 10 Protocolo para la Toma de Muestras de Laboratorio</p> <p>HOS – PTE – 11 Protocolo para la Inmovilización de Pacientes</p> <p>HOS – PTE – 12 Protocolo para el Control de Líquidos</p> <p>HOS – PTE – 13 Protocolo para la Planeación de Atención de Usuarios por parte de Enfermería.</p> <p>HOS – PTE – 14 Protocolo para el Manejo de Cadáver</p> <p>HOS – PTE – 15 Protocolo para el Manejo del Paciente Sedado</p> <p>Procedimientos</p> <p>HOS – PR – 01 Procedimiento para el Recibo y Entrega de Turno</p>		<p>Documentación del sistema de gestión de la calidad de otros procesos</p> <p>Procedimiento</p> <p>GC – PR – 01 Procedimiento para el Control de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad</p> <p>GC – PR – 02 Procedimiento para el Control de Registros del Sistema de Gestión de Calidad</p> <p>GC – PR – 03 Procedimiento para el Control del Servicio No Conforme</p> <p>GC – PR – 04 Procedimiento de Acciones Correctivas</p> <p>GC – PR – 05 Procedimiento de Acciones Preventivas</p> <p>GC – PR – 06 Procedimiento para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario</p> <p>GC – PR – 07 Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad</p> <p>Instructivo</p> <p>GC – IN – 01 Instructivo para la Elaboración de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad</p>			

HOS – PR – 02 Procedimiento para el Aseo y Arreglo de a Unidad HOS – PR – 03 Procedimiento para el Ingreso del Usuario a Hospitalización HOS – PR – 04 Procedimiento para el Egreso del Paciente de Estancia Hospitalaria HOS – PR – 05 Procedimiento para el Manejo de Elementos Personales del Usuario HOS – PR – 06 Procedimiento para las Visitas, Llamadas y Correspondencia de Usuarios de Estancia Hospitalaria HOS – PR – 07 Procedimiento para la Atención de Usuarios por Psicología HOS – PR – 08 Procedimiento para la Atención de Usuarios por Terapia Ocupacional HOS – PR – 09 Procedimiento para el Aislamiento de Pacientes Documentos Guía HOS – DG – 01 Normas para la Ronda Médica HOS – DG – 02 Normas para la Ronda de Enfermería HOS – DG – 03 Caracterización del Proceso HOS – DG – 04 Normas para la Requisa de Pacientes Instructivo HOS – IN – 01 Instructivo para el Registro de Eventos Adversos	
--	--

MEDICIÓN DEL PROCESO (INDICADORES)

Indicador	Objetivo	Fórmula	Meta	Frecuencia	Atributo de Calidad
Reingresos	Evaluar el tratamiento instaurado	$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{N}^\circ \text{ de Reingresos}}{\text{Total.Egresos}} \times 100\%$	<5%	Trimestral	Seguridad
Índice de Infecciones	Determinar el nivel de infecciones Intrahospitalarias que se presentan	$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{N}^\circ \text{ de Infecciones.Pr.esentadas}}{\text{Total.Egresos}} \times 100\%$	<5%	Trimestral	Seguridad
Tasa Días Riesgo de Infección	Evaluar los días que están expuestos los usuarios a infecciones	$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{N}^\circ \text{ de Infecciones.Pr.esentadas}}{\text{Días.Es tan cia}} \times 100\%$	< 1%	Trimestral	Seguridad
Promedio Días de Estancia	Evaluar la rotación de camas hospitalarias	$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\sum_i \text{Días.Es tan cia}}{\text{Total.Egresos}}$	< 10 Días	Trimestral	Seguridad Eficacia
Tasa de eventos adversos	Brindar una atención segura al usuario	$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{N}^\circ \text{ de.Eventos.Adversos}}{\text{Total.Egresos}} \times 100\%$	<10%	Trimestral	Seguridad
Índice de Satisfacción	Determinar el grado de satisfacción de del usuario de estancia hospitalaria	$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\sum_i \left(\frac{\text{Puntos.Obtenidos}}{\text{Puntos.Máximos.Posibles}} \times 100\% \right)}{\text{Total.EncuestasAplicadas}}$	90 – 100%	Trimestral	Eficacia
% Cumplimiento de la Historia Clínica	Evaluar la calidad de la historia clínica	$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{N}^\circ \text{ de.HCL.que.Cumplen}}{\text{Total.HCL.Auditadas}} \times 100\%$	> 90 %	Trimestral	Seguridad Eficacia

Elaborado Por: Aura María Martínez Agudelo	Aprobado Por: Director Científico – Jefe de Enfermería	COPIA CONTROLADA
 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE PROGRAMA DE ADICCIONES	Código: TRAD – DG – 01
		Fecha de Aprobación: 16/01/06
		Versión No. 01

Tipo de Proceso:	Atención al Usuario	Responsable dueño del proceso:	Director Científico Psicóloga Dra. Sandra Duarte
Objetivo del proceso:	Lograr que el usuario supere la adicción al alcohol y/o las drogas y se reinserte a su medio ambiente familiar y social en forma adecuada continuando con su rehabilitación a nivel ambulatorio		
Alcance del proceso	Este proceso incluye tres etapas la fase de desintoxicación y manejo de crisis aguda, la fase de introspección y deshabitación y la fase de estabilización. El proceso aplica solo para los usuarios hospitalizados que se encuentren vinculados al programa de adicciones. Está orientado a usuarios con adicción a las drogas o el alcohol o a ambas, sin alteración mental severa, de cualquier edad, sexo, escolaridad, procedencia, etc.		


Proveedores	Entradas	Actividades del procesos	Responsables	Salidas del proceso	Clientes
	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes hospitalizados con problemas de adicciones - Historia Clínica - Impresión diagnóstica - Información: Orientación al usuario y su familia sobre el programa 	<div style="border: 1px solid green; padding: 5px; display: inline-block;">Ingreso del Paciente al programa de Adicciones</div> ↓	Director Científico Psicóloga	<ul style="list-style-type: none"> - Vinculación al programa de adicciones - Registros: Compromiso de vinculación firmado 	
Clientes – Usuarios Consulta Externa Urgencias	<ul style="list-style-type: none"> - Guías médicas de atención de pacientes de programa de adicciones - Vinculación al programa de adicciones - Historia Clínica 	<div style="border: 1px solid green; padding: 5px; display: inline-block;">Planeación del Tratamiento</div> ↓	Director Científico Psicóloga	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de Tratamiento - Plan terapéutico - Historia Clínica - Información: Orientación al usuario y su familia sobre el tratamiento 	Clientes – Usuarios Clínica Ambulatoria Facturación
Estancia Hospitalaria Nutrición Aseo Compras	<ul style="list-style-type: none"> - Historia Clínica - Plan de tratamiento - Plan terapéutico - Guías médicas de atención de pacientes de programa de adicciones, Guía terapéutica de atención - Protocolos de enfermería 	<div style="border: 1px solid green; padding: 5px; display: inline-block;">Ejecución del Tratamiento</div> ↓	Director Científico Equipo Terapéutico (Psicología y Terapia Ocupacional) Médico General Enfermera Jefe Auxiliar de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> - Registros: Historia Clínica, BRM, reportes de enfermería, kardex - Evaluaciones por medicina general - Información: Orientación al paciente y a su familia - Intervenciones del Tratamiento médico aplicado - Tratamiento terapéutico aplicado 	Gestión de Calidad
	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento Aplicado - Evaluaciones BRM - Historia Clínica - Indicadores - Encuestas de Satisfacción 	<div style="border: 1px solid green; padding: 5px; display: inline-block;">Seguimiento del Tratamiento</div> ↓	Director Científico Equipo Terapéutico Coordinador del comité: De Historia Clínica, Calidad, Infecciones Intrahospitalarias, Vigilancia Epidemiológico	<ul style="list-style-type: none"> - Acciones Correctivas - Acciones Preventivas - Tratamiento finalizado - Usuario que ha superado la adicción - Registros: Historia Clínica - Información al usuario y su familia - Informes de satisfacción de usuarios 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Historia Clínica - Usuario que ha superado la adicción - Tratamiento Finalizado 	<div style="border: 1px solid green; padding: 5px; display: inline-block;">Salida y Egreso</div>	Director Científico Psicóloga Terapeuta Ocupacional Enfermera Jefe	<ul style="list-style-type: none"> - Registros: Historia Clínica, Fórmulas, órdenes, indicaciones del egreso, Facturas 	

Ambiente de Trabajo: Condiciones físicas normales: Iluminación, temperatura, Ruido, Ventilación y buenas condiciones ergonómicas	Monitoreo (seguimiento) del Proceso: Indicadores Auditorías Internas Reuniones Comités: Calidad, Historia Clínica, Técnico Científico, Infecciones Intrahospitalarias, vigilancia epidemiológica, estadísticas vitales	Características de calidad del procesos – necesidades cliente – usuario: Satisfacción del usuario con la atención recibida Seguridad Eficacia Documentación y Registros completos
Requisitos (criterios) por cumplir: (cliente, legales, organización, ISO) Norma ISO 9001:2000 Requisitos de clientes: Convenios Normas establecidas por la organización Ley 100 de 1.993: (Diciembre 23). Decreto 2309 de 2.002. Sistema Obligatorio de Garantía en Salud Resolución 1439 de 2.002. Sistema Único de Habilitación en Salud CIE – 10 Código de Identificación Especializada Resolución 3374 DE 2000 que define el Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud – RIPS POS.	Recursos del proceso: Humanos: Un (1) Jefe de Enfermería (por turno); Un (1) Director Científico; Una (1) Psicóloga de Planta; Una (1) Terapeuta Ocupacional; Tres (3) auxiliares de enfermería por turno. Físicos: Infraestructura física dotada de espacio y muebles para estancia hospitalaria con capacidad para 6 pacientes. Equipo de comunicación, papelería, útiles de oficina, sillas. Equipo médico de baja complejidad. Suministros y utensilios de enfermería de acuerdo a requerimientos de habilitación. Área de recreación. Área para terapia ocupacional. Consultorios para intervención psicológica y de terapia ocupacional. Áreas para intervenciones grupales.	
Documentación del sistema de gestión de la calidad aplicable al proceso: Manuales TRAD – MA – 01 Manual del Programa de Adicciones TRAD – MA – 02 Manual de Guías Médicas de Atención de Usuarios del Programa de Adicciones TREAD – MA – 03 Manual del Proyecto de Vida para Usuarios del Programa de Adicciones. Documentos Guía TRAD – DG – 01 Caracterización del Proceso del Programa de Adicciones	Documentación del sistema de gestión de la calidad de otros procesos Procedimiento GC – PR – 01 Procedimiento para el Control de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad GC – PR – 02 Procedimiento para el Control de Registros del Sistema de Gestión de Calidad GC – PR – 03 Procedimiento para el Control del Servicio No Conforme GC – PR – 04 Procedimiento de Acciones Correctivas GC – PR – 05 Procedimiento de Acciones Preventivas GC – PR – 06 Procedimiento para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario GC – PR – 07 Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad Instructivo GC – IN – 01 Instructivo para la Elaboración de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad	

MEDICIÓN DEL PROCESO (INDICADORES)

Indicador	Objetivo	Fórmula	Meta	Frecuencia	Atributo de Calidad
Reingresos	Evaluar el tratamiento	$Fórmula \rightarrow \frac{N^{\circ}.de.Reingresos}{Total.Egresos} \times 100\%$	< 5 %	Semestral	Seguridad
Tasa Días Riesgo de Infección	Evaluar los días que están expuestos los usuarios a infecciones	$Fórmula \rightarrow \frac{N^{\circ}.de.Infecciones.Presentadas}{Días.Es\ tan\ cia} \times 100\%$	< 1 %	Trimestral	Seguridad
Promedio Días de Estancia	Evaluar el tratamiento	$Fórmula \rightarrow \frac{\sum^i Días.Es\ tan\ cia}{Total.Egresos}$	60 – 90 días	Trimestral	Eficacia Seguridad
Tasa de eventos adversos	Brindar una atención segura al usuario	$Fórmula \rightarrow \frac{N^{\circ}.de.Eventos.Adversos}{Total.Días.Es\ tan\ cia} \times 100\%$	<10%	Trimestral	Seguridad
Índice de Satisfacción	Determinar el grado de satisfacción de del usuario de estancia hospitalaria	$Fórmula \rightarrow \frac{\sum^i \left(\frac{Puntos.Obtenidos}{Puntos.Máximos.Posibles} \times 100\% \right)}{Total.EncuestasAplicadas}$	90% - 100%	Trimestral	Eficacia
Abandono Del Programa	Determinar el porcentaje de usuarios que abandonan el programa antes de finalizado	$Fórmula \rightarrow \frac{N^{\circ}\ de\ Abandonos}{Total.Egresos}$	< 5%	Semestral	Eficacia

% Cumplimiento de Historias Clínicas	Evaluar la calidad de la historia clínica	Fórmula $\rightarrow \frac{N^{\circ} \text{ de HCL que Cumplen}}{\text{Total HCL Auditadas}} \times 100\%$	> 90 %	Trimestral	Seguridad Eficacia
--------------------------------------	---	--	--------	------------	-----------------------

Elaborado Por: Aura María Martínez Agudelo	Aprobado Por: Director Científico - Psicóloga	COPIA CONTROLADA	
 CLÍNICA	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE		Código: CA – DG – 01

SAN PABLO S.A.	CLÍNICA AMBULATORIA	Fecha de Aprobación: 23/01/06
		Versión No. 01
		Página 1 de 3

Tipo de Proceso:	Atención al Usuario	Responsable dueño del proceso:	Director Científico Terapeuta Ocupacional
Objetivo del proceso:	Proporcionar asistencia preventiva para lograr una rehabilitación integral de la persona con trastorno del sistema nervioso facilitando su reintegro a su medio familiar y social.		
Alcance del proceso	Involucra población de ambos sexos en edades comprendidas entre los 10 y 70 años en estado subagudo, previo a la crisis y/o proceso de rehabilitación con trastorno del sistema nervioso.		

Proveedores	Entradas	Actividades del procesos	Responsables	Salidas del proceso	Clientes
Clientes – Usuarios Estancia Hospitalaria Programa de Adicciones Compras Aseo Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> - Registros: historia Clínica, Orden médica de remisión a Clínica Ambulatoria - Documentos del usuario - Información: Orientación al usuario y familia sobre el programa 	<div style="border: 2px solid green; padding: 5px; display: inline-block;">Ingreso Comprobación de derechos</div> ↓	Facturación Terapeuta Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> - Derechos comprobados - Información: Orientación al usuario y familia sobre los derechos obtenidos - Historia Clínica 	Clientes – Usuarios Facturación Consulta Externa Urgencias Gestión de Calidad
	<ul style="list-style-type: none"> - Derechos Comprobados - Información: Orientación detallada al usuario y su familia sobre el programa, su objetivo, metodología, normas - Historia Clínica 	<div style="border: 2px solid green; padding: 5px; display: inline-block;">Identificación de Necesidades Atención</div> ↓	Terapeuta Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> - Impresión diagnóstica - Historia Clínica - Información: Retroalimentación sobre la claridad del usuario sobre el programa 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Impresión Diagnóstica - Guía de manejo terapéutico, programa de actividades de terapia ocupacional - Historia Clínica 	<div style="border: 2px solid green; padding: 5px; display: inline-block;">Planeación del Tratamiento</div> ↓	Terapeuta Ocupacional Psicología	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de actividades terapéuticas - Plan de tratamiento psicológico - Historia Clínica - Información: Orientación al usuario y su familia 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Historia Clínica - Guía de manejo terapéutico - Programa de actividades de terapia ocupacional - Plan de Actividades terapéuticas - Plan de tratamiento psicológico 	<div style="border: 2px solid green; padding: 5px; display: inline-block;">Ejecución del Tratamiento</div> ↓	Terapeuta Ocupacional Psicología	<ul style="list-style-type: none"> - Registros: Historia Clínica - Tratamiento Aplicado 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Registros: Historia Clínica - Indicadores - Encuestas de Satisfacción - Tratamiento Aplicado 	<div style="border: 2px solid green; padding: 5px; display: inline-block;">Seguimiento del Tratamiento</div> ↓	Terapeuta Ocupacional Coordinador de los comités de: Historia Clínica, Calidad, Infecciones Intrahospitalarias, Vigilancia Epidemiológica, técnico Científico	<ul style="list-style-type: none"> - Acciones Correctivas - Acciones Preventivas - Registros: Historia Clínica - Información: Al paciente y/o su familia - Remisión a urgencias o consulta externa - Paciente con mayor adherencia al tratamiento y al medicamento y más adaptado a su entorno familiar y social. - Informes de satisfacción de 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Registros: Historia Clínica, Orden Médica de Egreso - Información: Al paciente y/o su familia - Remisión a urgencias o consulta externa - Paciente con mayor adherencia al tratamiento y al medicamento y más adaptado a su entorno familiar y social. 		Psiquiatra Terapeuta Ocupacional	usuarios <ul style="list-style-type: none"> - Registros: Historia Clínica, indicaciones y recomendaciones para el egreso, facturas, Incapacidades 	
Ambiente de Trabajo: Condiciones físicas normales: Iluminación, temperatura, Ruido, Ventilación y buenas condiciones ergonómicas	Monitoreo (seguimiento) del Proceso: Indicadores Auditorías Internas Reuniones Comités: Calidad, Historia Clínica, Técnico Científico, Infecciones Intrahospitalarias, vigilancia epidemiológica, estadísticas vitales	Características de calidad del procesos – necesidades cliente – usuario: Satisfacción del usuario con la atención recibida Seguridad Eficacia Documentación y Registros completos			
Requisitos (criterios) por cumplir: (cliente, legales, organización, ISO) Norma ISO 9001:2000 Requisitos de clientes: Convenios Normas establecidas por la organización Ley 100 de 1.993: (Diciembre 23). Decreto 2309 de 2.002. Sistema Obligatorio de Garantía en Salud Resolución 1439 de 2.002. Sistema Único de Habilitación en Salud CIE – 10 Código de Identificación Especializada Resolución 3374 DE 2000 que define el Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud – RIPS POS.	Recursos del proceso: Humanos: Una (1) Jefe de Enfermería (por turno); Un (1) Director Científico; Una (1) Psicóloga de Planta; Una (1) Terapeuta Ocupacional; Trece (3) Auxiliares de Enfermería (por turno). Físicos: Infraestructura física dotada de espacio y muebles para realización de labores manuales, actividades grupales. Equipo de comunicación, papelería, útiles de oficina. Equipo médico de baja complejidad. Suministros y utensilios de enfermería de acuerdo a requerimientos de habilitación. Consultorio para intervenciones individuales. Espacio de recreación. Espacio para intervenciones grupales. Materiales: Insumos y materiales para actividades manuales.				
Documentación del sistema de gestión de la calidad aplicable al proceso: Manuales CA – MA – 01 Guías de Atención de Clínica Ambulatoria Procedimiento CA – PR – 01 Procedimiento de Clínica Ambulatoria Documentos Guía CA – DG – 01 Caracterización del Proceso de Clínica Ambulatoria CA – DG – 02 Reglamento Clínica Ambulatoria	Documentación del sistema de gestión de la calidad de otros procesos Procedimiento GC – PR – 01 Procedimiento para el Control de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad GC – PR – 02 Procedimiento para el Control de Registros del Sistema de Gestión de Calidad GC – PR – 03 Procedimiento para el Control del Servicio No Conforme GC – PR – 04 Procedimiento de Acciones Correctivas GC – PR – 05 Procedimiento de Acciones Preventivas GC – PR – 06 Procedimiento para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario GC – PR – 07 Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad Instructivo GC – IN – 01 Instructivo para la Elaboración de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad				
MEDICIÓN DEL PROCESO (INDICADORES)					
Indicador	Objetivo	Fórmula	Meta	Frecuencia	Atributo de Calidad
Recaídas	Evaluar el programa	$Fórmula \rightarrow \frac{N^{\circ} de Usuarios. que. Re caen}{Total. Egresos} \times 100\%$	< 5%	Trimestral	Seguridad Eficacia
Tasa de eventos adversos	Brindar una atención segura al usuario	$Fórmula \rightarrow \frac{N^{\circ} de. Eventos. Adversos}{Total. Egresos} \times 100\%$	< 10%	Trimestral	Seguridad
Índice de Satisfacción	Determinar el grado de satisfacción de del usuario de estancia hospitalaria	$Fórmula \rightarrow \frac{\sum_i \left(\frac{Puntos. Obtenidos}{Puntos. Máximos. Posibles} \times 100\% \right)}{Total. Encuestas. Aplicadas}$	90 – 100%	Trimestral	Eficacia
% Cumplimiento de Historias Clínicas	Evaluar la calidad de las historias clínicas	$Fórmula \rightarrow \frac{N^{\circ} de. HCL. que. Cumplen}{Total. HCL. Auditadas} \times 100\%$	> 90%	Trimestral	Seguridad Eficacia
		CLÍNICA		CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE	
				Código: NUT – DG – 01 Fecha de Aprobación: 20/01/06	

SAN PABLO S.A.	NUTRICIÓN	Versión No. 01
		Página 1 de 2

Tipo de Proceso:	Atención al Usuario	Responsable dueño del proceso:	Nutricionista
Objetivo del proceso:	Garantizar la adecuada alimentación de los usuarios, acorde con las necesidades y requerimientos establecidos para los mismos.		
Alcance del proceso	Este proceso aplica para los usuarios de estancia hospitalaria, clínica ambulatoria y programa de adicciones. Incluye todas las actividades de establecimiento plan nutricional, asignación de dietas, preparación de alimentos y entrega de los mismos a los usuarios.		

Proveedores	Entradas	Actividades del procesos	Responsables	Salidas del proceso	Clientes
	- Información: Historia clínica, requerimientos y necesidades nutricionales especiales de usuarios	<div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; display: inline-block;">Identificación de necesidades</div> ↓	Médico Psiquiatra Médico General Nutricionista	- Información: Valoraciones por medicina general, Valoraciones por nutricionista, Necesidades identificadas - Registros: Historia Clínica, Exámenes de laboratorio	
Clientes – Usuarios Compras Proveedores Estancia Hospitalaria Programa de Adicciones Clínica Ambulatoria	- Información: Necesidades y Requerimientos identificados - Registros: Historia Clínica - Manual de Nutrición	<div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; display: inline-block;">Planificar dietas y Menús</div> ↓	Nutricionista	- Dietas especiales - Menús - Registro de dietas	Clientes – Usuarios Estancia Hospitalaria Programa de Adicciones Clínica Ambulatoria
	- Dietas especiales - Menús - Registro de dietas - Alimentos - Información: Indicaciones de nutricionista, Indicaciones del manual de nutrición	<div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; display: inline-block;">Elaborar dietas y Menús</div> ↓	Auxiliares de Cocina	- Menús y Dietas Elaboradas	Compras Gestión de Calidad
	- Registros de dietas - Menús y Dietas Elaboradas e identificadas - Protocolo de enfermería para la administración de alimentos	<div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; display: inline-block;">Suministrar dietas y Menús</div> ↓	Auxiliares de Enfermería	- Suministrar dietas y Menús a usuarios de acuerdo a las indicaciones	
	- Información: Problemas, Fallas, Errores en las dietas	<div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; display: inline-block;">Seguimiento y Medición</div>	Comité de Calidad Enfermería	- Acciones Correctivas - Acciones Preventivas - Informe de Satisfacción de usuarios	

Ambiente de Trabajo: Condiciones físicas normales: iluminación, temperatura, ventilación y condiciones ergonómicas.	Monitoreo (seguimiento) del Proceso: Indicadores Comité de Calidad Auditorías Internas	Características de calidad del procesos – necesidades cliente – usuario: Eficacia Seguridad Satisfacción del Usuario
Requisitos (criterios) por cumplir: (cliente, legales, organización, ISO) Norma ISO 9001:2000 Requisitos de clientes: Convenios Normas establecidas por la organización Ley 100 de 1.993: (Diciembre 23). Decreto 2309 de 2.002. Sistema Obligatorio de Garantía en Salud Resolución 1439 de 2.002. Sistema Único de Habilitación en Salud	Recursos del proceso: Humanos: Una (1) Nutricionista; (2) Auxiliares de Cocina. Físicos: Espacio físico para el almacenamiento de alimentos e insumos y útiles de cocina. Espacio físico para la elaboración de alimentos. Espacio físico para el comedor y sillas. Insumos y útiles de cocina. Bandejas.	
Documentación del sistema de gestión de la calidad aplicable al proceso: Manuales NUT – MA – 01 Manual de Nutrición Instructivo NUT – IN – 01 Instructivo para la Congelación de Alimentos Procedimiento NUT – PR – 01 Procedimiento de Dietas Documentos Guía NUT – DG – 01 Caracterización del proceso de nutrición NUT – DG – 02 Menús NUT – DG – 03 Estandarización de Recetas	Documentación del sistema de gestión de la calidad de otros procesos Procedimiento GC – PR – 01 Procedimiento para el Control de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad GC – PR – 02 Procedimiento para el Control de Registros del Sistema de Gestión de Calidad GC – PR – 03 Procedimiento para el Control del Servicio No Conforme GC – PR – 04 Procedimiento de Acciones Correctivas GC – PR – 05 Procedimiento de Acciones Preventivas GC – PR – 06 Procedimiento para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario GC – PR – 07 Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad Instructivo GC – IN – 01 Instructivo para la Elaboración de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad	

MEDICIÓN DEL PROCESO (INDICADORES)

Indicador	Objetivo	Fórmula	Meta	Frecuencia	Atributo de Calidad
Errores en dietas elaboradas	Establecer el número de errores en la elaboración de dietas	$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{Dietas.Erradas}}{\text{Dieta.Re visadas}} \times 100\%$	< 1%	Trimestral	Seguridad
% Cumplimiento Lista de Chequeo	Garantizar el cumplimiento de normas y procedimientos aplicados en el proceso	$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\sum \left(\frac{\text{Puntos.Obtenidos}}{\text{Puntos.Máximos.Posibles}} \times 100\% \right)}{\text{Total.Listas.de.Chequeo.Aplicadas}}$	90 – 100 %	Trimestral	Eficacia Seguridad
Índice de Satisfacción	Determinar el grado de satisfacción de los usuarios con la alimentación	$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\sum \left(\frac{\text{Puntos.Obtenidos}}{\text{Puntos.Máximos.Posibles}} \times 100\% \right)}{\text{Total.EncuestasAplicadas}}$	90 – 100 %	Trimestral	Eficacia

Elaborado Por: Aura María Martínez Agudelo	Aprobado Por: Nutricionista	COPIA CONTROLADA
--	-----------------------------	------------------

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE SERVICIO FARMACÉUTICO	Código: FAR – DG – 01
		Fecha de Aprobación: 13/01/06
		Versión No. 01
		Página 1 de 2

Tipo de Proceso:	Atención al Usuario	Responsable dueño del proceso:	Subgerente Regente del Servicio Farmacéutico
Objetivo del proceso:	Proveer los medicamentos e insumos intrahospitalarios, necesarios para la atención del usuario, garantizando oportunidad en la entrega y seguridad al paciente.		
Alcance del proceso	Este proceso incluye las actividades de recepción, almacenamiento y distribución de medicamentos para uso intrahospitalario.		


Proveedores	Entradas	Actividades del procesos	Responsables	Salidas del proceso	Clientes
Laboratorios – Depósitos de Medicamentos Urgencias Estancia Hospitalaria Programa de Adicciones Compras Entidades gubernamentales	- Tarjeta Verde de Medicamentos de usuarios hospitalizados - Fórmulas Médicas de control - Revisión de Stock de medicamentos - Máximos y Mínimos de Medicamentos - Solicitud de insumos de enfermería, servicios generales y cocina - Formato de Salida de Farmacia - Ordenes de Compra - Facturas de Pedidos de Medicamentos e insumos - Normas para el almacenamiento de medicamentos - Tarjetas Verdes de Medicamentos - Solicitud de insumos de enfermería, servicios generales y cocina - Formato de Entradas y Salidas de Farmacia - Revisión diaria del Stock de Enfermería - Formulas Médicas de Control - Indicadores de Revisión de medicamentos de Revisión de condiciones de almacenamiento	<div style="border: 2px solid orange; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Identificación de Necesidades</div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓</div> <div style="border: 2px solid orange; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Recepción, Verificación y Almacenamiento de Medicamentos</div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓</div> <div style="border: 2px solid orange; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Entrega de medicamentos e insumos intrahospitalarios</div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓</div> <div style="border: 2px solid orange; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Seguimiento y Control</div>	Regente del Servicio Farmacéutico Enfermería Subgerente Regente del Servicio Farmacéutico Subgerente Regente de Servicio Farmacéutico Subgerente Regente de Farmacia	- Solicitud de compra de medicamentos e insumos - Órdenes de Compra - Medicamentos revisados - Acta de Recepción de Medicamentos - Medicamentos ubicados en el área respectiva, según necesidades y requisitos establecidos - Facturas revisadas y recibidas - Sistema actualizado con el ingreso de insumos y medicamentos comprados - Medicamentos entregados para ser suministrados a los pacientes - Insumos entregados - Sistema actualizado con las salidas de insumos y medicamentos - Libro de medicamentos controlados - Acciones Correctivas - Acciones Preventivas - Actas de Medicamentos dados de baja - Control de temperatura y humedad	Clientes – Usuarios Urgencias Estancia Hospitalaria Programa de Adicciones Compras Gestión de Calidad Facturación

Ambiente de Trabajo: Condiciones físicas normales: iluminación, temperatura, ventilación y condiciones ergonómicas.	Monitoreo (seguimiento) del Proceso: Indicadores Comité de Calidad Auditorías Internas	Características de calidad del procesos – necesidades cliente – usuario: Eficacia Oportunidad
Requisitos (criterios) por cumplir: (cliente, legales, organización, ISO) Norma ISO 9001:2000 Decreto 2676 de 2000. Resolución 1164 de 2002. Plan de Gestión de Residuos Hospitalarios Decreto 2303 de 2002 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad Resolución 1439 de 2002 Requisitos del Sistema Único de Habilitación Resolución 826 de 2002. Normas sobre Medicamentos de Control Acuerdo 228 de 2002 Manual de Medicamentos del Plan POS Acuerdo 51 de 1997 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud por el cual se crea el Comité Técnico de Medicamentos y se Dictan Normas sobre su Funcionamiento Acuerdo 120 de 1999 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud por el cual se Modifica Parcialmente el Acuerdo 51 de 1997.	Recursos del Proceso: Humanos: Un (1) Subgerente; Un (1) Regente de Farmacia Físicos: Espacio físico para el almacenamiento y recepción de insumos hospitalarios y medicamentos. Software: Sistema de inventario de medicamentos	
Documentación del sistema de gestión de la calidad aplicable al proceso: Procedimientos Procedimiento para la Dispensación de Medicamentos e Insumos Hospitalarios al interior de la institución FAR – PR – 01 Instructivos Instructivo para la Adecuación y Control del Área de Almacenamiento FAR – IN – 01 Instructivo para el Control de Vencimientos de Medicamentos FAR – IN – 02	Documentación del sistema de gestión de la calidad de otros procesos Procedimiento GC – PR – 01 Procedimiento para el Control de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad GC – PR – 02 Procedimiento para el Control de Registros del Sistema de Gestión de Calidad GC – PR – 03 Procedimiento para el Control del Servicio No Conforme GC – PR – 04 Procedimiento de Acciones Correctivas GC – PR – 05 Procedimiento de Acciones Preventivas GC – PR – 06 Procedimiento para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario GC – PR – 07 Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad Instructivo GC – IN – 01 Instructivo para la Elaboración de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad	

MEDICIÓN DEL PROCESO (INDICADORES)

Indicador	Objetivo	Fórmula	Meta	Frecuencia	Atributo de Calidad
Entrega Oportuna de Medicamentos	Determinar la oportunidad en el despacho de medicamentos	$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{(\text{Hora. Entrega. Pedido} - \text{Hora. Recibo. Solicitud})}{\text{Total. Pedidos. Entregados}}$	<= 2 horas	Trimestral	Oportunidad
Pedidos Incompletos	Determinar la eficacia del servicio farmacéutico en el suministro de medicamentos	$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{Pedidos. Incompletos}}{\text{Total. Pedidos. Entregados}} \times 100\%$	< 5%	Trimestral	Eficacia

Elaborado Por: Aura María Martínez Agudelo	Aprobado Por: Subgerente – Regente Servicio Farmacéutico	COPIA CONTROLADA
---	--	-------------------------

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE FACTURACIÓN	Código: FAC – DG – 01
		Fecha de Aprobación: 30/01/06
		Versión No. 01
		Página 1 de 2

Tipo de Proceso:	Apoyo Administrativo y Financiero	Responsable dueño del proceso:	Jefe de Facturación
Objetivo del proceso:	Asegurar que todas las actividades y procedimientos realizados a los usuarios se facturen tomando en cuenta los suministros y drogas utilizados y enviar oportunamente la información necesaria a las EPS, ARP, Medicinas Prepagadas, etc.		
Alcance del proceso	Este proceso involucra los puestos de Facturación y Estadísticas y se encarga de la liquidación y facturación de todos los ingresos por concepto de consulta externa, urgencias, estancia hospitalaria, programa de adicciones y clínica ambulatoria.		

Proveedores	Entradas	Actividades del procesos	Responsables	Salidas del proceso	Clientes
Convenios Entidades Gubernamentales Urgencias Consulta Externa Estancia Hospitalaria Programa de Adicciones Clínica Ambulatoria Compras	<ul style="list-style-type: none"> - Información: Requisitos de los contratos - Registros: Orden para hospitalización, autorización para clínica ambulatoria. - Documentos de usuarios: carné, cédula 	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Admisión del Usuario</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Jefe de Facturación	<ul style="list-style-type: none"> - Derechos comprobados - Información: Tarifas de los servicios 	Clientes – Usuarios – Empresas Gestión de Calidad Estancia Hospitalaria Programa de Adicciones Clínica Ambulatoria Contabilidad
	<ul style="list-style-type: none"> - Registros: Reporte de urgencias, reporte de egresos, autorizaciones, boletas de valoración por medicina general o de interconsultas, sobres de ingreso a hospitalización, tarjetas de medicamentos, ordenes para exámenes o prolongación de estancia hospitalaria, recibos de urgencias, fórmulas - Facturas de Consulta Externa, autorizaciones de consulta externa 	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Recolección de Documentos y Digitación</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Jefe de Facturación Estadísticas	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios, Insumos y Medicamentos suministrado registrados en el sistema por usuario - Autorizaciones para exámenes, estancia hospitalaria, TEC - Información y registros de urgencia y consulta externa organizada por institución 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios, Insumos y Medicamentos suministrado registrados en el sistema por usuario - Autorizaciones para exámenes, estancia hospitalaria, TEC - Información y registros de urgencia y consulta externa organizada por institución - Manuales de Tarifas 	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Liquidación y Elaboración de Factura</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Jefe de Facturación	<ul style="list-style-type: none"> - Liquidación de servicios prestados por estancia hospitalaria, programa de adicciones, consulta externa, urgencias y clínica ambulatoria - Registros: Facturas por usuario o por EPS, ARP o Medicina Prepagada - Paz y Salvo de Salida 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Liquidación de servicios prestados por estancia hospitalaria, programa de adicciones, consulta externa, urgencias y clínica ambulatoria - Registros: Facturas por usuario o por EPS, ARP o Medicina Prepagada 	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Arreglo y Envío de la cuenta</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Jefe de Facturación,	<ul style="list-style-type: none"> - Facturas revisadas - Facturas Radicadas - Registros de Facturación 	

	- Registros de Facturas	Seguimiento y Control	Gerente Subgerente, Coordinador Comité de Calidad	- Acciones Correctivas - Acciones Preventivas - Informes Estadísticos	
Ambiente de Trabajo: Condiciones físicas normales: iluminación, temperatura, ventilación y condiciones ergonómicas.		Monitoreo (seguimiento) del Proceso: Indicadores Comité de Calidad Auditorías Internas		Características de calidad del procesos – necesidades cliente – usuario: Eficacia Oportunidad Eficiencia	
Requisitos (criterios) por cumplir: (cliente, legales, organización, ISO) Norma ISO 9001:2000 Manual del SOAT CIE – 10 Código de Identificación Especializada CUPS Clasificación Única de Procedimiento de Salud Resolución 3374 DE 2000 que define el Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud – RIPS Requisitos establecidos en convenios y contratos			Recursos del Proceso: Humanos: Un (1) Jefe de Facturación, Un (1) Digitador Físicos: Espacio y muebles para oficina. Equipo de comunicación de baja complejidad. Computadores, impresoras, software. Insumos y útiles de oficina		
Documentación del sistema de gestión de la calidad aplicable al proceso: Manuales FAC – MA – 01 Manual de Comprobación de Derechos Procedimientos FAC – PR – 01 Procedimiento de Facturación FAC – PR – 02 Procedimiento para la Actualización Diaria del Sistema de Historias Clínicas FAC – PR – 03 Procedimiento para la Generación de RIPS FAC – PR – 04 Procedimiento para el Manejo de Glosas Documentos Guía FAC – DG – 01 Caracterización del Proceso FAC – DG – 02 Estadísticas Institucionales FAC – DG – 03 Estadísticas para Enviar a E.P.S FAC – DG – 04 Normas para el Manejo de Historia Clínica			Documentación del sistema de gestión de la calidad de otros procesos Procedimiento GC – PR – 01 Procedimiento para el Control de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad GC – PR – 02 Procedimiento para el Control de Registros del Sistema de Gestión de Calidad GC – PR – 03 Procedimiento para el Control del Servicio No Conforme GC – PR – 04 Procedimiento de Acciones Correctivas GC – PR – 05 Procedimiento de Acciones Preventivas GC – PR – 06 Procedimiento para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario GC – PR – 07 Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad Instructivo GC – IN – 01 Instructivo para la Elaboración de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad		
MEDICIÓN DEL PROCESO (INDICADORES)					
Indicador	Objetivo	Fórmula	Meta	Frecuencia	Atributo de Calidad
Valor Radicado	Determinar el porcentaje del valor radicado en EPS	$Fórmula \rightarrow \left(\frac{Valor.Radicado}{Valor.Facturado} \right) \times 100\%$	> 70%	Trimestral	Eficiencia
Valor Facturado Devuelto	Conocer el porcentaje del valor total de facturación que fue glosado	$Fórmula \rightarrow \left(\frac{Valor.Glosado}{Valor.Facturado} \right) \times 100\%$	< 5%	Trimestral	Eficiencia
Recuperación de Glosas	Determinar el valor recuperado del valor total glosado	$Fórmula \rightarrow \left(\frac{Valor.Recuperado}{Valor.Glosado} \right) \times 100\%$	>90%	Trimestral	Eficacia

Elaborado Por: Aura María Martínez Agudelo	Aprobado Por: Asistente Administrativa	COPIA CONTROLADA
---	---	-------------------------

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE CONTABILIDAD GENERAL	Código: CG – DG – 01
		Fecha de Aprobación: 16/01/06
		Versión No. 01
		Página 1 de 2

Tipo de Proceso:	Apoyo Administrativo y Financiero	Responsable dueño del proceso:	Tesorerera
Objetivo del proceso:	Asegurar la eficacia y transparencia en el manejo de los dineros y valores de la institución.		
Alcance del proceso	Este proceso incluye todas las actividades de los cargos de Tesorería y Contabilidad		

Proveedores	Entradas	Actividades del proceso	Responsables	Salidas del proceso	Clientes
Entidades Gubernamentales Procesos de Dirección Procesos de Atención al usuario Procesos de Apoyo Administrativo y Financiero: Recurso Humano, Facturación, Compras Proveedores de Insumos y servicios	<ul style="list-style-type: none"> - Registros: Facturas de compra, facturas de venta, Recibos de Caja, extractos bancarios, reporte de novedades de nómina, turnos de psiquiatras, informes financieros de periodos anteriores - Información. Leyes tributarias 	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Recolectar Información</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Tesorerera Contadora	<ul style="list-style-type: none"> - Registros información recolectada 	Entidades Gubernamentales
	<ul style="list-style-type: none"> - Registros e información recolectada 	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Revisar Información y registrar información en programa contable</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Tesorerera Contadora	<ul style="list-style-type: none"> - Registros recolectados revisados, organizados y contabilizados - Información completa, organizada y registrada - Relación nómina por pagar - Relación de pagos por realizar - Relación de cuentas por cobrar - Disponibilidad de recursos financieros establecida 	Entidades Gubernamentales Procesos de Dirección Proveedores Externos
	<ul style="list-style-type: none"> - Registros recolectados revisados organizados y contabilizados - Información completa, organizada y registrada - Relación nómina por pagar - Relación de pagos por realizar - Relación de cuentas por cobrar - Disponibilidad de recursos financieros establecida 	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Realizar informes y estados financieros</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Tesorerera Contadora Revisor Fiscal	<ul style="list-style-type: none"> - Informe diario de Caja, Informe de Bancos, - Flujo de Caja - Estado de Resultados - Balance General - Informes a entres gubernamentales 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Informe diario de Caja, Informe de Bancos, - Flujo de Caja - Estado de Resultados - Balance General - Instrucciones de Gerencia 	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Ejecución de pagos y responsabilidades financieras</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Tesorerera	<ul style="list-style-type: none"> - Registros: comprobantes de egresos, Cheques, Consignaciones, - Pago de Nómina 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Indicadores - Auditorías 	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Seguimiento y Control</div>	Gerente, Revisor Fiscal, Junta Directiva	<ul style="list-style-type: none"> - Acciones Correctivas - Acciones Preventivas 	

Ambiente de Trabajo: Condiciones físicas normales: iluminación, temperatura, ventilación y condiciones ergonómicas.		Monitoreo (seguimiento) del Proceso: Indicadores Comité de Calidad Auditorías Internas		Características de calidad del procesos – necesidades cliente – usuario: Oportunidad	
Requisitos (criterios) por cumplir: (cliente, legales, organización, ISO) Norma ISO 9001:2000 Normatividad Tributaria Plan Único de Cuentas para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas Disposiciones de la Supersalud			Recursos del proceso: Humanos: Un (1) Contador; Un (1) Tesorero; Un (1) Revisor Fiscal Físicos: espacio, muebles y equipo de oficina. Software contable. Equipo de comunicación. Equipo de oficina. Insumos y útiles de oficina		
Documentación del sistema de gestión de la calidad aplicable al proceso: Procedimientos CG – PR – 01 Procedimiento de Tesorería CG – PR – 02 Procedimiento de Contabilidad Documentos Guía CG – DG – 01 Caracterización del Proceso de Contabilidad			Documentación del sistema de gestión de la calidad de otros procesos Procedimiento GC – PR – 01 Procedimiento para el Control de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad GC – PR – 02 Procedimiento para el Control de Registros del Sistema de Gestión de Calidad GC – PR – 03 Procedimiento para el Control del Servicio No Conforme GC – PR – 04 Procedimiento de Acciones Correctivas GC – PR – 05 Procedimiento de Acciones Preventivas GC – PR – 06 Procedimiento para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario GC – PR – 07 Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad Instructivo GC – IN – 01 Instructivo para la Elaboración de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad		
MEDICIÓN DEL PROCESO (INDICADORES)					
Indicador	Objetivo	Fórmula	Meta	Frecuencia	Atributo de Calidad
Entrega Oportuna de Informes Internos	Determinar si los informes se están presentado oportunamente para la toma de decisiones	$(\text{Informes internos del mismo periodo contable entregados con un retraso mayor a cinco días} / \text{Total de Informes Internos en el mismo periodo contable entregados}) * 100$	< 5%	Trimestral	Oportunidad
Entrega Oportuna de Informes Externos	Determinar si los informes se están presentado oportunamente para la toma de decisiones	$(\text{Informes externos en el mismo periodo contable entregados a tiempo} / \text{Total de Informes Externos del mismo periodo contable entregados}) * 100$	> 95%	Trimestral	Oportunidad

Elaborado Por: Aura María Martínez Agudelo	Aprobado Por: Contadora	COPIA CONTROLADA
---	--------------------------------	-------------------------


 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE COMPRAS	Código: COM – DG – 01
		Fecha de Aprobación: 08/02/06
		Versión No. 01
		Página 1 de 2

Tipo de Proceso:	Apoyo Administrativo y Financiero	Responsable dueño del proceso:	Subgerente
Objetivo del proceso:	Asegurar la provisión oportuna de bienes y servicios requeridos en la institución.		
Alcance del proceso	Este proceso incluye desde la determinación de la necesidad hasta cuando se suplen dichos requerimientos. Incluye compras de activos fijos, insumos y servicios.		

Proveedores	Entradas	Actividades del procesos	Responsables	Salidas del proceso	Clientes
Procesos de Dirección Procesos de Atención al Usuario Procesos de Apoyo Administrativo y Financiero Proveedores	<ul style="list-style-type: none"> Información: Necesidades de los procesos Requerimientos de insumos hospitalarios, elementos de papelería activos fijos, servicios de mantenimiento, lavandería, laboratorio, recolección de residuos, ambulancia, servicios médicos asistenciales. 	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Recepción y Evaluación de Requerimientos</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Subgerente	<ul style="list-style-type: none"> Requerimientos Aprobados Especificaciones del producto o servicio. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Cotizaciones, Ofertas de servicio. Criterios de selección de del producto o servicio. Listado de Proveedores. Evaluación de Nuevo Proveedor 	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Selección de Proveedor</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Gerente Subgerente	<ul style="list-style-type: none"> Cotización aprobada Nuevo Proveedor Aprobado. Registro del Nuevo Proveedor. Selección de Proveedor. 	Procesos de Dirección
	<ul style="list-style-type: none"> Especificaciones del Producto o Servicio. Condiciones de Negociación con el Proveedor: precios, plazos de entrega, condiciones de pago. 	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Compra del Producto o Servicio</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Subgerente	<ul style="list-style-type: none"> Orden de Compra Orden de Trabajo 	Procesos de Atención al usuario
	<ul style="list-style-type: none"> Parámetros contractuales con el Proveedor. Orden de Compra. Orden de Trabajo 	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Recepción e Inspección de Productos o Servicios</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Subgerente Regente del Servicio Farmacéutico	<ul style="list-style-type: none"> Productos aceptados Productos rechazados Devoluciones 	Procesos de Apoyo Administrativo y Financiero
	<ul style="list-style-type: none"> Información del Proveedor. Registro de comportamiento del Proveedor. 	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Reevaluación de Proveedores</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Subgerente	<ul style="list-style-type: none"> Resultado de la Reevaluación del Proveedor. Compromisos de Mejora del Proveedor. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Productos o Servicios No Conformes Quejas de Clientes Internos Resultados de Seguimiento y Medición 	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Acciones de Mejora</div>	Subgerente	<ul style="list-style-type: none"> Acciones Correctivas Acciones Preventivas Planes de Mejora 	

Ambiente de Trabajo: Condiciones físicas normales: iluminación, temperatura, ventilación y condiciones ergonómicas.	Monitoreo (seguimiento) del Proceso: Indicadores Comité de Calidad Auditorías Internas	Características de calidad del procesos – necesidades cliente – usuario: Eficacia Oportunidad			
Requisitos (criterios) por cumplir: (cliente, legales, organización, ISO) Norma ISO 9001:2000 Resolución 1439 de 2.002. Sistema Único de Habilitación en Salud	Recursos del Proceso: Humanos: Un (1) Subgerente; Un (1) Gerente. Físicos: espacio, muebles y equipo de oficina. Espacio con condiciones adecuadas para el almacenamiento y preservación de insumos. Insumos y útiles de oficina				
Documentación del sistema de gestión de la calidad aplicable al proceso: Procedimientos COM – PR – 01 Procedimiento para la Compra de Materiales, Insumos y Servicios Instructivos COM – IN – 01 Instructivo para el Requerimiento de Medicamentos e Insumos Hospitalarios COM – IN – 02 Instructivo para la Recepción y Muestreo de los Medicamentos e Insumos Hospitalarios Documentos Guía COM – DG – 01 Caracterización del Proceso de Compras	Documentación del sistema de gestión de la calidad de otros procesos Procedimiento GC – PR – 01 Procedimiento para el Control de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad GC – PR – 02 Procedimiento para el Control de Registros del Sistema de Gestión de Calidad GC – PR – 03 Procedimiento para el Control del Servicio No Conforme GC – PR – 04 Procedimiento de Acciones Correctivas GC – PR – 05 Procedimiento de Acciones Preventivas GC – PR – 06 Procedimiento para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario GC – PR – 07 Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad Instructivo GC – IN – 01 Instructivo para la Elaboración de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad				
MEDICIÓN DEL PROCESO (INDICADORES)					
Indicador	Objetivo	Fórmula	Meta	Frecuencia	Atributo de Calidad
Evaluación de proveedores	Determinar el grado de satisfacción de la institución con los proveedores establecidos	$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{Puntos.Obtenidos}}{\text{Puntos.Máximos.Posibles}} \times 100\%$	> 80%	Semestral	Eficacia
Rotación de Inventarios	Evaluar la rotación del inventario de medicamentnos	$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{Valor.por.Venta.deMedicamentos}}{\text{Valor.Pr.omedio.del.Inventario}} \times 100\%$	> 50 %	Trimestral	Eficacia
Cumplimiento Interno de Suministro	Evaluar si al interior de la organización, el proceso de compras supe las solicitudes y necesidades de insumos, útiles, y de servicios, en el momento oportuno y con las características adecuadas	$\text{Fórmula} \rightarrow \text{Número.de.No.Conformidad.des}$	Menor a 5	Trimestral	Eficacia Oportunidad

Elaborado Por: Aura María Martínez Agudelo	Aprobado Por: Subgerente	COPIA CONTROLADA
---	---------------------------------	-------------------------

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE RECURSOS HUMANOS	Código: RH – DG – 01
		Fecha de Aprobación: 08/02/06
		Versión No. 01
		Página 1 de 2

Tipo de Proceso:	Apoyo Administrativo y Financiero	Responsable dueño del proceso:	Subgerente
Objetivo del proceso:	Proporcionar y administrar las condiciones y elementos necesarios para garantizar un recurso humano competente.		
Alcance del proceso	Este proceso aplica para todas las dependencias de la Clínica San Pablo S.A.		

Proveedores	Entradas	Actividades del procesos	Responsables	Salidas del proceso	Clientes	
Clientes - Usuarios Empleados Entidades Gubernamentales Universidades Procesos de Dirección Procesos de Atención al Usuario Procesos de Apoyo Administrativo y Financiero	<ul style="list-style-type: none"> Información: Necesidades de recurso humano para los diferentes procesos. Identificación de competencias y responsabilidades del cargo. Lineamientos Institucionales Perfil del Cargo 	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Definición de Perfiles</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Subgerente	<ul style="list-style-type: none"> Perfil del Cargo 		
			<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Reclutamiento del Personal</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Subgerente	<ul style="list-style-type: none"> Convocatoria interna y externa (Universidades, Bolsas de Empleo, Clasificados). 	
		<ul style="list-style-type: none"> Hoja de Vida Manual de Funciones. 	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Selección y Contratación del Personal</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Gerente Subgerente Director Científico	<ul style="list-style-type: none"> Resultados de Pruebas y Entrevistas. Candidato Seleccionado. Contrato de Trabajo. Afiliación de ARP, EPS, Pensiones, Caja de compensación. 	
		<ul style="list-style-type: none"> Personal Contratado. Cronograma de Inducción del Personal. Folleto de Bienvenida. Reglamento de Trabajo. Registro de comportamiento del Proveedor. 	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Inducción del Personal</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Subgerente Jefe de Proceso involucrado	<ul style="list-style-type: none"> Personal Capacitado. Registros de Capacitación o Formación. 	Empleados Procesos de Dirección Procesos de Atención al usuario Procesos de Apoyo Administrativo y Financiero
		<ul style="list-style-type: none"> Evaluación de Desempeño. Evaluación de Competencias. 	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Evaluación del Personal</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Subgerente Junta Directiva	<ul style="list-style-type: none"> Resultados de Evaluación de Competencias y Desempeño. Necesidades de Capacitación o Formación. 	
		<ul style="list-style-type: none"> Programa de Capacitación o Formación. 	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Capacitación y formación del Personal</div> <p style="text-align: center;">↓</p>	Subgerente	<ul style="list-style-type: none"> Personal Competente. Registro de Capacitación o Formación. 	
		<ul style="list-style-type: none"> Quejas de Clientes Resultados de Seguimiento y Medición 	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Acciones de Mejora</div>	Subgerente	<ul style="list-style-type: none"> Acciones Correctivas Acciones Preventivas Planes de Mejora 	

Ambiente de Trabajo: Condiciones físicas normales: iluminación, temperatura, ventilación y condiciones ergonómicas.	Monitoreo (seguimiento) del Proceso: Indicadores Comité de Calidad Comité Paritario de Salud Ocupacional Auditorias Internas	Características de calidad del procesos – necesidades cliente – usuario: Eficacia Satisfacción Laboral
Requisitos (criterios) por cumplir: (cliente, legales, organización, ISO) Norma ISO 9001:2000 Régimen Laboral Colombiano Decreto 321 Planes de Emergencia Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia: Decreto 614 de 1984 Establecimiento de Comité Paritario de Salud Ocupacional Resolución 2013 Organización de Comité Paritario de Salud Ocupacional	Recursos del Proceso: Humanos: Un (1) Subgerente; Un (1) Gerente; (1) Director Científico. Físicos: espacio, muebles y equipo para oficina, espacio para reuniones y capacitaciones. Insumos y útiles de oficina	
Documentación del sistema de gestión de la calidad aplicable al proceso: Procedimiento RH – PR – 01 Procedimiento de Recurso Humano. Manual RH – MA – 01 Manual de Funciones Instructivo RH – IN – 01 Diccionario de Competencias Documentos Guía RH – DG – 01 Caracterización del Proceso de Recursos Humanos	Documentación del sistema de gestión de la calidad de otros procesos Procedimiento GC – PR – 01 Procedimiento para el Control de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad GC – PR – 02 Procedimiento para el Control de Registros del Sistema de Gestión de Calidad GC – PR – 03 Procedimiento para el Control del Servicio No Conforme GC – PR – 04 Procedimiento de Acciones Correctivas GC – PR – 05 Procedimiento de Acciones Preventivas GC – PR – 06 Procedimiento para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario GC – PR – 07 Procedimiento de Auditorias Internas de Calidad Instructivo GC – IN – 01 Instructivo para la Elaboración de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad	

MEDICIÓN DEL PROCESO (INDICADORES)

Indicador	Objetivo	Fórmula	Meta	Frecuencia	Atributo de Calidad
Rotación de Personal	Determinar la tasa de retiros del personal vinculado	$\text{Fórmula} \rightarrow \frac{\text{Nuevos Trabajadores}}{\text{N}^{\circ} \text{Total de Trabajadores en N}^{\circ} \text{mín a}} \times 100\%$	< 3%	Mensual	Eficacia Satisfacción Laboral
Tasa de Ausentismo	Evaluar la tasa de ausentismo de los trabajadores de la institución	$\text{Fórmula} \rightarrow \text{Número de Horas de Ausentismo}$	< 10 horas	Trimestral	Eficacia
Competencias del Personal	Determinar si el personal vinculado cumple con las competencias y funciones requeridas	$\text{Fórmula} \rightarrow \left(\frac{\sum_i \text{Competencias Cumplidas}}{\sum_i \text{Competencias a Cumplir}} \right) \times 100\%$	> 90%	Semestral	Eficacia
Cumplimiento Horas de Capacitación	Garantizar que se cumplan los programas de capacitación establecidos	$\text{Fórmula} \rightarrow \left(\frac{\text{Horas Capacitación Realizadas}}{\text{Horas Capacitación Realizadas}} \right) \times 100\%$	> 90%	Trimestral	Eficacia

Elaborado Por: Aura María Martínez Agudelo	Aprobado Por: Subgerente	COPIA CONTROLADA
---	---------------------------------	-------------------------

 LÍNICA SAN PABLO S.A.	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE ASEO	Código: AS – DG – 01
		Fecha de Aprobación: 16/02/06
		Versión No. 01
		Página 1 de 2

Tipo de Proceso:	Apoyo Administrativo y Financiero	Responsable dueño del proceso:	Subgerente
Objetivo del proceso:	Garantizar y mantener el ambiente físico en la institución y disminuir riesgos de contaminación e infección.		
Alcance del proceso	Este proceso incluye todas las actividades de esterilización, aseo de instalaciones, manejo de desechos orgánicos y hospitalarios y el manejo de ropa sucia y contaminada y aplica para todas las dependencias de la institución		

Proveedores	Entradas	Actividades del procesos	Responsables	Salidas del proceso	Clientes
Clientes – Usuarios Procesos de Dirección Procesos de Asistencia al Usuario Procesos de Apoyo Administrativo y Financiero Entidades gubernamentales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan General de Aseo. ▪ Disposiciones legales. ▪ Políticas Ambientales. ▪ Manual de Aseo. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Información: Disposiciones legales, políticas ambientales. ▪ Manual de Aseo. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ropa hospitalaria sucia o contaminada. ▪ Manual de Aseo. ▪ Manual de Normas de Bioseguridad ▪ Orden de Servicio de Lavandería. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quejas de Clientes ▪ Resultados de Seguimiento y Medición 	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Aseo General de las Instalaciones</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Tratamiento de residuos hospitalarios</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Manejo de Ropa Sucia y Contaminada</div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Acciones de Mejora</div>	Subgerente Auxiliares de Aseo y Vigilantes Auxiliar de Aseo, Vigilantes, Auxiliar de Enfermería. Subgerente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplimiento del Plan General de Aseo <ul style="list-style-type: none"> ▪ Residuos hospitalarios clasificados, almacenados, aislados y evacuados ▪ Registro de Peso de Basura Biodegradable. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ropa hospitalaria ausente de infecciones. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acciones Correctivas ▪ Acciones Preventivas ▪ Planes de Mejora 	Clientes – Usuarios Procesos de Dirección Procesos de Asistencia al Usuario Procesos de Apoyo Administrativo y Financiero

Ambiente de Trabajo: Condiciones físicas normales: iluminación, temperatura, ventilación y condiciones ergonómicas.	Monitoreo (seguimiento) del Proceso: Indicadores Comité de Calidad Comité de Infecciones Intra hospitalarias Auditorías Internas	Características de calidad del procesos – necesidades cliente – usuario: Eficacia Seguridad Satisfacción del Usuario
---	---	--

Requisitos (criterios) por cumplir: (cliente, legales, organización, ISO) Norma ISO 9001:2000 Políticas ambientales nacionales y regionales Decreto 2676 de 2000. Resolución 1164 de 2002. Plan de Gestión de Residuos Hospitalarios	Recursos del Proceso: Humanos: Un (1) Subgerente; Tres (3) auxiliares de aseo; Un (1) Vigilante; Una (1) auxiliar de enfermería. Físicos: Espacio físico para el almacenamiento de insumos y útiles de aseo. Espacio físico y canecas para almacenamiento de residuos hospitalarios. Espacio físico, equipos e insumos para esterilización. Espacio físico para almacenamiento de ropa sucia y contaminada. Espacio almacenamiento ropa limpia Insumos y útiles de aseo.
--	--

<p>Documentación del sistema de gestión de la calidad aplicable al proceso:</p> <p>Manual AS – MA – 01 Manual de Aseo AS – MA – 02 Manual de Normas de Bioseguridad</p> <p>Procedimientos AS – PR – 01 Procedimiento para el Manejo de Ropa Sucia y Contaminada</p> <p>Documentos Guía AS – DG – 01 Caracterización del Proceso de Aseo AS – DG – 02 Plan de Gestión de Residuos Hospitalarios AS – DG – 03 Guía para el Uso del Hipoclorito de Sodio</p>	<p>Documentación del sistema de gestión de la calidad de otros procesos</p> <p>Procedimiento GC – PR – 01 Procedimiento para el Control de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad GC – PR – 02 Procedimiento para el Control de Registros del Sistema de Gestión de Calidad GC – PR – 03 Procedimiento para el Control del Servicio No Conforme GC – PR – 04 Procedimiento de Acciones Correctivas GC – PR – 05 Procedimiento de Acciones Preventivas GC – PR – 06 Procedimiento para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario GC – PR – 07 Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad</p> <p>Instructivo GC – IN – 01 Instructivo para la Elaboración de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad</p>
---	--

MEDICIÓN DEL PROCESO (INDICADORES)

Indicador	Objetivo	Fórmula	Meta	Frecuencia	Atributo de Calidad
Satisfacción del Usuario	Mejorar la satisfacción del usuario interno y externo	$Fórmula \rightarrow \frac{\sum_i \left(\frac{Puntos.Obtendidos}{Puntos.Máximos.Posibles} \times 100\% \right)}{Total.EncuestasAplicadas}$	90 – 100 %	Trimestral	Eficacia
% de Cumplimiento Lista de Verificación	Evaluar criterios de aseo, limpieza, desinfección, esterilización y satisfacción de clientes internos y externos	$Fórmula \rightarrow \frac{\sum_i \left(\frac{Puntos.Obtendidos}{Puntos.Máximos.Posibles} \times 100\% \right)}{Total.Listas.de.Chequeo.Aplicadas}$	90 – 100 %	Trimestral	Eficacia Seguridad

Elaborado Por: Aura María Martínez Agudelo	Aprobado Por: Subgerente	COPIA CONTROLADA
---	---------------------------------	-------------------------

ANEXO B:
MANUAL DE CALIDAD

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 1 de 30

CONTENIDO

PRESENTACIÓN

OBJETO Y ALCANCE DEL MANUAL

4. PRESENTACIÓN DE LA EMPRESA

- 1.1. GENERALIDADES
- 1.2. SERVICIOS
- 1.3. ORGANIZACIÓN
- 1.4. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

5. CONTROL DEL MANUAL

- 2.1. REVISIÓN Y APROBACIÓN
- 2.2. DISTRIBUCIÓN Y CONTROL DE COPIAS
- 2.3. CONTROL DE CAMBIOS

3. GENERALIDADES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LA CLÍNICA SAN PABLO S.A.

- 3.1. OBJETO Y ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
- 3.2. ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

- 4.1. REQUISITOS GENERALES
- 4.2. REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN
 - 4.2.1. Generalidades
 - 4.2.2. Manual de Calidad
 - 4.2.3. Control de los Documentos
 - 4.2.4. Control de los Registros

5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

- 5.1. COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN
- 5.2. ENFOQUE AL CLIENTE
- 5.3. POLÍTICA DE CALIDAD
- 5.4. PLANIFICACIÓN
 - 5.4.1. Objetivos de Calidad
 - 5.4.2. Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad
- 5.5. RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN
 - 5.5.1. Responsabilidad y Autoridad
 - 5.5.2. Representante de la Dirección

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 2 de 30

5.5.3. Comunicación Interna

5.6. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

5.6.1. Generalidades

5.6.2. Información para la Revisión

5.6.3. Resultados de la Revisión

6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS

6.1. PROVISIÓN DE LOS RECURSOS

6.2. RECURSOS HUMANOS

6.2.1. Generalidades

6.2.2. Competencia, Toma de Conciencia y Formación

6.3. INFRAESTRUCTURA

6.4. AMBIENTE DE TRABAJO

7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO/SERVICIO

7.1. PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO/SERVICIO

7.2. PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE

7.2.1. Determinación de los Requisitos Relacionados con el Servicio

7.2.2. Revisión de los Requisitos Relacionados con el Servicio

7.2.3. Comunicación con el Cliente

7.3. DISEÑO Y DESARROLLO

7.4. COMPRAS

7.4.1. Proceso de Compras

7.4.2. Información de las Compras

7.4.3. Verificación de los productos comprados

7.5. PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO

7.5.1. Control de la Producción y de la Prestación del Servicio

7.5.2. Validación de los Procesos de la Producción y de la Prestación del Servicio

7.5.3. Identificación y Trazabilidad

7.5.4. Propiedad del Cliente

7.5.5. Preservación del Producto

7.6. CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y CONTROL

8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

8.1. GENERALIDADES

8.2. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

8.2.1. Satisfacción Del Cliente

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 3 de 30

- 8.2.2. Auditorías Internas
- 8.2.3. Seguimiento y Medición de los Procesos
- 8.2.4. Seguimiento y Medición del Servicio
- 8.3. CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME**
- 8.4. ANÁLISIS DE DATOS**
- 8.5. MEJORA**
 - 8.5.1. Mejora Continua
 - 8.5.2. Acción Correctiva
 - 8.5.3. Acción Preventiva

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 4 de 30

PRESENTACIÓN

Frente a los actuales retos que afrontan las empresas, es necesario aplicar herramientas que garanticen una gestión que permita ofrecer servicios de alta calidad con los cuales se obtenga la satisfacción de los clientes y usuarios y colabore en la consecución de los objetivos empresariales.

Con esta necesidad identificada, la Clínica San Pablo S.A. decidió implementar un Sistema de Gestión de Calidad con el fin de dar cumplimiento a los requisitos del cliente y de todas las partes interesadas, que en el caso de instituciones de salud son altamente exigentes, logrando con ello brindar confianza y satisfacción de sus usuarios, basado en una gestión enmarcada en el mejoramiento de los procesos y de la prevención de fallas y riesgos.

En el siguiente manual se describe la estructura del Sistema De Gestión de Calidad diseñado e implementado en la Clínica San Pablo S.A.

El manual se ha elaborado para describir el Sistema de Gestión de Calidad diseñado e implementado en la Clínica San Pablo S.A., el cual está basado en la Norma ISO 9001 versión 2000. De acuerdo con lo anterior, el manual describe la forma en que se da cumplimiento a cada uno de los requisitos establecidos por la norma y que permiten gestionar la calidad, para brindar servicios que satisfagan a sus clientes y demás partes interesadas.

El manual de calidad describe el Sistema de Gestión de la Calidad de la Clínica San Pablo y de cómo da cumplimiento a cada uno de los requisitos establecidos por la Norma ISO 9001 versión 2000.

Así mismo se ha contemplado toda la reglamentación establecida para instituciones de salud en Colombia que, debido a la importancia que representa para la sociedad son muy exigentes y específicas.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 5 de 30

1. PRESENTACIÓN DE LA EMPRESA

1.1. GENERALIDADES

➤ Razón Social

Clínica San Pablo S.A.

NIT: 890.211.722 – 4

➤ Sector al que Pertenece

Salud. Clínica Privada de Nivel de Complejidad II, Especializada en Psiquiatría.

➤ Tipo de Productos que Ofrece:

La Clínica San Pablo S.A. es una empresa dedicada a la prestación de servicios de atención en salud a personas con trastornos mentales. Los servicios que presta son:

- Consulta Externa de Psiquiatría y Psicología
- Urgencias Psiquiátricas las 24 horas del día
- Estancia Hospitalaria para usuarios con trastornos mentales, en la cual se brinda atención por psicología y terapia ocupacional.
- Programa de Adicciones
- Clínica Ambulatoria

➤ Localización

La Clínica San Pablo S.A. cuenta con una única sede, en la ciudad de Bucaramanga, Santander, Colombia, en la Dirección: Cra. 38 # 48 – 76.

➤ Trabajadores

La institución cuenta con 37 trabajadores en nómina, distribuidos de la siguiente manera:

27 Trabajadores en Áreas Asistenciales.

10 Trabajadores en el Área Administrativa

➤ Equipos

Debido a la especialidad de la atención ofrecida, la institución no cuenta con equipos médicos de alta tecnología.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 6 de 30

➤ **Instalaciones**

La Clínica San Pablo S.A. cuenta con solo una sede, la cual cuenta con área de atención por urgencias y consulta externa, capacidad para 31 pacientes en estancia hospitalaria y para 6 pacientes en Programa de Adicciones. Cuenta además con área de recreación y de Terapia Ocupacional.

➤ **Mercado:** La Clínica San Pablo S.A. es una institución de carácter privado, cuyos servicios están dirigidos a usuarios con trastornos mentales, de cualquier sexo y edad, incluyendo niños a partir de la edad de 6 años, particulares o afiliados a E.P.S., A.R.P. o Medicinas Prepagadas que tienen convenio de prestación de servicio con la institución, así como usuarios de otras instituciones tales como: Bavaria, Banco de la República, Ejército, Ecopetrol y Electrificadora de Santander. La Clínica San Pablo S.A. cuenta con una alta participación de un mercado en el cual solo existen dos competidores a nivel departamental.

➤ **Programa o Actividades Destacadas:** La Clínica San Pablo S.A., cuenta con otros programas:

- Grupos de Apoyo: Los Grupos de Apoyo son reuniones dirigidas a personas con alguno de los siguientes trastornos: Depresión, TAB (Trastorno Bipolar) y Adicciones. Estos grupos tiene por objeto ofrecer información sobre características de la enfermedad, su tratamiento, entre otros, cuyo objetivo es el de brindar a las personas herramientas con las cuales poder enfrentar y manejar adecuadamente la enfermedad de modo que mantenga su calidad de vida. Los Grupos de Apoyo funcionan bajo el concepto sobre el cual funcionan las reuniones de alcohólicos anónimos y es vista como una psicoterapia grupal.
- Conferencias: La institución cuenta con un convenio con Comfenalco, para la realización de conferencias, en las cuales se tratan temas de actualidad enfocados bajo la perspectiva de la psicología y psiquiatría.

➤ **Certificaciones**

La Clínica San Pablo S.A. está habilitada según la resolución 1439, que dispone los requisitos mínimos para la prestación de servicios de salud.

1.2. SERVICIOS

La Clínica San Pablo S.A. ofrece los siguientes servicios:

➤ **Consulta Externa:** Se ofrece el servicio de consulta externa de psiquiatría y psicología, con profesionales adscritos a la institución con un alto nivel profesional.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 7 de 30

- **Urgencias:** Atención de Urgencias Psiquiátricas las 24 horas del día.

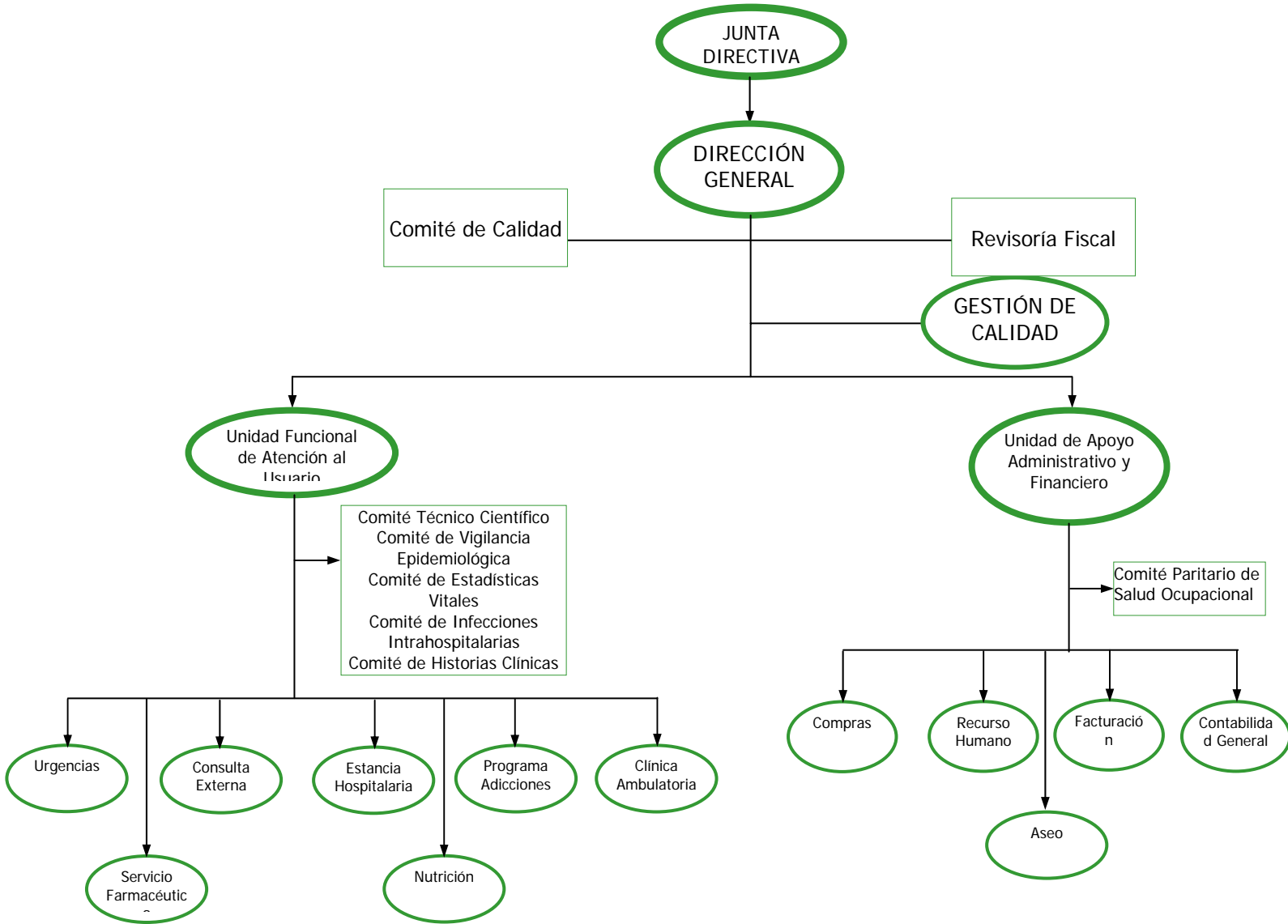
- **Estancia Hospitalaria:** Hospitalización para el manejo de la etapa aguda de la enfermedad. La estancia hospitalaria cuenta con atención de médico general, médico especialista, psicología y terapia ocupacional, ofreciendo así una atención integral. Durante la estancia hospitalaria se ofrece el servicio de pruebas de laboratorio y de interconsultas con otros especialistas.

- **Programa de Adicciones:** Programa bandera de la institución, dirigido a personas con adicciones a las drogas y al alcohol principalmente. Programa diseñado para una hospitalización de tres meses de duración.

- **Clínica Ambulatoria:** Programa mediante el cual el usuario permanece en la institución durante todo el día, participando de las actividades de terapia ocupacional y asistido por psicología. Este programa conocido también como “Hospital Día”, tiene por objeto, lograr una mayor adherencia al tratamiento por parte del usuario para que pueda manejar de una manera más adecuada su enfermedad en su entorno familiar, social y laboral.

1.3. ORGANIZACIÓN

La organización de la Clínica San Pablo S.A. se describe en el organigrama de la institución, el cual se muestra a continuación:



1.4. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO CLÍNICA SAN PABLO S.A.

➤ MISIÓN

Somos una institución de salud mental de carácter privado, de segundo nivel de complejidad, que brinda una atención integral basada en procesos y métodos científicos y en un excelente equipo humano, para el tratamiento de usuarios en estado agudo o crónico, buscando mejorar su calidad de vida y la de sus familiares.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 9 de 30

Ofrecemos un servicio de alta calidad, enfocado a la satisfacción de nuestros clientes y usuarios, a la obtención de la rentabilidad esperada por nuestros accionistas y a brindar estabilidad y satisfacción a nuestros trabajadores.

➤ **VISIÓN**

La Clínica San Pablo S.A. se proyecta en el 2010 como la institución líder en salud mental, reconocida a nivel nacional por sus altos estándares de calidad y como una empresa promotora del bienestar de la población.

➤ **VALORES**

Respeto Por la vida, la dignidad humana y el medio ambiente.

Ética En la aplicación de las prácticas médicas y en el comportamiento personal.

Honestidad En la administración de los recursos y en nuestro comportamiento personal e Institucional

Trabajo en Equipo Y Comunicación Para lograr un alto desempeño organizacional y garantizar mejores resultados

Calidad En La Atención Y En El Servicio Para satisfacer las necesidades en salud de nuestros usuarios con personal médico científico y administración altamente calificada.

Compromiso Personal con la Institución en el cumplimiento oportuno de los deberes adquiridos con nuestros usuarios, socios, proveedores, colaboradores y la sociedad.

Rentabilidad Social Y Sostenibilidad Financiera

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 10 de 30

2. CONTROL DEL MANUAL

2.1. REVISIÓN Y APROBACIÓN

La responsabilidad de la revisión del Manual de Gestión de la Calidad es del Gerente de la institución, quien debe verificar que exista consistencia y coherencia entre lo descrito en el documento y la realidad, la aprobación del manual la realiza la Gerente en reunión de Comité de Calidad.

2.2. DISTRIBUCIÓN Y CONTROL DE COPIAS

En cuanto a las disposiciones para el control de copias y distribución del manual se han establecido las siguientes:

- El Representante de Calidad es la única persona autorizada para generar copias del Manual de Calidad.
- Solo existirá una copia controlada del Manual de Calidad, la cual se encontrará en el archivo designado para Calidad.
- No está permitido entregar copias no controladas del manual
- El Manual de Calidad se dará a conocer a todo el personal mediante reunión informativa a través de la cual se socialice su contenido.
- El Manual de Calidad debe conservarse en el fólder respectivo y en protectores de transparencias. Los Jefes de los procesos que hacen parte del Sistema de Gestión de la Calidad serán las únicas personas que podrán consultar el manual, así como la Alta Dirección de la Institución. El Manual de Calidad solo podrá ser consultado dentro de la Institución y no se permite su salida de la misma.

2.3. CONTROL DE CAMBIOS

El Representante de Calidad es la persona encargada de mantener actualizado el Manual de Calidad, realizando las respectivas modificaciones al mismo.

Para identificar las modificaciones realizadas, la versión del documento cambiará y se deberá registrar en el ítem "Historial de Cambios", las secciones que han sido actualizadas o modificadas, así como una pequeña descripción del cambio efectuado. Dentro de estos cambios se incluye la elaboración de nuevas secciones.

Una vez actualizado y aprobado el Manual, los cambios se darán a conocer en reunión de Comité de Calidad.

Cuando el nuevo Manual se apruebe, el Representante de Calidad recogerá el anterior y lo destruirá, de ser necesaria la conservación del manual con la versión anterior, éste se identificará con el sello de "obsoleto", y se llevará al Archivo Central. La versión actualizada se ubicará en el puesto de uso.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 11 de 30

3. GENERALIDADES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA CLÍNICA SAN PABLO S.A.

3.1. OBJETO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

El Objeto del Sistema de Gestión de la Calidad de la Clínica San Pablo, es lograr ofrecer servicios que brinden confianza a sus clientes, usuarios y demás partes interesadas, en el cumplimiento de sus requisitos y necesidades, aspirando lograr la satisfacción de los mismos, a partir de una gestión enfocada hacia la mejora continua y a la prevención de fallas y errores.

3.2. ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

El Sistema de Gestión de la Calidad de la Clínica San Pablo S.A. comprende los procesos asistenciales de:

CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS, ESTANCIA HOSPITALARIA, PROGRAMA DE ADICCIONES Y CLÍNICA AMBULATORIA.

Se realizan las siguientes exclusiones del Sistema de Gestión de la Calidad:

- Requisitos del numeral 7.3 “Diseño y Desarrollo” de la norma ISO 9001: 200, ya que los requisitos de los servicios que se prestan en la institución, están definidos en el “Plan Obligatorio de Salud” según resolución 5261 de 1.994.
- Requisito 7.5.2. “Validación de los Procesos de Producción y Prestación de Servicios”, ya que en los procesos incluidos en el Sistema de Gestión de la Calidad, el producto principal resultante, pueden verificarse mediante actividades de seguimiento y medición posteriores, tales como valoraciones médicas diarias, exámenes de diagnóstico, consultas de control, etc.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 12 de 30

4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

4.1. REQUISITOS GENERALES

La Clínica San Pablo S.A. ha identificado plenamente los procesos necesarios en el Sistema de Gestión de Calidad, así como su secuencia e interacción, los cuales se muestran en el Anexo 1: "Mapa de Procesos del Sistema de Gestión de Calidad de la Clínica San Pablo S.A."

Además cuenta con criterios y métodos para mantener bajo control dichos procesos, asegurando la disponibilidad de recursos e información necesaria, y los métodos e instrumentos para la medición y el análisis de los mismos, y la aplicación de acciones de mejora, correctivas o preventivas, que aseguran la eficacia de los procesos, traducida en la consecución de los objetivos establecidos.

Todo lo anterior se resume en las caracterizaciones elaboradas para cada uno de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad de la Clínica San Pablo S.A. y que se muestran en el Anexo 2: "Caracterizaciones de Procesos del Sistema de Gestión de Calidad".

Las caracterizaciones se elaboraron de acuerdo con los parámetros del documento GC – IN – 01 "Instructivo para la Elaboración de los Documentos del Sistema de Gestión de la Calidad".

Los procesos subcontratados, tales como exámenes de diagnóstico, mantenimiento, transporte de pacientes, manejo de residuos, entre otros, que afectan la satisfacción del cliente, se incluyen dentro del Proceso de Compras, y son controlados permanentemente. Ver Numeral 7.4.1.

4.2. REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN

4.2.1. Generalidades

La Clínica San Pablo S.A., ha declarado y documentado la Política y los Objetivos de Calidad, el Manual de Calidad y los Procesos.

Así mismo, ha elaborado los documentos exigidos por la norma ISO 9001:2000 y los documentos necesarios para la planificación, operación y control de los procesos, tales como manuales, procedimientos, protocolos médicos y de enfermería, guías de atención, instructivos y documentos guía.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 13 de 30

4.2.2. Manual de Calidad

El Manual de Calidad ha sido elaborado para describir la estructura del Sistema de Gestión de Calidad, así como su objeto, alcance y control.

4.2.3. Control de los Documentos

La Clínica San Pablo S.A. ha establecido en el documento GC – PR – 01 “Procedimiento para el Control de Documentos del Sistema de Gestión de la Calidad”, los parámetros para el control de los documentos de origen interno y externo.

En el procedimiento se dan las pautas para la aprobación de los documentos en cuanto a su adecuación, antes de su emisión, así como para su revisión y actualización, la identificación de cambios y su estado de revisión actual, la disponibilidad en los puntos de uso, su legibilidad, su identificación, el control de su distribución y la prevención del uso no intencionado de documentos obsoletos, así como la identificación de los documentos externos.

4.2.4. Control de los Registros

Los registros como medios para proporcionar evidencia de resultados obtenidos, revisiones realizadas o acciones tomadas, representan un valioso elemento dentro del sistema de gestión de la calidad, la Clínica San Pablo S.A., en el documento GC – PR – 02 “Procedimiento para el Control de Registros del Sistema de Gestión de Calidad”, establece los requisitos para la identificación, almacenamiento, protección recuperación, tiempo de retención y la disponibilidad de los registros.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 14 de 30

5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

5.1. COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN

Los compromisos asumidos por la Alta Dirección de la Clínica San Pablo con respecto a la dinámica y operación del Sistema de Gestión de Calidad son:

- Declara la Política de la Calidad, entendida como el compromiso que adquiere la empresa, de ofrecer servicios que satisfagan a los clientes usuarios y a mejorar continuamente para alcanzar los objetivos propuestos. La Dirección, junto con representantes de toda la organización y junto con el representante de calidad, serán los encargados de establecer la política, para lograr la participación de toda la organización.
- Establece los Objetivos de Calidad: Los objetivos se derivan de la Política de Calidad, y a través de ellos se puede medir el cumplimiento de la misma. Los objetivos de la calidad deben ser claros, medibles y alcanzables.
- Revisa el Sistema de Gestión de Calidad: La Dirección, es la encargada de realizar periódicamente la revisión del Sistema de Gestión de Calidad, como un medio de verificación de la eficacia del mismo en el cumplimiento de los objetivos y metas trazadas. Ver Numeral 5.6.
- Asegura la Disponibilidad de Recursos: La Dirección de la institución, brinda los recursos necesarios para el mantenimiento y mejoramiento del Sistema de Gestión de Calidad, con los procesos que lo componen.
- La alta dirección asegura que la organización actúe y trabaje con base en la política de la calidad, así como en el cumplimiento de los objetivos y metas propuestas, en la satisfacción del usuario y en el mejoramiento continuo.

5.2. ENFOQUE AL CLIENTE

La satisfacción de clientes y usuarios solo se logra si la empresa logra identificar adecuadamente sus requisitos y necesidades y brinda servicios que cumplan con los mismos. Es por esto que la dirección se ha comprometido a asegurar que los requisitos de todas las partes interesadas sean conocidos y entendidos, y con ello, se determinen las acciones encaminadas a dar cumplimiento a los mismos y lograr la satisfacción de los usuarios.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 15 de 30

5.3. POLÍTICA DE CALIDAD

La Política de Calidad de la Clínica San Pablo S.A. es:

“El compromiso de la Clínica San Pablo S.A. es lograr la satisfacción de sus clientes y usuarios a través de un sistema de gestión de calidad en continuo mejoramiento de sus procesos y en el fortalecimiento de las competencias del recurso humano, brindando así, una atención en salud enmarcada en los parámetros de seguridad, oportunidad y eficacia”.

La Política de Calidad es comunicada a través de reuniones del Comité de Calidad, y de reuniones de capacitación, a través de las cuales se busca que no sea aprendida, sino que se entienda y se comprenda.

5.4. PLANIFICACIÓN

5.4.1. Objetivos de Calidad

Los objetivos de calidad definidos en la Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad así como sus metas, se enumeran a continuación:

Los objetivos han sido establecidos para el periodo comprendido entre Agosto de 2005 y Agosto de 2006

- ◆ Brindar al usuario una atención oportuna de acuerdo a sus necesidades y expectativas.

Promedio Tiempo de Atención en Urgencias	Meta < 30 minutos
Usuarios Atendidos con un Retardo mayor a 20 minutos en Consulta Externa	Meta < 10%
Citas Asignadas después de 8 días después de Solicitadas en Consulta Externa	Meta < 10%
Promedio Tiempo de Entrega de Medicamentos de Uso Intrahospitalario	Meta < 2 horas

- ◆ Mejorar el nivel de satisfacción de clientes y usuarios.

Índice de Satisfacción de Clientes Institucionales	Meta: Entre el 90 - 100%
Índice de Satisfacción del Usuario	Meta: Entre el 90 - 100%
	Quejas: Meta < 10
Índice de Satisfacción de Usuarios de Urgencias	Meta: Entre el 90 - 100%
Índice de Satisfacción de Usuarios de Consulta Externa	Meta: Entre el 90 - 100%
Índice de Satisfacción de Usuarios de Estancia Hospitalaria	Meta: Entre el 90 - 100%
Índice de Satisfacción de Usuarios del Programa de Adicciones	Meta: Entre el 90 - 100%
Índice de Satisfacción de Usuarios de Clínica Ambulatoria	Meta: Entre el 90 - 100%
Índice de Satisfacción de Usuarios con Nutrición	Meta: Entre el 90 - 100%
Índice de Satisfacción de Usuarios con Aseo	Meta: Entre el 90 - 100%

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 16 de 30

◆ Brindar una atención segura a los usuarios	
Índice de Eventos Adversos en Urgencias	Meta < 10%
% Cumplimiento de Historias Clínicas de Urgencias	Meta: Entre el 90 - 100 %
% Cumplimiento de Historias Clínicas de Consulta Externa	Meta: Entre el 90 - 100 %
Tasa de Eventos Adversos de Estancia Hospitalaria	Meta < 10%
% Cumplimiento de Historias Clínicas de Estancia Hospitalaria	Meta: Entre el 90 - 100 %
Tasa de Infecciones de Estancia Hospitalaria	Meta < 5%
Tasa Días Riesgo de Infección de Estancia Hospitalaria	Meta < 1%
Reingresos de Estancia Hospitalaria	Meta < 5%
Promedio Días de Estancia Hospitalaria	Meta < 10 días
Reingresos en el Programa de Adicciones	Meta < 5%
Tasa Días Riesgo de Infección en el Programa de Adicciones	Meta < 1%
Promedio Días de estancia en el Programa de Adicciones	Meta: Entre 60 – 90 días
Tasa de Eventos Adversos de Estancia Hospitalaria	Meta < 10%
% Cumplimiento de Historias Clínicas de Programa de Adicciones	Meta: Entre el 90 - 100 %
Recaídas en Clínica Ambulatoria	Meta < 5%
Tasa de Eventos Adversos de Clínica Ambulatoria	Meta < 10%
% de Cumplimiento de Historias Clínicas de Clínica Ambulatoria	Meta: Entre el 90 – 100 %
◆ Mejorar las competencias de los trabajadores	
% de Competencias cumplidas	Meta >90%
◆ Lograr un sistema de gestión de calidad preventivo	
% de Acciones Preventivas Implementadas	Meta > 50%
% de Acciones Correctivas Reincidentes	Meta < 5%

5.4.2. Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad

La planificación del Sistema de Gestión de la Calidad, se realiza tomando en cuenta las estrategias de la organización sus objetivos, las necesidades y expectativas de clientes y usuarios, la evaluación de los requisitos reglamentarios y legales y de las evaluaciones sobre el desempeño de la organización, procesos y servicios ofrecidos.

Con base en esta información se determina la política y objetivos de calidad, así como los procesos, recursos, documentación, información, así como métodos y herramientas de medición.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 17 de 30

5.5. RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN

5.5.1. Responsabilidad y Autoridad

La organización de la Clínica San Pablo está representada en el Organigrama, en el cual se pueden evidenciar relaciones y jerarquías establecidas. Así mismo las responsabilidades de cada uno de los cargos están definidas en el documento RH – MA – 01 “Manual de Funciones”.

Las responsabilidades son dadas a conocer al personal mediante reuniones y en el caso de personal nuevo, le son entregadas en el momento en que ingresa.

5.5.2. Representante de la Dirección

La dirección de la Clínica San Pablo ha designado a un Representante de Calidad, el cual tiene las siguientes responsabilidades:

- ▶ Asegurar que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad de la Clínica San Pablo S.A.
- ▶ Informar a la alta dirección sobre el desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad y de cualquier necesidad de mejora.
- ▶ Asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la organización
- ▶ Mantener y controlar la documentación del sistema de Gestión de la Calidad.
- ▶ Administrar las acciones preventivas y correctivas a implementarse en la organización.
- ▶ Promover la comunicación con los clientes de la institución y demás partes interesadas de la misma, en temas relacionados con el sistema de Gestión de la Calidad
- ▶ Administrar los indicadores de calidad establecidos para el control del Sistema de Gestión de la Calidad.
- ▶ Velar por el mantenimiento del Sistema Único de Habilitación.
- ▶ Planificar y ejecutar el programa de auditorías y elaborar informes de las mismas.
- ▶ Desarrollar programas de capacitación y sensibilización en la organización, orientadas al mejoramiento de la calidad
- ▶ Promover una cultura de calidad y mejoramiento continuo al interior de la Clínica San Pablo.

5.5.3. Comunicación Interna

En el documento PS – PR – 01 “Procedimiento para el Manejo de las Comunicaciones Internas”, se describen los diferentes medios utilizados para el manejo de las comunicaciones al interior de la organización.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 18 de 30

Las comunicaciones internas tienen como objeto garantizar que la información que se maneje, mantenga su veracidad y llegue en forma oportuna a las partes interesada. De acuerdo con lo anterior y considerando la naturaleza de la información así como el alcance de su divulgación, los responsables de la comunicación utilizarán los medios disponibles tales como reuniones, memorandos o carteleras respectivamente.

5.6. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

5.6.1. Generalidades

La revisión por la dirección del Sistema de Gestión de la Calidad, se realiza para asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia del Sistema. En el documento PS – PR – 02 “Procedimiento para la Revisión del Sistema de Gestión de la Calidad”, se dan las pautas para su realización. La revisión por la dirección es realizada cada 6 meses por el Gerente de la institución en compañía del Representante de Calidad.

5.6.2. Información para la Revisión

Para efectuar la revisión del Sistema de Gestión de la Calidad, la Dirección toma la información suministrada por:

- Resultados de Auditorías Internas
- Evaluación del desempeño de los procesos (indicadores) y la conformidad del servicio
- Estado de acciones correctivas y preventivas
- Evaluación de la satisfacción del usuario

5.6.3. Resultados de la Revisión

Las salidas de la revisión se constituyen en decisiones y acciones para el futuro del Sistema de Gestión de Calidad, en relación con su mejora o con la corrección o prevención para asegurar su eficacia y adecuación.

El registro “Informe de Revisión por la Dirección” PS – R – 03, debe darse a conocer en reunión de Comité de Calidad, y a cada uno de los Jefes de Procesos deberá darse una descripción detallada de los hallazgos que correspondan a sus respectivos procesos. La administración de las acciones correctivas, preventivas y de mejora que resulten de dicha revisión, estará bajo la responsabilidad del Representante de Calidad, quien deberá informar a la dirección el estado de dichas acciones, en el momento en que se lo solicite.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 19 de 30

6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS

6.1. PROVISIÓN DE LOS RECURSOS

La provisión de recursos es asegurado por la Dirección de la Clínica San Pablo S.A., quien evalúa las necesidades de recursos para mantener y mejorar el Sistema de Gestión de Calidad, así como para dar cumplimiento a los requisitos del cliente.

La Dirección provee los recursos, de acuerdo con las necesidades establecidas y con las facilidades o posibilidades que tenga para suplirlas. Su gestión se enfocarse en la consecución de todos los recursos necesarios, pero si surgiera alguna limitación para suministrarlos, deberá encontrarse una solución que afecte en menor grado el funcionamiento del sistema de gestión de calidad. La provisión de recursos se evidencia en el “Presupuesto para el Sistema de Gestión de Calidad” PS – DG – 07.

6.2. RECURSOS HUMANOS

6.2.1. Generalidades

El recurso humano es uno de los factores más relevantes en la obtención de servicios que garanticen el cumplimiento de los requisitos establecidos por los clientes, usuario y demás partes interesadas, así como en la obtención de su satisfacción, es por esto, que debe garantizarse contar con un recurso humano competente para la realización de las labores asignadas.

La competencia está representada por los conocimientos o formación técnica necesaria para desempeñar la labor, así como por unas habilidades personales.

6.2.2. Competencia, Toma de Conciencia y Formación

El proceso de recurso humano debe garantizar el personal idóneo para la ejecución de las tareas, para ello, ha definido en el documento RH – PR – 01 “Procedimiento de Recurso Humano”, la selección, contratación, vinculación, evaluación y capacitación del recurso humano.

Así mismo cuenta con el documento RH – MA – 01 “Manual de Funciones”, en el cual se establecen las funciones y las responsabilidades de cada uno de los cargos así como los requerimientos de educación, conocimientos, experiencia y competencias con los niveles requeridos, que deben cumplir las personas que ocupen un cargo específico.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 20 de 30

Las competencias a su vez, están definidas en el instructivo RH – IN – 02 “Diccionario de Competencias”, en el cual se describen cada una de las competencias institucionales, así como las específicas para cada cargo de la empresa.

El personal médico y los psicólogos adscritos, se manejan como proveedores de servicios, por lo cual su selección y evaluación se gestiona a través del proceso de compras.

Para evaluar el recurso humano, se aplican cuatro veces al año la “Evaluación de Desempeño” RH – R – 03 y la “Evaluación de Competencias” RH – R – 04. De los resultados obtenidos, se desarrolla el “Programa para el Desarrollo de Competencias del Personal” RH – R – 05, a partir de lo cual se garantiza un recurso calificado para el desarrollo de las actividades.

6.3. INFRAESTRUCTURA

La Clínica San Pablo S.A. cuenta con la infraestructura necesaria para la prestación de los servicios ofrecidos en cumplimiento con los requisitos establecidos en el Manual de Estándares de Condiciones Tecnológicas Y Científicas del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud, según resolución 1439/02.

Así mismo, la Clínica, a través de la Subgerencia asegura el mantenimiento de equipos médicos y de oficina según el “Programa para Mantenimiento de Equipos” COM – R – 19.

Por otro lado, en el momento en que el mantenimiento sea requerido por el personal que detecta la necesidad, ésta se gestionará ante la subgerencia realizando la solicitud a través del COM – R – 17 “Requerimiento de Servicios”.

6.4. AMBIENTE DE TRABAJO

Cada jefe de proceso es el encargado de determinar las condiciones del ambiente de trabajo y las herramientas más óptimas y necesarias para la prestación de los servicios de acuerdo con lo requerido; la Gerencia es la encargada de gestionarlas para su consecución.

Así mismo, la institución cuenta con el COPASO, Comité Paritario de Salud Ocupacional, conformado según lo estipulado por la reglamentación vigente, quien se encarga de vigilar el ambiente laboral, para identificar riesgos y establecer normas de protección para los trabajadores.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 21 de 30

7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO/SERVICIO

7.1. PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO/SERVICIO

En la Clínica San Pablo se han definido los procesos necesarios para la prestación de los servicios ofrecidos, en cumplimiento con las disposiciones reglamentarias, y con los requisitos establecidos por el cliente y por la institución.

Para la planificación, se identificaron claramente los procesos necesarios para la prestación del servicio así como la interacción entre los mismos.

Para cada uno de los procesos, se definieron las entradas, salidas, clientes, proveedores y actividades involucradas, así como la documentación necesaria, la cual fue elaborada para dar soporte a las actividades críticas y asegurar la ejecución eficaz de actividades, y las herramientas de control y monitoreo para el proceso con el fin de identificar variables que afecten el desempeño de los procesos y de este modo actuar sobre las mismas.

7.2. PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE

7.2.1. Determinación de los Requisitos Relacionados con el Servicio

7.2.2. Revisión de los Requisitos Relacionados con el Servicio

Los requisitos del servicio se definen a partir de la normatividad legal vigente, la cual es de estricto cumplimiento, y a partir de la relación contractual que se mantiene con los clientes, de la cual su responsable es la Gerente.

Los convenios para la prestación de servicios son establecidos por la Gerente y el cliente, los cuales son presentados ante la Junta Directiva de la Clínica San Pablo para su aprobación, una vez el convenio es aprobado, la Gerente es la encargada de revisar las condiciones pactadas y firmar el contrato respectivo, lo anterior se describe en el documento CON – PR – 01 “Procedimiento para la Suscripción, Renovación y Terminación de Contratos”.

En el caso en que se modificaran las condiciones del contrato, esto solo podrá ser realizado por la Gerente, quien establecerá con el cliente las nuevas condiciones asegurando que la institución pueda cumplir con los nuevos requisitos que se establezcan.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 22 de 30

7.2.3. Comunicación con el Cliente

La comunicación con el cliente se establece a través de Gerencia, la Subgerencia, la Asistente Administrativa, la Coordinadora de Servicios, y del personal asistencial representado en médicos, jefes de enfermería, auxiliares de enfermería y vigilantes.

La comunicación con el cliente se realiza por medio escrito, telefónico o verbal, así como a través de las quejas y sugerencias, las cuales se manejan según lo descrito en el procedimiento GC – PR – 06 “Procedimiento para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario”.

Así mismo, los clientes institucionales manejan comunicación vía e-mail con la institución, cuyo manejo se describe en el documento PS – PR – 02 “Manejo de las Comunicaciones Externas”.

Semanalmente, se realiza una conversatorio con los usuarios hospitalizados, del programa de adicciones y de clínica ambulatorio, para conocer sus sugerencias, inquietudes o quejas, de lo cual queda un registro en el formato HOS – R – 08.

7.3. DISEÑO Y DESARROLLO

La organización ha excluido del Sistema de Gestión de la Calidad el numeral Diseño y Desarrollo debido a que solo se prestan los servicios definidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Res.5261 de 1994.

7.4. COMPRAS

7.4.1. Proceso de Compras

La Clínica San Pablo realiza compras de medicamentos, insumos hospitalarios, insumos de oficina, alimentos e insumos de aseo. Así mismo, se subcontratan los servicios de lavandería, gestión de residuos peligrosos, laboratorios clínicos y ambulancia, y las valoraciones médicas de médicos de otras especialidades, con quienes se establecen convenios para la prestación de los servicios. El mantenimiento de equipos médicos, de oficina y de la planta física, se subcontrata de acuerdo a las necesidades y programación definida.

Las compras son gestionadas a través de la Subgerencia, quien recibe los requerimientos y realiza las compras en base a los criterios definidos en la institución y al procedimiento descrito en el documento COM – PR – 01 “Procedimiento para la Compra de Materiales e Insumos”, en el cual se describen todas las actividades y responsabilidades establecidas, para asegurar la adquisición de productos y servicios de acuerdo con las necesidades y requerimientos de la institución para asegurar la calidad en la prestación de servicios.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 23 de 30

Así mismo, la Subgerente realiza la selección de proveedores a través de una evaluación de la cual se origina el registro COM – R – 14 “Evaluación para la Selección de Proveedores” y evalúa periódicamente a los proveedores ya establecidos a través del formato COM – R – 13 “Reevaluación de Proveedores”, garantizando así la contratación de proveedores con capacidad de ofrecer productos y servicios que cumplan con los requisitos.

7.4.2. Información de las Compras

Para asegurar que los productos comprados sean realmente los requeridos, cada responsable realiza los requerimientos de productos o servicios a través de los formatos “Requerimiento de Materiales e Insumos” COM - R – 01, “Requerimiento de Carnes” COM - R – 03, “Requerimiento de Legumbres, Abarrotes y Frutas” COM - R – 04, “Requerimiento de Víveres y Útiles de Aseo” COM - R – 05. En el caso de los medicamentos e insumos hospitalarios, el requerimiento se realiza según lo descrito en el documento COM – IN – 01 “Instructivo para el Requerimiento de Medicamentos e Insumos”, diligenciando el formato “Requerimiento de Medicamentos e Insumos Hospitalarios” COM - R – 02.

Para la requisición de servicios, la solicitud se realiza a través del formato COM – R – 17 “Requerimientos de Servicios”.

Para asegurar que el proveedor reciba la información exacta en cuanto a los requerimientos, se diligencia el formato COM – R – 08 “Orden de Compra” y en el caso de los servicios, el formato COM – R – 18 “Orden de Trabajo”. Estos formatos son diligenciados por la Subgerente, responsable de la gestión de las compras.

7.4.3. Verificación de los productos comprados

Cuando los productos requeridos son entregados por el proveedor, estos son verificados con la orden de compra, en el caso específico de medicamentos e insumos hospitalarios, la regente del servicio farmacéutico, realiza la recepción, según lo definido en el documento COM – IN – 02 “Instructivo para la Recepción y Muestreo de los Medicamentos e Insumos Hospitalarios”, generando los registros COM – R – 09 “Recepción de Medicamentos e Insumos Hospitalarios” y COM – R – 10 “Inspección de Medicamentos e Insumos Hospitalarios”.

En el caso de los servicios, estos son verificados por el Jefe del Proceso involucrado y el resultado obtenido es reportado al Subgerente. En el caso de los equipos, una vez se ha realizado su mantenimiento, éste se registra en el formato COM – R – 20 “Hoja de Vida del Equipo”.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 24 de 30

Cuando se encuentren no conformidades entre los productos suministrados por los proveedores, respecto a lo requerido, se evalúa la acción a tomar respecto al producto, cuando surja una devolución, se genera el registro COM-R – 12 “Devolución de Productos”. Si las devoluciones son de medicamentos por vencimientos, esta se realiza bajo los parámetros descritos en el FAR – IN – 02 “Instructivo para el Control de Vencimiento de los Medicamentos”.

7.5. PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO

7.5.1. Control de la Producción y de la Prestación del Servicio

Para asegurar el control sobre la prestación del servicio, se han definido los protocolos, procedimientos e instructivos necesarios, para garantizar que las actividades se realicen de acuerdo con los criterios planificados para el cumplimiento de los requisitos establecidos. Así mismo se garantiza la competencia del recurso humano a partir de su formación, experiencia y habilidades.

Los equipos médicos son revisados y adecuados para cumplir con su propósito, a través del mantenimiento y de la calibración, la cual es realizada por una empresa certificada, subcontratada por la institución.

Para asegurar el control de la prestación del servicio, se han definido además herramientas de medición y monitoreo como los indicadores de calidad, y a partir de la auditoría de historias clínicas, se supervisa que los servicios se presten de acuerdo con lo establecido y requerido.

7.5.2. Validación de los Procesos de la Producción y de la Prestación del Servicio

La organización excluye este numeral del Sistema de Gestión de Calidad, debido a que el resultado de los procesos, puede verificarse mediante actividades de seguimiento y medición posteriores a través de: la valoración diaria del médico, evolución del paciente, exámenes de laboratorio clínico y/o apoyo diagnóstico, consulta de control después del egreso, entre otros.

7.5.3. Identificación y Trazabilidad

La identificación y trazabilidad de los resultados de los procesos asistenciales, se realiza a través de los registros de la historia clínica, en los cuales queda evidencia de la prestación del servicio al usuario.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 25 de 30

Para verificar que la historia clínica cumpla con los requisitos establecidos y para la identificación y trazabilidad, el Comité de Historias Clínicas realiza auditoría de historias de todos los servicios y evalúa la conformidad de sus requisitos, la evaluación se realiza a través de listas de chequeo elaboradas con dicho propósito que, una vez diligenciadas proporcionan evidencia de la evaluación realizada.

De la auditoría de historias clínicas, el comité define las acciones para eliminar o corregir las no conformidades encontradas. A través del comité de historias clínicas, se determinan las políticas para el control y manejo de dicho registro.

7.5.4. Propiedad del Cliente

Entre las propiedades del cliente, se encuentra la historia clínica y los resultados de exámenes de apoyo diagnóstico, los cuales son custodiados por enfermería hasta el momento en que el usuario egresa y luego los exámenes son entregados al usuario o se anexan a la historia clínica la cual se ubica en el archivo de historias clínicas para su custodia.

Los objetos personales de los pacientes hospitalizados son controlados por el personal de enfermería o por la asistente administrativa quien en algunas ocasiones guarda algunos objetos personales del cliente tales como billeteras o celulares.

Así mismo, los usuarios afiliados a las EPS, Medicinas Prepagadas y demás instituciones con las cuales la institución tiene convenios de prestación de servicios establecidos, son en sí propiedad del cliente institucional, y su cuidado se realiza a través de las Guías Médicas y de Atención, Protocolos; los indicadores de calidad que monitorean la seguridad del paciente; la capacitación del personal y de las condiciones de infraestructura.

7.5.5. Preservación del Producto

En la prestación de servicios asistenciales, a través de las guías médicas, protocolos, instructivos y procedimientos definidos, se aseguran los métodos para la identificación, el manejo y el cuidado del paciente durante toda la prestación del servicio. Así mismo a través de las valoraciones diarias al paciente y de la evolución del mismo, se obtiene información del tratamiento, la cual se consigna y se controla a través de la historia clínica.

Los insumos hospitalarios y medicamentos, se almacenan en un área con características específicas para asegurar su preservación y que se definen en el instructivo “Instructivo para la Adecuación y Control del Área de Almacenamiento de Insumos y Medicamentos” FAR – IN – 01. Así mismo se ha establecido el “Instructivo

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 26 de 30

para el Control de Vencimiento de los Medicamentos”, FAR – IN – 02, en el cual se detalla el tratamiento de los medicamentos con fechas próximas a vencer para evitar que se mantengan en existencia en el stock de medicamentos.

La información contable generada mensualmente se almacena en disquetes que se mantienen en la caja fuerte de la institución, así mismo la información generada por estadísticas se almacenan en el equipo del “Coordinador de Archivo y Estadísticas”, quien genera una copia que se guarda en el servidor de la institución.

7.6. CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y CONTROL

Para el control y seguimiento a los procesos con el fin de asegurar su conformidad con los requisitos establecidos, la Clínica San Pablo, ha establecido registros a través de los cuales se evidencia si el servicio fue conforme con lo establecido. Entre dichos registros, aquellos que componen la Historia Clínica del paciente, son las fuentes principales de información a través de los cuales se evidencia si el servicio se prestó en conformidad a lo establecido y requerido.

En lo concerniente a equipos de medición y de seguimiento, la Clínica San Pablo por ser una institución en salud especializada en psiquiatría, no utiliza equipos altamente complejos; los equipos de medición para el seguimiento y control dentro de los procesos asistenciales, hacen referencia exclusivamente a los pesos, tensiometros y al equipo con el cual se realizan las terapias electroconvulsivas.

Para asegurar que el seguimiento y la medición pueda realizarse en cumplimiento a lo requerido, la institución a subcontratado los servicios de calibración de equipos y dispositivos, así mismo ha establecido el “Programa de Mantenimiento de Equipos” a partir del cual se establecen los intervalos para las revisiones de los equipos de medición y seguimiento para asegurar que se mantengan en las condiciones óptimas para cumplir con su propósito.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 27 de 30

8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

8.1. GENERALIDADES

Con el fin de demostrar la conformidad del servicio prestado, del Sistema de Gestión de Calidad y mejorar continuamente la eficacia del mismo, la Clínica San Pablo ha establecido los procesos para el seguimiento, la medición, el análisis y la mejora.

8.2. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

8.2.1. Satisfacción Del Cliente

La satisfacción del cliente es su percepción con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización, por esta razón para la organización es fundamental establecer mecanismos a partir de los cuales pueda obtener información relativa a ella.

Para ello, la Clínica San Pablo ha establecido los formatos GC – R – 01 “Quejas y Sugerencias” y las encuestas de satisfacción en cada uno de los procesos asistenciales, a través de los cuales obtiene la información sobre la satisfacción del usuario.

La medición de la satisfacción del usuario, la realiza cada proceso mientras que la gestión de la quejas está bajo la responsabilidad del representante de calidad.

La institución ha elaborado el documento GC – PR – 06 “Procedimiento para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario”, en el cual describe los métodos a través de los cuales realiza la retroalimentación con el cliente para determinar su satisfacción.

8.2.2. Auditorías Internas

Las auditorías internas tienen por objeto evaluar la conformidad del Sistema de Gestión de Calidad para determinar su conformidad con los requisitos y demostrar su capacidad de ofrecer servicios que satisfagan a sus usuarios.

La ejecución de las auditorías se realiza según lo descrito en el documento GC – PR – 07 “Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad”. El objeto de la auditoría interna, es determinar la conformidad del Sistema de Gestión de Calidad, con los requisitos de la norma ISO 9001, y con los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad establecidos por la organización, así como demostrar que se ha implementado y se mantiene eficazmente.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 28 de 30

Para la ejecución de la auditoría, es necesario elaborar el “Programa de Auditoría” GC – R – 04 y el “Plan de Auditoría” GC – R – 05, a partir de los cuales se definen claramente los objetivos, el alcance, los criterios de auditoría, los procedimientos a revisar y las actividades a ejecutarse a través de las cuales se pueda obtener evidencia objetiva sobre la cual se establezcan los hallazgos y de ello se elabore el “Informe de Auditoría” GC – R – 07, el cual es presentado al Gerente de la institución, como cliente principal de la misma, y a partir del cual se establezcan acciones para la mejora del Sistema de Gestión de Calidad y para eliminar las no conformidades que pudieran encontrarse.

8.2.3. Seguimiento y Medición de los Procesos

Para verificar que los procesos se desarrollen bajo condiciones controladas de modo que se obtengan los resultados esperados, la Clínica San Pablo ha establecido indicadores de calidad en cada uno de ellos, a partir de los cuales realiza el seguimiento y la medición.

Los indicadores son medidos por los jefes de procesos quienes entregan un informe trimestral al proceso de Gestión de Calidad sobre los resultados, aplicando herramientas estadísticas como diagrama pareto, diagrama causa – efecto, gráfica de tendencias entre otros, en el análisis de los mismos.

8.2.4. Seguimiento y Medición del Servicio

El seguimiento de la prestación de los servicios, se realiza a través de lo definido en la planificación de los procesos asistenciales, y de lo consignado en los registros de la historia clínica.

8.3. CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME

El servicio no conforme es aquel que no cumple los requisitos establecidos, los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con su tratamiento, se establecen en el documento GC – PR – 03 “Procedimiento para el Control del Servicio No Conforme”.

Una vez que el servicio no conforme se identifica, se registra en el formato GC – R – 02, el cual es entregado al proceso donde se originó. A partir de ello, se realiza la identificación de causas para la definición de las acciones a implementarse para su tratamiento.

8.4. ANÁLISIS DE DATOS

Bajo el principio “Toma de Decisiones Basadas en Hechos y Datos”, el análisis de datos se convierte en la herramienta más útil para aplicar las acciones más eficaces encaminadas a la mejora del Sistema de Gestión de Calidad.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 29 de 30

Los resultados obtenidos en la medición de los indicadores y su posterior análisis a través de herramientas estadísticas, se utiliza como información de entrada para la revisión por la dirección del sistema, para los procesos de decisión de acciones correctivas y preventivas, para la evaluación de la satisfacción del cliente y como evidencia de conformidad con los requisitos del cliente.

El análisis de datos se realiza en cada proceso bajo la responsabilidad de los dueños de procesos quienes presentan sus informes ante el representante de calidad y la alta dirección de la institución.

8.5. MEJORA

8.5.1. Mejora Continua

La Clínica San Pablo mejora continuamente la eficacia de su Sistema de Gestión de Calidad, a partir de la identificación de oportunidades de mejora para las cuales establece actividades y recursos.

La mejora continua se evidencia a través del uso de la política de calidad, de los objetivos de calidad, los resultados de auditoría, el análisis de datos, la implementación de acciones correctivas y preventivas, y de la revisión por el sistema.

8.5.2. Acción Correctiva

Una Acción Correctiva, es aquella que se establece con el fin de eliminar la causa de una no conformidad real presentada, para ello la Clínica San Pablo ha definido el documento GC – PR – 04 “Procedimiento de Acciones Correctivas”, en donde se describen las actividades y responsabilidades para implementar acciones correctivas cuando sea necesario.

Para evidenciar la ejecución de acciones correctivas, se diligencia el formato GC – R – 03 “Formato de Acciones Correctivas y Preventivas”, en el cual se identifican las causas de la no conformidad, y las actividades o acciones a implementarse, para eliminar dichas causas, así como los responsables de la ejecución de las mismas. Así mismo, en dicho formato se realiza el seguimiento de la implementación de las planificadas para su verificación o si es necesario para su adecuación.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 14/02/06
		Versión No. 00
		Página 30 de 30

8.5.3. Acción Preventiva

Una acción preventiva es aquella que se establece para eliminar la causa de una no conformidad potencial, es decir, de aquella que aunque no se ha presentado, puede llegar a presentarse. En el documento GC – PR – 05 “Procedimiento de Acciones Preventivas”, se describen las actividades y responsabilidades para implementar acciones preventivas cuando sea necesario.

Al igual que en las acciones correctivas, para formalizar el levantamiento de una acción preventiva debe diligenciarse el formato GC – R – 03 “Formato de Acciones Correctivas y Preventivas”.

Elaborado Por: Aura María Martínez Agudelo	Aprobado Por: Gerente	COPIA CONTROLADA
---	------------------------------	-------------------------

**ANEXO C:
LISTADO MAESTRO DE
DOCUMENTOS**



URGENCIAS

DOCUMENTOS INTERNOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	UBICACIÓN	ACCESO
Protocolo					
Protocolo de Atención de Urgencias	URG – PT – 01	02	01/08/05	Fólder URG – 01 Estación 1 de Enfermería	Jefes del Proceso – Representante de Calidad - Médicos Psiquiatras - Médico General - Enfermería
Procedimientos					
Procedimiento de Atención de Urgencias	URG – PR – 01	01	01/08/05	Fólder URG – 01 Estación 1 de Enfermería	Jefes del Proceso – Representante de Calidad – Enfermería
Procedimiento de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes	URG – PR – 02	01	01/08/05	Fólder URG – 01 Estación 1 de Enfermería	Jefes del Proceso – Representante de Calidad – Médicos Psiquiatras – Médico General - Enfermería
Instructivos					
Instructivo del Triage	URG – IN – 01	00	01/08/05	Fólder URG – 01 Estación 1 de Enfermería	Jefes del Proceso – Representante de Calidad – Médicos Psiquiatras – Enfermería
Documentos Guía					
Caracterización del Proceso de Urgencias	URG – DG – 01	01	27/01/06	Fólder URG – 01 Estación 1 de Enfermería	Jefes del Proceso – Representante de Calidad

REGISTROS

NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO	UBICACIÓN	ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN	DISPOSICIÓN FINAL	ALMACENAMIENTO
Registro de Control de Urgencias	URG – R – 01	Fólder URG – 01 Estación 1 de Enfermería	Jefes del Proceso Enfermería - Subgerente – Contadora – Coordinadora de Estadísticas y Archivo	Un Mes	Carpeta Control de Urgencias Archivo Subgerencia	Carpeta
Programación de Turnos de psiquiatría	URG – R – 02	Fólder URG – 01 Estación 1 de Enfermería	Jefes del Proceso Enfermería – Médicos Psiquiatras – Sugerente	6 Meses	Destrucción	Fólder
Encuestas de Satisfacción	URG – R – 03	Fólder URG – 01 Estación 1 de Enfermería	Jefes del Proceso Representante de Calidad –	3 Meses después de Diligenciada	Archivo Central por 3 meses después eliminar	Fólder
Registro de Remisión y Contrarremisión de pacientes	URG – R – 04	Historia Clínica	Médicos – Jefes de Enfermería – Auxiliares de Enfermería	Durante el tiempo que se retenga la historia clínica	Archivo de Historias Clínicas	Sobres
Reporte de Turnos de Médicos Psiquiatras para Fines de Semana y Festivos	URG – R – 05	Fólder URG – 01 Consultorios Fólder CE – 01 Fólder Tarifario N°6 Carpeta de Programación de	Jefes de Enfermería – Auxiliares de Enfermería – Coordinadora de Servicios – Subgerente – Asistente Administrativa – Psiquiatras – Director Científico	1 año	Eliminación	Fólder Carpeta

		Turnos Psiquiatras Subgerencia				
Análisis de Datos	URG – R – 06	Fólder URG – 01 Estación de Enfermería	Junta directiva – Gerencia – Jefes del Proceso – Representante de Calidad	1 año	Eliminación	Fólder
Lista de chequeo para la evaluación de historias clínicas de urgencias	URG – R – 07	Fólder Comité de Historias Clínicas Estación de Enfermería N°1	Comité de Historias Clínicas – Jefe de Proceso - Representante de Calidad	3 Meses después de Diligenciada	Archivo Central por 3 meses después eliminar	Fólder
Registro Eventos Adversos en Urgencias	URG – R – 08	Fólder URG – 01 Estación 1 de Enfermería	Comité Técnico Científico – Médicos Enfermería – Psicólogos – Representante de Calidad	6 meses	Destrucción	Fólder

DOCUMENTOS EXTERNOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	PERIODO DE ACTUALIZACIÓN	ORIGEN	UBICACIÓN	VERSIÓN	ACCESO
Formato de Servicios Médicos Humana Compañía de Medicina Prepagada	URG – DE – 01	Según entidad	Humana Compañía de Medicina Prepagada	Fólder URG – 01 Estación de Enfermería 1	NA	Enfermería
Formato de Autorizaciones para prestación de servicios de urgencias y centros de apoyo diagnóstico. Liberty Seguros	URG – DE – 02	Según Entidad	Liberty Seguros	Fólder URG – 01 Estación de Enfermería 1	NA	Enfermería
Suramericana. Cómo solicitar servicios de atención de urgencias?	URG – DE – 03	Según Entidad	Suramericana	Fólder URG – 01 Estación de Enfermería 1	NA	Enfermería
Registro de Consulta Medisalud	URG – DE – 04	Según Entidad	Medisalud	Fólder URG – 01 Estación de Enfermería 1	NA	Enfermería
Resumen Urgencias Ecopetrol	URG – DE – 05	Según Entidad	Ecopetrol	Fólder URG – 01 Estación de Enfermería 1	NA	Enfermería
Registro Clínico de la Consulta de Urgencias Ecopetrol	URG – DE – 06	Según Entidad	Ecopetrol	Fólder URG – 01 Estación de Enfermería 1	NA	Enfermería
Voucher Coomeva Medicina Prepagada	URG – DE – 07	Según Entidad	Coomeva Medicina Prepagada	Fólder URG – 01 Estación de Enfermería 1	NA	Enfermería



PROGRAMA DE ADICCIONES

DOCUMENTOS INTERNOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	UBICACIÓN	ACCESO
Manuales					
Manual del Programa de Adicciones	TRAD – MA – 01	01	12/12/05	Fólder TRAD – 01 Archivo de Programa de Adicciones	Médicos Psiquiatras – Psicólogos – Terapeuta Ocupacional
Manual de Guías Médicas de Atención de Usuarios del Programa de Adicciones	TRAD – MA – 02	01	01/08/05	Fólder TRAD – 01 Archivo de Programa de Adicciones	Médicos Psiquiatras – Psicólogos – Terapeuta Ocupacional
Manual del Proyecto de Vida para Usuarios del Programa de Adicciones	TRAD – MA – 03	00	31/01/06	Fólder TRAD – 01 Archivo de Programa de Adicciones	Médicos Psiquiatras – Psicólogos – Terapeuta Ocupacional
Documentos Guía					
Caracterización del Proceso de Programa de Adicciones	TRAD – DG – 01	01	16/01/06	Fólder TRAD – 01 Archivo de Programa de Adicciones	Representantes del Proceso – Representante de Calidad

REGISTROS

NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO	UBICACIÓN	ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN	DISPOSICIÓN FINAL	ALMACENAMIENTO
Cuestionario Multimodal de Historia de Vida	TRAD – R – 01	Carpeta Paciente N°1 Escritorio Consultorio Psicología	Médico Psiquiatra - Psicología	Durante el Tratamiento	Historia Clínica del Usuario	Carpeta
Cuestionario de Esquema de Young	TRAD – R – 02	Carpeta Paciente N°1 Escritorio Consultorio Psicología	Médico Psiquiatra – Psicología	Durante el Tratamiento	Historia Clínica del Usuario	Carpeta
Creencias sobre Craving	TRAD – R – 03	Carpeta Paciente N°1 Escritorio Consultorio Psicología	Médico Psiquiatra – Psicología	Durante el Tratamiento	Historia Clínica del Usuario	Carpeta
Creencias sobre el Consumo	TRAD – R – 04	Carpeta Paciente N°1 Escritorio Consultorio Psicología	Médico Psiquiatra – Psicología	Durante el Tratamiento	Historia Clínica del Usuario	Carpeta
Registro de Intervención Psicológica con Familiares de Pacientes del Programa de Adicciones	TRAD – R – 05	Fólder TRAD – 02	Médico Psiquiatra – Psicología	Durante el Tratamiento	Eliminación	Fólder
Taller N°1 Proyecto de Vida Psicología	TRAD – R – 06	Carpeta Paciente N°1 Escritorio Consultorio Psicología	Médico Psiquiatra – Psicología	Durante el Tratamiento	Historia Clínica del Usuario	Carpeta
Taller N°2 Proyecto de Vida Psicología	TRAD – R – 07	Carpeta Paciente N°1 Escritorio Consultorio Psicología	Médico Psiquiatra – Psicología	Durante el Tratamiento	Historia Clínica del Usuario	Carpeta

Taller N°8 Proyecto de Vida Terapia Ocupacional	TRAD – R – 25	Carpeta Paciente N°2 Archivo Terapia Ocupacional	Médico Psiquiatra – Psicología – Terapeuta Ocupacional	Durante el Tratamiento	Historia Clínica del Usuario	Carpeta
Taller N°9 Proyecto de Vida Terapia Ocupacional	TRAD – R – 26	Carpeta Paciente N°2 Archivo Terapia Ocupacional	Médico Psiquiatra – Psicología – Terapeuta Ocupacional	Durante el Tratamiento	Historia Clínica del Usuario	Carpeta
Taller N°10 Proyecto de Vida Terapia Ocupacional	TRAD – R – 27	Carpeta Paciente N°2 Archivo Terapia Ocupacional	Médico Psiquiatra – Psicología – Terapeuta Ocupacional	Durante el Tratamiento	Historia Clínica del Usuario	Carpeta
Taller N°11 Proyecto de Vida Terapia Ocupacional	TRAD – R – 28	Carpeta Paciente N°2 Archivo Terapia Ocupacional	Médico Psiquiatra – Psicología – Terapeuta Ocupacional	Durante el Tratamiento	Historia Clínica del Usuario	Carpeta
Taller N°12 Proyecto de Vida Terapia Ocupacional	TRAD – R – 29	Carpeta Paciente N°2 Archivo Terapia Ocupacional	Médico Psiquiatra – Psicología – Terapeuta Ocupacional	Durante el Tratamiento	Historia Clínica del Usuario	Carpeta
Taller N°13 Proyecto de Vida Terapia Ocupacional	TRAD – R – 30	Carpeta Paciente N°2 Archivo Terapia Ocupacional	Médico Psiquiatra – Psicología – Terapeuta Ocupacional	Durante el Tratamiento	Historia Clínica del Usuario	Carpeta
Taller N°14 Proyecto de Vida Terapia Ocupacional	TRAD – R – 31	Carpeta Paciente N°2 Archivo Terapia Ocupacional	Médico Psiquiatra – Psicología – Terapeuta Ocupacional	Durante el Tratamiento	Historia Clínica del Usuario	Carpeta
Taller N°15 Proyecto de Vida Terapia Ocupacional	TRAD – R – 32	Carpeta Paciente N°2 Archivo Terapia Ocupacional	Médico Psiquiatra – Psicología – Terapeuta Ocupacional	Durante el Tratamiento	Historia Clínica del Usuario	Carpeta
Compromiso	TRAD – R – 33	Historia Clínica de cada Paciente – Estaciones de Enfermería	Médico Psiquiatra Tratante – Psicóloga – Terapeuta Ocupacional – Enfermería - Asistente Administrativa	El tiempo que se retenga la historia clínica	Historia Clínica – Archivo Historias Clínicas	Sobres
Evaluación BRM	TRAD – R – 34	Historia Clínica de cada Paciente – Estaciones de Enfermería	Médico Psiquiatra Tratante – Psicóloga – Terapeuta Ocupacional – Enfermería	El tiempo que se retenga la historia clínica	Historia Clínica – Archivo Historias Clínicas	Sobres
Hoja de Resumen de Caso	TRAD – R – 35	Carpeta Paciente N°1 Escritorio Consultorio Psicología	Médico Psiquiatra - Psicología	Durante el Tratamiento	Historia Clínica – Archivo de Historias Clínicas	Carpeta
Encuestas de Satisfacción	TRAD – R – 36	Fólder TRAD – 02 Archivo Programa de Adicciones	Representantes del Proceso – Representante de Calidad	3 meses	Archivo Central por 3 meses luego Destrucción	Fólder
Seguimiento de Usuarios del Programa de Adicciones	TRAD – R – 37	Fólder TRAD – 02 Archivo Psicología	Gerencia – Director Científico - Psicóloga	6 Meses	Eliminación	Fólder
Seguimiento a Eventos Adversos de Usuarios del Programa de Adicciones	TRAD – R – 38	Fólder TRAD – 02 Archivo Psicología	Psicología – Terapeuta Ocupacional – Director Científico	3 Meses	Eliminación	Fólder
Análisis de Datos	TRAD – R – 39	Fólder TRAD – 01 Archivo Psicología	Junta Directiva – Gerencia – Jefes del Proceso – Representante de Calidad	1 año	Destrucción	Fólder
Resumen de Egreso del Usuario del Programa de Adicciones	TRAD – R – 40	Carpeta Paciente N°1 Escritorio Consultorio Psicología	Médico Psiquiatra – Psicología – Terapeuta Ocupacional	Durante el Tratamiento	Historia Clínica del Usuario	Carpeta
Registro de Intervención Grupal de Psicología de Usuarios del Programa de Adicciones	TRAD – R – 41	Fólder TRAD – 02 Archivo Psicología	Psicología	3 Meses	Eliminación	Fólder

Lista de chequeo para la evaluación de historias clínicas de programa de adicciones	TRAD – R – 42	Fólder Comité de Historias Clínicas Estación de Enfermería N°1	Comité de Historias Clínicas – Jefe de Proceso	3 Meses después de Diligenciada	Archivo Central por 3 meses después eliminar	Fólder
Registro Eventos Adversos en el Programa de Adicciones	TRAD – R – 43	Fólder TRAD – 02 Archivo Programa de Adicciones	Comité Técnico Científico – Médicos Enfermería – Psicólogos – Representante de Calidad	6 meses	Destrucción	Fólder



SERVICIO FARMACÉUTICO

DOCUMENTOS INTERNOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	UBICACIÓN	ACCESO
Procedimientos					
Procedimiento para la Dispensación de Medicamentos e Insumos Hospitalarios	FAR – PR – 01	00	07/09/05	Folder FAR – 01 Servicio Farmacéutico	Regente del Servicio Farmacéutico Subgerente
Instructivos					
Instructivo para la Adecuación y Control del Área de Almacenamiento	FAR – IN – 01	00	01/09/05	Folder FAR – 01 Servicio Farmacéutico	Regente del Servicio Farmacéutico Subgerente
Instructivo para el Control de Vencimiento de los Medicamentos	FAR – IN - 02	00	01/09/05	Fólder FAR – 01 Servicio Farmacéutico	Regente del Servicio Farmacéutico Subgerente
Documentos Guía					
Caracterización del Proceso de Servicio Farmacéutico	FAR – DG – 01	01	13/01/06	Folder FAR – 01 Servicio Farmacéutico	Jefes del Proceso – Representante de Calidad

REGISTROS

NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO	UBICACIÓN	ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN	DISPOSICIÓN FINAL	ALMACENAMIENTO
Control de Condiciones de Temperatura y Humedad Relativa.	FAR – R – 01	Carpeta Control de Condiciones de Temperatura y humedad Relativa Servicio Farmacéutico	Regente del Servicio Farmacéutico	6 Meses	Eliminar	Carpeta
Salida de Medicamentos e Insumos Hospitalarios	FAR – R - 02	Carpeta Salida de Medicamentos e Insumos Hospitalarios Servicio Farmacéutico	Regente del Servicio Farmacéutico Subgerente	8 Días	Eliminar	Carpeta
Revisión Diaria de Stock de Enfermería	FAR – R – 03	Carpeta Revisión Diaria de Stock de Enfermería Servicio Farmacéutico	Regente del Servicio Farmacéutico Subgerente	8 Días	Eliminar	Carpeta
Salida de Medicamentos Fuera de Sistema de Inventario	FAR – R – 04	Carpeta Ajustes Estadística y Archivo	Regente del Servicio Farmacéutico Subgerente Coordinador de Estadística y Archivo	1 Año	Archivar	Carpeta
Salida de Medicamentos por Urgencias	FAR – R – 05	Carpeta Salida de Medicamentos por Urgencias Estación II de Enfermería	Regente del Servicio Farmacéutico Subgerente Auxiliar de Enfermería de Medicamentos	1 Mes	Archivar en Fólde de Inventario de Clínica San Pablo 1 Año	Carpeta

Solicitud de Insumos de Enfermería, Servicios Generales y Nutrición	FAR – R – 06	Carpeta Entrega de Insumos Servicio Farmacéutico	Regente del Servicio Farmacéutico	6 Meses	Eliminar	Carpeta
Seguimiento a la Dispensación de Medicamentos	FAR – R – 07	Carpeta Seguimiento a la Dispensación de Medicamentos Servicio Farmacéutico	Regente del Servicio Farmacéutico Auxiliar de Enfermería de Medicamentos	6 Meses	Archivar en Informe de Indicadores 1 Año	Carpeta
Tarjeta de Medicamentos	FAR – R – 08	Tarro de Medicamentos Cuarto de Medicamentos Estación II	Regente de Farmacia Auxiliares de Enfermería de Medicamentos	Tiempo de Hospitalización + 48 Horas	Eliminar	-
Medicamentos Dados de Baja por Vencimiento	FAR – R – 09	Carpeta FAR – R - 02 Servicio Farmacéutico	Regente del Servicio Farmacéutico Subgerente	6 Meses	Eliminar	Carpeta
Análisis de Datos de Servicio Farmacéutico	FAR – R - 10	Fólder FAR – 01 Servicio Farmacéutico	Regente de Farmacia Subgerente Jefe de Calidad	1 año	Eliminar	Fólder

DOCUMENTOS EXTERNOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	PERIODO DE ACTUALIZACIÓN	ORIGEN	UBICACIÓN	VERSIÓN	ACCESO
Guía de Buenas Prácticas de Almacenamiento	FAR – DE – 01	Julio de 1997	Secretaría de Salud	Folder FAR – 01 Servicio Farmacéutico	No Definida	Regente del Servicio Farmacéutico Subgerente



RECURSO HUMANO

DOCUMENTOS INTERNOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	UBICACIÓN	ACCESO
Manuales					
Manual de Funciones	RH – MA - 01	00	16/06/05	RECURSO HUMANO - FÓLDER RH-02	Jefe de Proceso Representante de Calidad Todo el Recurso Humano
Procedimientos					
Procedimiento de Recurso Humano	RH – PR – 01	01	31/01/06	RECURSO HUMANO - FÓLDER RH-01	Jefe del Proceso Representante de Calidad
Instructivo					
Diccionario de Competencias	RH – IN – 01	00	30/09/05	RECURSO HUMANO - FÓLDER RH-03	Jefe de Proceso Representante de Calidad
Documentos Guía					
Caracterización de Procesos Recurso Humano	RH – DG – 01	01	08/02/06	RECURSO HUMANO - FÓLDER RH-01	Jefe del Proceso Representante de Calidad

REGISTROS

NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO	UBICACIÓN	ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN	DISPOSICIÓN FINAL	ALMACENAMIENTO
Evaluación de Competencias	RH – R – 01	Carpeta - Evaluaciones de Competencias	Gerencia, Subgerencia y Jefe Inmediato	1 Año	Archivar	AZ - Evaluaciones de Competencias
Cronograma de Inducción del Personal	RH – R – 02	Carpeta del Empleado	Subgerencia y Jefe Inmediato	El tiempo que se retenga la Carpeta del Empleado	Archivar	Carpeta del Empleado
Evaluación de Desempeño	RH – R – 03	Archivo - Evaluaciones de Desempeño	Gerencia, Subgerencia y Jefe Inmediato	1 Año	Archivar	Archivo Evaluación de Desempeño
Resultados de Entrevista y Prueba del Candidato	RH – R – 04	Carpeta Resultados de Entrevista y Prueba del Candidato	Gerencia, Subgerencia y Jefe Inmediato	1 Año	Eliminar	Carpeta
Programa para el Desarrollo de Competencias del Personal	RH – R – 05	Archivo - Programa para el Desarrollo de Competencias	Gerencia, Subgerencia y Jefe Inmediato	6 Meses	Archivar	Recurso Humano Fólder RH-02
Reporte de Capacitación o Formación	RH – R – 06	Fólder - Capacitaciones	Gerencia, Subgerencia, Jefe Inmediato	1 Año	Reciclar	-
Registros de Personal (Hojas de Vida, Certificados de Formación y Capacitación)	RH – R – 07	Archivo Recurso Humano Carpets de Trabajadores	Gerencia, Subgerencia, Revisor Fiscal, Contador, Jefe de Recursos Humanos	Durante la vigencia del contrato	Archivo Central	3 Años



PLANEACIÓN DEL SISTEMA

DOCUMENTOS INTERNOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	UBICACIÓN	ACCESO
Procedimiento					
Procedimiento para el Manejo de las Comunicaciones Internas de Calidad	PS – PR – 01	01	01/12/05	Fólder PS – 01 Archivo Gerencia – Administración	Gerencia - Representante de Calidad
Procedimiento para el Manejo de las Comunicaciones Externa	PS – PR – 02	01	01/12/05	Fólder PS – 01 Archivo Gerencia – Administración	Gerencia - Representante de Calidad
Procedimiento para la Revisión por la Dirección del Sistema de Gestión de Calidad	PS – PR – 03	00	17/06/05	Fólder PS – 01 Archivo Gerencia – Administración	Gerencia - Representante de Calidad
Instructivos					
Instructivo para el Análisis de Datos	PS – IN – 01	00	01/08/05	Fólder PS – 01 Archivo Gerencia – Administración	Gerencia - Representante de Calidad – Jefes de Procesos
Documentos Guía					
Misión y Visión de la Clínica San Pablo S.A.	PS – DG – 01	01	08/07/05	Fólder PS – 01 Archivo Gerencia – Administración	Gerencia - Representante de Calidad
Política y Objetivos de Calidad de la Clínica San Pablo S.A.	PS – DG – 02	01	08/07/05	Fólder PS – 01 Archivo Gerencia – Administración	Gerencia - Representante de Calidad
Estructura Organizacional	PS – DG – 03	01	08/07/05	Fólder PS – 01 Archivo Gerencia – Administración	Gerencia - Representante de Calidad
Mapa de Procesos de la Clínica San Pablo S.A.	PS – DG – 04	00	04/04/05	Fólder PS – 01 Archivo Gerencia – Administración	Gerencia - Representante de Calidad
Valores Institucionales Clínica San Pablo S.A.	PS – DG – 05	01	08/07/05	Fólder PS – 01 Archivo Gerencia – Administración	Gerencia - Representante de Calidad
Caracterización del Proceso de Planeación del Sistema	PS – DG – 06	01	17/01/06	Fólder GC – 01 Archivo Calidad – Administración	Gerencia – Representante de Calidad
Matriz de Objetivos	PS – DG – 07	01	27/01/06	Fólder GC – 01 Archivo Calidad – Administración	Gerencia – Representante de Calidad

REGISTROS

NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO	UBICACIÓN	ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN	DISPOSICIÓN FINAL	ALMACENAMIENTO
Formato de Comunicación Interna	PS – R – 01	En cada puesto de trabajo	Solo tiene acceso a cada formato el responsable del mismo	1 año	Destrucción	Pastas
Formato de Relación y Distribución de Correspondencia	PS – R – 02	Carpeta de Correspondencia	Todas las partes interesadas	1 año	Destrucción	Carpeta
Informe de Revisión por la Dirección	PS – R – 03	Fólder PS – 01 Archivo Gerencia –	Junta Directiva – Gerencia – Representante de Calidad	1 año	Archivo Central	Fólder

		Administración				
Control de Correspondencia Enviada	PS – R – 04	Fólder PS – 04	Junta Directiva – Gerencia – Demás Cargos de la Institución	1 año	Archivo Central	Fólder
Control de Numeración de Comunicación Interna	PS – R – 05	Fólder PS – 01	Gerencia	2 años	Eliminación	Fólder
Análisis de Datos	PS – R – 06	Fólder PS – 01	Junta Directiva – Gerencia – Jefes del Proceso – Representante de Calidad	1 año	Eliminación	Fólder

DOCUMENTOS EXTERNOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	PERIODO DE ACTUALIZACIÓN	ORIGEN	UBICACIÓN	VERSIÓN	ACCESO
Norma ISO 9001 – 2000	PS – DE – 01	Según las ISO	ISO (Organización Internacional de Estandarización)	Archivo Gerencia - Administración	2000	Gerencia – Representante de Calidad – Jefes de Procesos



NUTRICIÓN

DOCUMENTOS INTERNOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	UBICACIÓN	ACCESO
Manuales					
Manual de Nutrición	NUT – MA – 01	00	22/07/05	Fólder NUT – 01 Cocina	Jefe de Proceso – Nutricionista - Auxiliares de Cocina
Instructivos					
Instructivo para la Congelación de Alimentos	NUT – IN – 01	00	22/07/05	Fólder NUT – 01 Cocina	Jefe de Proceso – Nutricionista - Auxiliares de Cocina
Procedimientos					
Procedimiento de Dietas	NUT – PR - 01	00	21/03/06	Fólder NUT – 01 Cocina	Jefe de Proceso – Nutricionista Auxiliares de Cocina
Documentos Guía					
Caracterización del Proceso de Nutrición	NUT – DG – 01	01	20/01/06	Fólder NUT – 01 Cocina	Jefe de Proceso – Nutricionista - Auxiliares de Cocina – Representante de Calidad
Menús	NUT – DG – 02	01	13/01/06	Fólder NUT – 01 Fólder NUT – 02 Cocina	Jefe de Proceso – Nutricionista – Auxiliares de Cocina
Estandarización de Recetas	NUT – DG – 03	01	13/01/06	Fólder NUT – 01 Fólder NUT – 02 Cocina	Jefe de Proceso – Nutricionista – Auxiliares de Cocina

REGISTROS

NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO	UBICACIÓN	ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN	DISPOSICIÓN FINAL	ALMACENAMIENTO
Reporte de Dietas	NUT – R – 01	Carpeta Registro de Dietas Estaciones de Enfermería	Enfermería – Auxiliares de Cocina – Jefes del Proceso – Representante de Calidad – Nutricionista	3 Meses	Archivo Central por 3 meses luego destrucción	Carpeta
Lista de Chequeo del Proceso de Nutrición	NUT – R – 03	Fuelle NUT – 02 Cocina	Nutricionista – Jefes del Proceso – Representante de Calidad	3 Meses	Destrucción	Fólder
Análisis de Datos	NUT – R – 04	Fólder NUT – 01 Cocina	Junta Directiva – Gerencia – Nutricionista – Jefes del Proceso – Representante de Calidad	1 año	Destrucción	Fólder



GESTIÓN DE CALIDAD

DOCUMENTOS INTERNOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	UBICACIÓN	ACCESO
Manuales					
Manual de Calidad	GC – MA – 01	00	14/02/06	Fólder GC – 01 Archivo Calidad – Administración	Gerencia - Representante de Calidad – Responsables de Procesos
Procedimientos					
Procedimiento para el Control de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad	GC – PR – 01	02	03/02/06	Fólder GC – 01 Archivo Calidad – Administración	Gerencia - Representante de Calidad – Responsables de Procesos del Sistema de Gestión de Calidad
Procedimiento para el Control de Registros del Sistema de Gestión de Calidad	GC – PR – 02	01	03/02/06	Fólder GC – 01 Archivo Calidad – Administración	Gerencia - Representante de Calidad – Responsables de Procesos del Sistema de Gestión de Calidad
Procedimiento para el Control del Servicio No Conforme	GC – PR – 03	00	17/06/05	Fólder GC – 01 Archivo Calidad – Administración	Gerencia - Representante de Calidad – Responsables de Procesos del Sistema de Gestión de Calidad
Procedimiento de Acciones Correctivas	GC – PR – 04	00	17/06/05	Fólder GC – 01 Archivo Calidad – Administración	Gerencia - Representante de Calidad – Responsables de Procesos del Sistema de Gestión de Calidad
Procedimiento de Acciones Preventivas	GC – PR – 05	00	17/06/05	Fólder GC – 01 Archivo Calidad – Administración	Gerencia - Representante de Calidad – Responsables de Procesos del Sistema de Gestión de Calidad
Procedimiento para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario	GC – PR – 06	00	17/06/05	Fólder GC – 01 Archivo Calidad – Administración	Gerencia - Representante de Calidad – Responsables de Procesos del Sistema de Gestión de Calidad
Procedimiento de Auditorías Internas de Calidad	GC – PR – 07	00	17/06/05	Fólder GC – 01 Archivo Calidad – Administración	Gerencia - Representante de Calidad
Instructivos					
Instructivo para la Elaboración de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad	GC – IN – 01	02	03/02/06	Fólder GC – 01 Archivo Calidad – Administración	Gerencia - Representante de Calidad – Responsables de Procesos del Sistema de Gestión de Calidad
Documentos Guía					
Caracterización del Proceso de Gestión de Calidad	GC – DG – 01	01	01/02/06	Fólder GC – 01 Archivo Calidad – Administración	Representante de Calidad

REGISTROS

NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO	UBICACIÓN	ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN	DISPOSICIÓN FINAL	ALMACENAMIENTO
Quejas y Sugerencias	GC – R – 01	Fólder GC – 02 Quejas	Gerencia – Representante de Calidad – Responsables del Procesos	1 año	Destrucción	Fólder
Formato de Servicio No Conforme	GC – R – 02	Fólder de Cada Proceso	Gerencia – Representante de	1 año	Destrucción	Fólder

			Calidad – Responsables del Procesos			
Formato de Acciones Correctivas y Preventivas	GC – R – 03	Fólder GC – 05 Archivo Gestión de Calidad Administración Fólder de Cada Proceso PC/Servidor: Slave/Jefe Beatriz/GC	Gerencia – Representante de Calidad – Responsables del Procesos	1 año después de cerrada	Destrucción	Fólder
Programa de Auditoría	GC – R – 04	Fólder GC – 04 Archivo Gestión de Calidad Administración	Gerencia – Representante de Calidad	1 año	Destrucción	Fólder
Plan de Auditoría	GC – R – 05	Fólder GC – 04 Archivo Gestión de Calidad Administración	Gerencia – Representante de Calidad	6 meses	Destrucción	Fólder
Lista de Chequeo de Auditoría Interna	GC – R – 06	Fólder GC – 04 Archivo de Gestión de Calidad Administración	Gerencia – Representante de Calidad	1 año	Destrucción	Fólder
Informe de Auditoría Interna	GC – R – 07	Fólder GC – 04 Archivo Gestión de Calidad Administración	Gerencia – Representante de Calidad	1 año	Archivo Central	Fólder
Solicitud de Acción de Orden Correctiva y Preventiva	GC – R – 08	Fólder GC – 04 Archivo Gestión de Calidad Administración	Gerencia – Representante de Calidad	1 año	Archivo Central	Fólder
Seguimiento a Quejas	GC – R - 09	PC/Servidor: Slave/Jefe Beatriz/GC/ Registros Sistematizados	Representante de Calidad	1 año	Destrucción	PC
Formato de Distribución de Documentos	GC – R – 10	Fólder GC – 01 Archivo Gestión de Calidad Administración	Representante de Calidad	1 año	Archivo Central	Fólder
Listado Maestro de Documentos	GC – R – 11	PC Servidor: Slave/Jefe Beatriz/Listado Maestro Carpeta de cada Proceso	Representante de Calidad – Gerencia – Jefes de Cada Proceso	3 Meses	Destrucción	Fólder
Formato Control de Documentos	GC – R - 12	Carpetas de Procesos	Representante de Calidad - Jefes de Cada Proceso	3 meses	Destrucción	Fólder
Análisis de Datos	GC – R - 13	Fólder GC – 05 Archivo Gestión de Calidad Administración	Junta Directiva – Gerencia – Representante de Calidad	1 año	Destrucción	Fólder
Control de Acciones Correctivas	GC - R - 14	PC Servidor: Slave/Jefe Beatriz/Calidad/Registro	Representante de Calidad	3 años	Destrucción	PC Servidor
Seguimiento a No Conformidades	GC – R - 15	PC Servidor: Slave/Jefe Beatriz/Calidad/Registro	Representante de Calidad	1 año	Destrucción	PC Servidor

DOCUMENTOS EXTERNOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	PERIODO DE ACTUALIZACIÓN	ORIGEN	UBICACIÓN	VERSIÓN	ACCESO
Informe de Auditoría Externa	GC – DE – 01	Cada vez que se realice una auditoría externa	Ente auditor	Fólder GC – 03 Archivo Gestión de Calidad Administración	No definida	Junta Directiva – Gerencia – Representante de Calidad



FACTURACIÓN

DOCUMENTOS INTERNOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	UBICACIÓN	ACCESO
Manual de Comprobación de Servicios	FAC – MA - 01	00	06/08/05	Fólder FAC – 01 Archivo de Facturación	Responsable del proceso – Asistente Administrativa – coordinadora de Estadísticas y Archivo – Representante de Calidad
Procedimientos					
Procedimiento de Facturación	FAC – PR – 01	01	22/08/05	Fólder FAC – 01 Archivo de Facturación	Responsable del proceso – Asistente Administrativa – coordinadora de Estadísticas y Archivo – Representante de Calidad
Procedimiento para la Actualización Diaria del Sistema de Historias Clínicas	FAC – PR – 02	00	22/08/05	Fólder FAC – 01 Archivo de Facturación	Responsable del proceso – Asistente Administrativa – coordinadora de Estadísticas y Archivo – Representante de Calidad
Procedimiento Para la Generación de RIPS	FAC – PR – 03	00	22/08/05	Fólder FAC – 01 Archivo de Facturación	Responsable del proceso – Asistente Administrativa – coordinadora de Estadísticas y Archivo – Representante de Calidad
Procedimiento para el Manejo de Glosas	FAC – PR – 04	00	10/10/05	Fólder FAC – 01 Archivo de Facturación	Responsable del proceso – Asistente Administrativa – Tesorera – Gerencia – Representante de Calidad
Documentos Guía					
Caracterización del Proceso de Facturación	FAC – DG – 01	01	31/01/06	Fólder FAC – 01 Archivo de Facturación	Responsable del proceso Representante de Calidad
Estadísticas Institucionales	FAC – DG – 02	00	22/08/05	Fólder FAC – 01 Archivo de Facturación	Responsable del proceso – Asistente Administrativa – coordinadora de Estadísticas y Archivo – Representante de Calidad
Estadísticas Para Enviar a E.P.S.	FAC – DG – 03	00	22/08/05	Fólder FAC – 01 Archivo de Facturación	Responsable del proceso – Asistente Administrativa – coordinadora de Estadísticas y Archivo – Representante de

					Calidad
Normas para el Manejo de Historia Clínica	FAC – DG – 04	02	31/03/06	Fólder FAC – 01 Archivo Facturación	Responsables del Proceso – Coordinadora de Estadísticas y Archivo – Mensajero – Enfermeras Jefes – Comité de Historias Clínicas – Gerencia – Representante de Calidad

REGISTROS

NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO	UBICACIÓN	ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN	DISPOSICIÓN FINAL	ALMACENAMIENTO
Consecutivo de Facturación	FAC – R – 01	Archivo de Contabilidad	Asistente Administrativa	3 años	Archivo Central	Pasta Dura
Solicitud de Orden de Hospitalización	FAC – R – 02	Fuelle Facturación 01 Sobres Usuarios Hospitalizados	Asistente Administrativa – Coordinadora de Estadísticas y Archivo – Enfermería	Durante la estancia del paciente	Original: Envío a la E.P.S Copia: Anexo a la copia rosada de facturación	Fuelle
Formato de Seguimiento a Glosas	FAC – R – 03	Fólder FAC – 02 Glosas Facturación	Junta Directiva – Asistente Administrativa – Gerencia - Tesorera	1 año	Eliminación	Fólder
Pagaré	FAC – R – 04	Fuelle Facturación 01 Sobres Usuarios Hospitalizados	Asistente Administrativa – Coordinadora de Estadísticas y Archivo – Enfermería	Hasta cancelación de la factura	Devolución al Usuario	Fuelle
Copia del Registro Diario Ingreso de Pacientes al Servicio de Hospitalización	FAC – R – 05	Fuelle Facturación 01 Sobres Usuarios Hospitalizados	Asistente Administrativa – Coordinadora de Estadísticas y Archivo – Enfermería	Durante la estancia del paciente	Anexo a la copia rosada de facturación	Fuelle
Control Valoración Médica	FAC – R – 06	Fuelle Facturación 02 Fórmulas Médicas Usuarios Hospitalizados	Asistente Administrativa – Coordinadora de Estadísticas y Archivo – Enfermería	Durante la estancia del paciente	Envío a la E.P.S	Fuelle
Sobres de Documentos	FAC – R – 08	Fuelle Facturación 02	Asistente Administrativa – Coordinadora de Estadísticas y Archivo – Enfermería	Durante la estancia del paciente	Anexo a la Copia Rosada de Factura	Fuelle
Estadísticas Institucionales	FAC – R – 09	Carpeta Estadísticas Institucionales Escritorio Gerencia	Junta Directiva – Gerencia – Coordinadora de Estadísticas y Archivo – Representante de Calidad	1 año	Eliminación	Carpeta
Análisis de Datos	FAC – R – 10	Fólder FAC – 01 Facturación	Junta Directiva – Gerencia – Jefes del Proceso – Representante de Calidad	1 año	Eliminación	Fólder

DOCUMENTOS EXTERNOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	PERIODO DE ACTUALIZACIÓN	ORIGEN	UBICACIÓN	VERSIÓN	ACCESO
Autorizaciones para hospitalización, emitidas por E.P.S.	FAC – DE – 01	Cada vez que se hospitalice un paciente	E.P.S. respectiva	Fuelle Facturación 01 Sobres Usuarios Hospitalizados	No definido por la EPS	Asistente Administrativa – Coordinadora de Estadísticas y Archivo – Enfermería

Autorizaciones para Atención de Consulta Externa	FAC – DE – 02	Cada vez que el usuario asista a una consulta	E.P.S. respectiva	Fuelle Facturación 03 Consulta Externa	No definido por la EPS	Asistente Administrativa – Coordinadora de Estadísticas y Archivo – Coordinadora de Servicios
Autorizaciones para Hospital Día	FAC – DE – 03	Cada vez que el usuario asista a una consulta	E.P.S. respectiva	Fuelle Facturación 03 Consulta Externa	No definido por la EPS	Asistente Administrativa – Coordinadora de Estadísticas y Archivo – Terapeuta Ocupacional



ESTANCIA HOSPITALARIA

DOCUMENTOS INTERNOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	UBICACIÓN	ACCESO
Manuales					
Manual De Guías Médicas Para Las Diez Primeras Causas De Egreso De Estancia Hospitalaria	HOS – MA – 01	02	01/08/05	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso – Médicos Psiquiatras – Médico General – Representante de Calidad
Guías De Atención De Terapia Ocupacional Para Usuarios De Estancia Hospitalaria	HOS – MA – 02	00	25/08/05	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso – Terapeuta Ocupacional – Representante de Calidad
Guías De Atención De Psicología Para Usuarios De Estancia Hospitalaria	HOS – MA – 03	00	25/08/05	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso – Psicólogo – Practicantes de Psicología – Representante de Calidad
Protocolos Médicos					
Protocolo Médico para la Aplicación de la Terapia Electroconvulsiva	HOS – PT – 01	01	01/09/05	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso – Médicos Psiquiatras – Médico General – Representante de Calidad
Protocolo para la Reanimación Cardiocerebropulmonar	HOS – PT – 02	01	01/09/05	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso – Médicos Psiquiatras – Médico General – Enfermería – Representante de Calidad
Protocolos de Enfermería					
Protocolo para la Toma de Signos Vitales	HOS – PTE – 01	01	01/08/05	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso – Enfermería – Representante de Calidad
Protocolo para la Higiene del Paciente	HOS – PTE – 02	01	01/08/05	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso – Enfermería – Representante de Calidad
Protocolo para la Administración de Líquidos Endovenosos	HOS – PTE – 03	02	03/02/06	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso – Enfermería – Representante de Calidad
Protocolo para la Asistencia en la Eliminación	HOS – PTE – 04	01	01/08/05	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso – Enfermería – Representante de Calidad
Protocolo para la Asistencia en la Alimentación	HOS – PTE – 05	01	01/08/05	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso – Enfermería – Representante de Calidad
Protocolo para el Aislamiento de Pacientes Infectados	HOS – PTE – 06	01	01/08/05	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso – Enfermería – Representante de Calidad
Protocolo para la Administración de Medicamentos	HOS – PTE – 07	01	01/08/05	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso – Enfermería – Representante de Calidad
Protocolo para el Manejo de Heridas	HOS – PTE – 08	01	01/08/05	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso – Enfermería – Representante de Calidad
Protocolo para la Asistencia en TEC	HOS – PTE – 09	01	01/08/05	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso – Enfermería – Representante de Calidad
Protocolo para la Toma de Muestras de	HOS – PTE – 10	01	01/08/05	Fólder HOS – 01	Jefes del Proceso – Enfermería –

Laboratorio				Estación 2 de Enfermería	Representante de Calidad
Protocolo para la Inmovilización de Pacientes	HOS – PTE – 11	02	03/02/06	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso – Enfermería – Representante de Calidad
Protocolo para el Control de Líquidos	HOS – PTE – 12	01	01/08/05	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso – Enfermería – Representante de Calidad
Protocolo para la Planeación de Atención de Usuarios por parte de Enfermería.	HOS – PTE – 13	01	01/08/05	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso – Enfermería – Representante de Calidad
Protocolo para el Manejo de Cadáver	HOS – PTE – 14	01	01/08/05	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso – Enfermería – Representante de Calidad
Protocolo para Manejo de Paciente Sedado	HOS – PTE - 15	00	05/04/06	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso - Enfermería – Representante de Calidad
Procedimientos					
Procedimiento para el Recibo y Entrega de Turno	HOS – PR – 01	01	01/08/05	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso – Enfermería – Representante de Calidad
Procedimiento para el Aseo y Arreglo de a Unidad	HOS – PR – 02	01	01/08/05	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso – Enfermería – Auxiliares de Aseo – Representante de Calidad
Procedimiento para el Ingreso del Usuario a Hospitalización	HOS – PR – 03	00	01/08/05	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso – Asistente Administrativa – Enfermería – Representante de Calidad
Procedimiento para el Egreso del Paciente de Estancia Hospitalaria	HOS – PR – 04	00	01/08/05	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso – Asistente Administrativa – Enfermería – Representante de Calidad
Procedimiento para el Manejo de Elementos Personales del Usuario	HOS – PR – 05	00	01/08/05	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso –Vigilante- Enfermería – Representante de Calidad
Procedimiento para las Visitas, Llamadas y Correspondencia de Usuarios de Estancia Hospitalaria	HOS – PR – 06	00	01/08/05	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso –Vigilante- Enfermería – Representante de Calidad
Procedimiento para la Atención de Usuarios por Psicología	HOS – PR – 07	01	01/08/05	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso – Enfermería – Psicología – Psicólogos en Práctica – Representante de Calidad
Procedimiento para la Atención de Usuarios por Terapia Ocupacional	HOS – PR – 08	00	01/08/05	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso – Enfermería – Terapeuta Ocupacional - Representante de Calidad
Procedimiento para el Aislamiento de Pacientes	HOS – PR – 09	00	01/08/05	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso – Enfermería – Representante de Calidad
Documentos Guía					
Normas para la Ronda Médica	HOS – DG – 01	00	01/08/05	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso – Médicos Psiquiatras – Enfermería – Representante de Calidad
Normas para la Ronda de Enfermería	HOS – DG – 02	00	25/10/05	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso – Enfermería – Representante de Calidad
Caracterización del Proceso de Estancia Hospitalaria	HOS – DG – 03	01	12/01/06	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso - Enfermería – Representante de Calidad
Normas para la requisa de pacientes	HOS – DG - 04	00	08/03/06	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso - Enfermería – Representante de Calidad
Instructivo					
Instructivo para Registro de Eventos Adversos	HOS – IN - 01	00	02/05/06	Fólder HOS – 01 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso - Enfermería – Representante de Calidad

REGISTROS

NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO	UBICACIÓN	ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN	DISPOSICIÓN FINAL	ALMACENAMIENTO
Encuesta de Satisfacción	HOS – R – 01	Fólder HOS – 02 Estación 2 de Enfermería	Jefes del Proceso Representante de Calidad	3 meses después de diligenciada	Archivo Central Por 3 meses y luego destrucción	Fólder
Kardex	HOS – R – 02	Fólder HOS – 03 Kardex Estación1 Fólder HOS – 04 Kardex Estación2 Estaciones de Enfermería	Jefes del Proceso – Enfermería – Médicos Psiquiatras – Médico General	Durante la Hospitalización	Archivo de Facturación	Fólder
Reporte de Camas	HOS – R – 03	Escritorio Estaciones de Enfermería	Jefes del Proceso – Enfermería – Médicos Psiquiatras – Médico General	3 Meses	Archivo Central Por un Año	Carpeta
Hoja de Entrega de Turno	HOS – R – 04	Escritorio Estaciones de Enfermería	Enfermería – Médico General – Médicos Psiquiatras	12 horas	Destrucción	Tabla de Enfermería
Orden de Procedimientos Diagnósticos y Exámenes de Laboratorio Clínico Especializado y Exámenes Radiológicos	HOS – R – 05	Escritorio Estaciones de Enfermería	Jefes del Proceso – Enfermería – Médico Psiquiatra – Médico General	Mientras se realiza el procedimiento	Envío a los laboratorios respectivos	Fólder HOS – 03 Fólder HOS – 04 Hojas de Kardex de cada paciente
Cuaderno de Novedades de Jefe de Enfermería	HOS – R – 06	Estación de Enfermería N° 2	Enfermera Jefe	3 Meses	Destrucción	Cuaderno
Cuaderno de Entrega de Turno de Medicamentos	HOS – R – 07	Escritorio Cuarto de Medicamentos	Auxiliares de Enfermería de Medicamentos	3 Meses	Destrucción	Cuaderno
Conversatorio Pacientes Hospitalizados	HOS – R – 08	Fólder HOS – 02 Estación de Enfermería 2	Jefes del Proceso – Terapeuta Ocupacional – Representante de Calidad	3 meses después de diligenciado	Archivo Central Por 3 meses y luego destrucción	Fólder
Recibo de Medicamentos	HOS – R – 09	Escritorio Cuarto de Medicamentos	Auxiliares de Enfermería de Medicamentos	Durante la Hospitalización	Archivo Facturación	Carpeta
Programación de Turnos de Enfermería	HOS – R – 10	Fólder HOS – 02 Estación 2 de Enfermería	Enfermería	Un Mes	Archivo Recurso Humano	Fólder
Turnos de Enfermería Realizados	HOS – R – 11	Fólder HOS – 02 Estación 2 de Enfermería	Enfermería – Tesorera	Un Mes	Archivo de Recurso Humano	Fólder
Actividades Mensuales de Terapia Ocupacional	HOS – R – 12	Fólder HOS – 02 Estación 2 de Enfermería	Terapeuta Ocupacional – Enfermería	3 meses	Destrucción	Fólder
Actividades Médico General	HOS – R – 13	Escritorio Estación de Enfermería 2	Médico General Enfermería	3 Meses	Destrucción	Carpeta
Registro de Psicoeducación	HOS – R – 14	Consultorio de Psicología	Jefes del Proceso – Psicóloga – Psicólogos en Práctica	6 Meses	Destrucción	Carpeta
Registro de Familias a Intervención Psicológica	HOS – R – 15	Consultorio de Psicología	Jefes del Proceso – Psicóloga – Psicólogos en Práctica	6 Meses	Destrucción	Carpeta
Registro de Intervención Grupal de Psicología de Usuarios de Estancia Hospitalaria	HOS – R – 16	Consultorio de Psicología	Jefes del Proceso – Psicóloga – Psicólogos en Práctica	6 Meses	Destrucción	Carpeta
Registro de Disponibilidad de Psicólogos en Práctica para Intervención Grupal en Fin de	HOS – R – 17	Consultorio de Psicología	Jefes del Proceso – Psicóloga – Psicólogos en	6 Meses	Destrucción	Carpeta

Semana			Práctica			
Registro de Atención por Psicología de Usuarios de Estancia Hospitalaria	HOS – R – 18	Consultorio de Psicología	Jefes del Proceso – Psicóloga – Psicólogos en Práctica	6 Meses	Destrucción	Carpeta
Análisis de Datos	HOS – R – 19	Fólder HOS – 02 Estación 2 de Enfermería	Junta Directiva – Gerencia – Jefes del Proceso – Representante de Calidad	1 año	Eliminación	Fólder
Consentimiento Informado	HOS – R -20	Historia Clínica del usuario	Médico Tratante Médico General Enfermera Jefe	El tiempo que se retenga la Historia Clínica	Historia Clínica – Archivo de Historias Clínicas	Sobres
Lista de chequeo para la evaluación de historias clínicas de estancia hospitalaria	HOS – R – 21	Fólder Comité de Historias Clínicas Estación de Enfermería N°1	Comité de Historias Clínicas – Jefe de Proceso	3 Meses después de Diligenciada	Archivo Central por 3 meses después eliminar	Fólder
Registro Eventos Adversos en Estancia Hospitalaria	HOS – R – 22	Fólder HOS – 02 Estación 2 de Enfermería	Comité Técnico Científico – Médicos Enfermería – Psicólogos – Representante de Calidad – Terapeuta Ocupacional	6 meses	Destrucción	Fólder

DOCUMENTOS EXTERNOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	PERIODO DE ACTUALIZACIÓN	ORIGEN	UBICACIÓN	VERSIÓN	ACCESO
- Formato de Remisión de Muestras de Laboratorio	HOS – DE – 01	Cuando el laboratorio lo actualiza	Laboratorios Bolívar	Escritorio Estaciones de Enfermería	00	Enfermería
- Solicitud de Órdenes de Honorarios de Ecopetrol	HOS – DE – 02	Cuando la entidad lo actualice	Ecopetrol	Escritorio Estaciones de Enfermería	00	Enfermería



CONVENIOS

DOCUMENTOS INTERNOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	UBICACIÓN	ACCESO
Procedimientos					
Procedimiento de Suscripción, Renovación y Terminación de Convenios	CON – PR – 01	02	03/02/06	Fólder CON – 01 Archivo Gerencia	Gerencia
Instructivo					
Instructivo para el Diligenciamiento de Portada y Pagaré	CON – IN – 02	00	05/01/06	Fólder CON – 01 Archivo Gerencia Fólder FAC – 01 Archivo Facturación	Gerencia, Jefes de Enfermería, Asistente Administrativa
Documentos Guía					
Caracterización del Proceso de Convenios	CON – DG – 01	01	19/01/06	Fólder CON – 01 Archivo Gerencia	Representante del Proceso – Representante de Calidad

REGISTROS

NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO	UBICACIÓN	ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN	DISPOSICIÓN FINAL	ALMACENAMIENTO
Correspondencias - Reclamaciones Convenios	CON – R – 01	AZ - CON - 01	Gerencia	Durante la Vigencia del Convenio	Archivo Central	AZ
Análisis Encuestas de Satisfacción Clientes Institucionales	CON – R – 02	Computador Gerencia /Mis Documentos/ Convenios	Gerencia	6 meses	Destrucción	PC - Gerencia
Directorio de Convenios	CON – R – 03	Fólder CON – 01 Computador Gerencia Mis Documentos/Directorío de Convenios	Gerencia - Asistente Administrativa	El archivo se mantiene en el equipo, se actualiza diariamente y se imprime mensual	Destrucción	Fólder
Programas a Particulares	CON – R – 04	Fólder CON – 02 Sobre del Usuario Fuelle FAC – 01	Gerencia – Asistente Administrativa – Jefes de Enfermería	Durante la Hospitalización del Paciente	Anexo a Copias Rosadas de Facturas Archivo Facturación	Fólder Sobre
Condiciones de Negociación con EPS, Medicinas Prepagadas, ARP y Particulares	CON – R – 05	Fólder CON – 02	Junta Directiva – Gerencia	Duración del Contrato	Eliminación	Fólder
Análisis de Datos	CON – R – 06	Fólder CON – 01	Junta Directiva – Gerencia – Jefes del Proceso – Representante de Calidad	1 años	Eliminación	Fólder
Formato de Evaluación Cumplimiento de Convenios	CON – R – 07	PC Gerencia/Mis Documentos/Convenios	Gerencia -	6 meses	Destrucción	PC Gerencia
Formato Encuesta de Satisfacción de Clientes	CON – R – 08	Fólder CON-02	Gerencia -	6 meses	Eliminación	Fólder

DOCUMENTOS EXTERNOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	PERIODO DE ACTUALIZACIÓN	ORIGEN	UBICACIÓN	VERSIÓN	ACCESO
Convenios de Prestación de Servicios	CON – DE – 01	Cada vez que se renueve el contrato o cuando se produzcan modificaciones	EPS	Fólder CON – 02 AZ Fólder Tarifario N°4 Az Fólder Tarifario N°5	00	Gerencia Asistente Administrativa



CONTABILIDAD GENERAL

DOCUMENTOS INTERNOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	UBICACIÓN	ACCESO
Procedimientos					
Procedimiento de Contabilidad	CG – PR – 01	00	22/08/05	Fólder CG – 01 Archivo de Contabilidad General	Responsable del proceso – Contadora – Tesorera – Revisor Fiscal - Representante de Calidad
Procedimiento de Tesorería	CG – PR – 02	00	22/08/05	Fólder CG – 01 Archivo de Contabilidad General	Responsable del proceso – Contadora – Tesorera – Revisor Fiscal - Representante de Calidad
Documentos Guía					
Caracterización del Proceso de Contabilidad General	CG – DG – 01	01	16/01/06	Fólder CG – 01 Archivo de Contabilidad General	Responsable del proceso Representante de Calidad

REGISTROS

NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO	UBICACIÓN	ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN	DISPOSICIÓN FINAL	ALMACENAMIENTO
Libros de Movimiento Contable	CG – R – 01	Archivo Contabilidad 01 Movimientos Contables – Administración	Contadora – Revisor Fiscal – Tesorera – Gerencia	3 años	Archivo Central	Pastas
Estados Financieros	CG – R – 02	Archivo Contabilidad – 02	Contadora – Revisor Fiscal – Tesorera – Gerencia	3 años	Archivo Central	Carpetas
Copias de Seguridad de Asientos Contables	CG – R – 03	Archivo Contabilidad – 02	Contadora – Revisor Fiscal – Gerencia	1 mes	Caja de Seguridad fuera de la institución	Diskette
Informe Diario de Caja	CG – R – 04	Escritorio Tesorería	Tesorera – Contadora – Revisor Fiscal – Gerencia	2 meses	Archivo Central	Carpeta
Informe Diario de Bancos	CG – R – 05	Escritorio Tesorería	Tesorera – Contadora – Revisor Fiscal – Gerencia	2 meses	Archivo Central	Carpeta
Relación de Cartera	CG – R – 06	Escritorio Tesorería	Tesorera – Contadora – Revisor Fiscal – Gerencia	2 meses	Archivo Central	Carpeta
Registro de Nóminas para Pagos de Sueldos	CG – R – 07	Archivo Recurso Humano Cajón N° 2	Tesorera – Contadora – Revisor Fiscal – Gerencia – Subgerencia	2 años	Archivo Central	Carpeta
Novedades de Nómina	CG – R – 08	Carpeta de Nómina Archivador Recurso Humano – Gaveta N° 2	Tesorería – Contabilidad – Recurso Humano – Gerencia	3 años	Archivo Central	Carpetas
Liquidación de Extras, Recargos y Festivos	CG – R – 09	Carpeta de Nómina Archivador Recurso Humano – Gaveta N° 2	Tesorería – Contabilidad – Recurso Humano – Gerencia	3 años	Archivo Central	Carpetas
Reporte de Turnos del Personal	CG – R – 10	Carpeta de Nómina	Tesorería – Contabilidad – Recurso	3 años	Archivo Central	Carpetas

de Enfermería		Archivador Recurso Humano – Gaveta N° 2	Humano – Gerencia			
Turnos de Personal de Nutrición, Servicios Generales y Vigilancia	CG – R – 11	Carpeta de Nómina Archivador Recurso Humano – Gaveta N° 2	Tesorería – Contabilidad – Recurso Humano – Gerencia	3 años	Archivo Central	Carpetas
Promedio Extras y Recargos	CG – R – 12	Carpeta de Nómina Archivador Recurso Humano – Gaveta N° 2	Tesorería – Contabilidad – Recurso Humano – Gerencia	3 años	Archivo Central	Carpetas
Nómina para Pago de Prestaciones Sociales	CG – R – 13	Carpeta de Nómina Archivador Recurso Humano – Gaveta N° 2	Tesorería – Contabilidad – Recurso Humano – Gerencia	3 años	Archivo Central	Carpetas
Presupuesto de Pagos	CG – R – 14	Escritorio Tesorería	Tesorería – Contadora – Gerencia	2 Meses	Destrucción	Capeta
Retefuente Certificados Expedidos	CG – R – 15	Archivo Contabilidad – 01	Tesorería – Contadora – Revisor Fiscal – Gerencia	3 años	Archivo Central	Carpeta
Libros Registrados Libro Registrado Actas	CG – R – 16	Archivo Contabilidad – 01 Caja de Seguridad	Tesorería – Contadora – Revisor Fiscal – Gerencia	Toda la Vida	Permanece siempre en el archivo contable Permanecen en la caja fuerte	Carpeta Libro
Formato de Seguimiento a Errores Contables	CG – R – 17	Fólder CG – 01	Tesorería – Contadora – Revisor Fiscal – Gerencia – Junta Directiva	1 Mes Fólder CG – 01 3 Meses Fólder CG – 02	Destrucción	Fólder
Análisis de Datos	CG – R – 18	Fólder CG – 01	Junta Directiva – Gerencia – Jefes del Proceso – Representante de Calidad	1 año	Eliminación	Fólder

DOCUMENTOS EXTERNOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	PERIODO DE ACTUALIZACIÓN	ORIGEN	UBICACIÓN	VERSIÓN	ACCESO
RUT Proveedores	CG – DE – 01	Determinado por la DIAN	Proveedores	Archivo Contabilidad 02		Revisor Fiscal – Contadora – Gerencia
Plan Único de Cuentas	CG – DE – 02	Determinado por la Supersalud	Supersalud	Archivo Contabilidad 02	1998	Revisor Fiscal - Contadora
Declaración de Industria y Comercio	CG – DE – 03	Anual	Alcaldía Municipal	Archivo Contabilidad – 01	No Conocida	Tesorería – Contadora – Revisor Fiscal – Gerencia
Supersalud	CG – DE – 04	Cada 3 meses	Supersalud	Archivo Contabilidad – 01	No Conocida	Tesorería – Contadora – Revisor Fiscal – Gerencia
RUT	CG – DE – 05	Según Entidad	DIAN	Archivo Contabilidad – 01	No Conocida	Tesorería – Contadora – Revisor Fiscal – Gerencia
Planillas Retefuente	CG – DE – 06	Mensual	DIAN	Archivo Contabilidad – 01	No Conocida	Tesorería – Contadora – Revisor Fiscal – Gerencia
Retefuente Certificados Recibidos	CG – DE – 07	Según Entidad	Proveedores	Archivo Contabilidad – 01	No Conocida	Tesorería – Contadora – Revisor Fiscal – Gerencia
Paz y Salvo Parafiscales	CG – DE – 08	Según Entidad	Comfenalco – SENA – ICBF	Archivo Contabilidad – 01	No Conocida	Tesorería – Contadora – Revisor Fiscal – Gerencia
Aportes Salud	CG – DE – 09	Según Entidad	EPS – ISS – Comfenalco – Colmédica – Salud Total – Coomeva – Solsalud – Cafesalud – Saludcoop	Archivo Recurso Humano Cajón #2	No Conocida	Tesorería – Contadora – Revisor Fiscal – Gerencia
Aportes de Pensión	CG – DE – 10	Según Entidad	Colfondo – Horizontes – Porvenir – Protección Santander – ISS	Archivo Recurso Humano Cajón #2	No Conocida	Tesorería – Contadora – Revisor Fiscal – Gerencia

Aportes Parafiscal	CG – DE – 11	Según Entidad	Comfenalco	Archivo Recurso Humano Cajón #2	No Conocida	Tesorera – Contadora – Revisor Fiscal – Gerencia
Fondos de Cesantías	CG – DE – 12	Según Entidad	Fondo Santander	Archivo Recurso Humano Cajón #2	No Conocida	Tesorera – Contadora – Revisor Fiscal – Gerencia



CONSULTA EXTERNA

DOCUMENTOS INTERNOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	UBICACIÓN	ACCESO
Manuales					
Manual de Guías Médicas de Atención para las Diez Primeras Causas de Consulta Externa de Psiquiatría	CE – MA – 01	00	01/08/05	Fólder CE – 01 Archivo Consulta Externa	Médicos Psiquiatras Adscritos Jefes de Proceso Representante de Calidad
Procedimientos					
Procedimiento de Asignación de Citas de Consulta Externa	CE– PR– 01	01	08/06/05	Fólder CE – 01 Archivo Consulta Externa	Responsables del proceso Representante de Calidad
Procedimiento para la Atención del Usuario de Consulta Externa	CE – PR– 02	01	01/08/05	Fólder CE – 01 Archivo Consulta Externa	Responsables del proceso Representante de Calidad
Procedimiento de Solicitud de Cita para Electroencefalogramas	CE – PR – 03	01	08/06/05	Fólder CE – 01 Archivo Consulta Externa	Responsables del proceso Representante de Calidad
Documentos Guía					
Caracterización de Procesos Consulta Externa	CE – DG – 01	01	27/01/06	Fólder CE – 01 Archivo Consulta Externa	Responsables del proceso Representante de Calidad
Guía de Comprobación de Derechos para Atención de usuarios de Consulta Externa	CE – DG – 02	00	04/10/05	Fólder CE – 01 Archivo Consulta Externa	Responsables del proceso Representante de Calidad

REGISTROS

NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO	UBICACIÓN	ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN	DISPOSICIÓN FINAL	ALMACENAMIENTO
Relación de Consulta Externa Diaria	CE– R –01	Consultorios Médicos	Médicos Psiquiatras Coordinadora de Atención al Usuario	Un día	Archivo de Consulta de Médicos Psiquiatras	Carpeta
Programación de Consulta Externa Diaria de Psiquiatría y Psicología	CE– R –02	Carpeta de Programación del Médico o Psicólogo Respectivo	Médicos Psiquiatras Coordinadora de Atención al Usuario	Un día	Archivo de Consulta de Médicos Psiquiatras	Carpetas
Encuestas de Satisfacción del Usuario en el Servicio de	CE– R – 03	Carpeta de Encuestas de Consulta Externa	Responsables del Proceso Representante de Calidad	6 meses a partir de la fecha en que se diligenciaron	Destrucción	Carpeta

Consulta Externa						
Control de Retrasos en la Atención de Consulta	CE – R - 04	Mis Documentos/Ana Victoria/ Control de Retrasos CE – R – 04	Responsables del Proceso Representante de Calidad	3 meses	Dstrucción	Fólder
Facturas	CE – R – 05	Carpeta Facturas de Consulta Externa	Coordinadota de Atención al Usuario – Tesorera – Contadora	Un día	Archivo Contabilidad	Carpeta
Formato de Seguimiento de Asignación de Citas de primera vez oportunamente	CE – R – 06	Carpeta de Seguimiento de Asignación de Citas de Primera Vez Oportunamente	Responsables del proceso Coordinador de Archivo	3 meses	Dstrucción	Carpeta
Análisis de Datos	CE – R – 07	Fólder CE – 01 Archivo Consulta Externa	Junta Directiva – Gerencia – Jefes del Proceso – Representante de Calidad	1 año	Eliminación	Fólder
Lista de chequeo para la evaluación de historias clínicas de consulta externa	CE – R – 08	Fólder Comité de Historias Clínicas Estación de Enfermería N°1	Comité de Historias Clínicas – Jefe de Proceso	3 Meses después de Diligenciada	Archivo Central por 3 meses después eliminar	Fólder

DOCUMENTOS EXTERNOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	PERIODO DE ACTUALIZACIÓN	ORIGEN	UBICACIÓN	VERSIÓN	ACCESO
Formato de Orden de Consulta Colmédica Medicina Prepagada	CE– DE – 01	Según la Entidad	Colmédica Medicina Prepagada	Carpeta Colmédica Archivo Consulta Externa	No establecido	Coordinadora de Consulta Externa Coordinadora Estadísticas y Archivo Asistente Administrativa
Formato de Orden de Consulta Cafesalud Medicina Prepagada	CE– DE – 02	Según la Entidad	Cafesalud Medicina Prepagada	Carpeta Cafesalud Archivo Consulta Externa	No establecido	Coordinadora de Consulta Externa Coordinadora Estadísticas y Archivo Asistente Administrativa
Vaucher Coomeva Medicina Prepagada	CE– DE – 03	Según la Entidad	Coomeva Medicina Prepagada	Carpeta Coomeva Archivo Consulta Externa	No establecido	Coordinadora de Consulta Externa Coordinadora Estadísticas y Archivo Asistente Administrativa



COMPRAS

DOCUMENTOS INTERNOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	UBICACIÓN	ACCESO
Procedimientos					
Procedimiento para la Compra de Materiales, Insumos y Servicios	COM - PR - 01	01	08/02/06	COMPRAS - FÓLDER COM-01	Jefe del Proceso Representante de Calidad
Instructivos					
Instructivo para el Requerimiento de Medicamentos e Insumos	COM - IN - 01	01	25/01/06	COMPRAS - FÓLDER COM-01	Subgerente
Instructivo para la Recepción y Muestreo de los Medicamentos e Insumos Hospitalarios	COM - IN - 02	00	01/09/05	COMPRAS - FÓLDER COM-01	Subgerente
Documentos Guía					
Caracterización de Procesos Compras	COM – DG – 01	01	08/02/06	COMPRAS - FÓLDER COM-01	Jefe del Proceso Representante de Calidad

REGISTROS

NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO	UBICACIÓN	ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN	DISPOSICIÓN FINAL	ALMACENAMIENTO
Requerimiento de Materiales e Insumos	COM - R - 01	Subgerencia Carpeta Solicitud Interna de Compras	Subgerente	Trimestral	Reciclar	Carpeta
Requerimiento de Medicamentos e Insumos Hospitalarios	COM - R - 02	Servicio Farmacéutico Carpeta Requerimiento de Medicamentos e Insumos	Subgerente Regente del Servicio Farmacéutico	Semestral	Reciclar	Carpeta
Requerimiento de Carnes	COM - R - 03	Subgerencia AZ - Requerimientos	Subgerente	Trimestral	Reciclar	AZ
Requerimiento de Legumbres, Abarrotes y Frutas	COM - R - 04	Subgerencia AZ - Requerimientos	Subgerente	Trimestral	Reciclar	AZ
Requerimiento de Viveres y Útiles de Aseo	COM - R - 05	Subgerencia AZ - Requerimientos	Subgerente	Trimestral	Reciclar	AZ
Listado de Proveedores	COM - R - 06	Subgerencia Carpeta - Listado de Proveedores	Subgerente Regente del Servicio Farmacéutico	Anual	Reciclar	Carpeta
Cotización de Medicamentos e Insumos Hospitalarios	COM - R - 07	Subgerencia Archivo: COM-R-07 Cotización de Medicamentos e Insumos Hospitalarios	Subgerente Regente del Servicio Farmacéutico	Trimestral	Reciclar	Digital
Orden de Compra	COM - R - 08	Subgerencia Carpeta - Ordenes de Compra	Subgerente	Anual	Reciclar	Carpeta

Recepción de Medicamentos e Insumos Hospitalarios	COM - R - 09	Servicio Farmacéutico Carpeta Recepción de Medicamentos e Insumos Hospitalarios	Subgerente Regente del Servicio Farmacéutico	Semestral	Reciclar	Carpeta
Inspección de Medicamentos e Insumos Hospitalarios	COM - R - 10	Servicio Farmacéutico Carpeta Inspección de Medicamentos e Insumos Hospitalarios	Subgerente Regente del Servicio Farmacéutico	Semestral	Reciclar	Carpeta
Mínimos y Máximos de Medicamentos e Insumos en el Servicio Farmacéutico	COM - R - 11	Servicio Farmacéutico Archivo: COM-R-11 Mínimos y Máximos de Medicamentos e Insumos en el Servicio Farmacéutico.	Subgerente Regente del Servicio Farmacéutico	Trimestral	Archivar por 3 Meses en Archivos Inactivos en subgerencia	Digital
Devolución de Productos	COM - R - 12	Subgerencia Carpeta Devolución de Productos	Subgerente Regente del Servicio Farmacéutico	Anual	Reciclar	Carpeta
Reevaluación de Proveedores	COM - R - 13	Subgerencia Fólder 02 Compras - Proveedores	Subgerente	Anual	Archivar por 1 año en Carpeta Reevaluación de Proveedores Año XX en Archivo Principal	Fólder
Evaluación para la Selección de Proveedores	COM - R - 14	Subgerencia Fólder 02 Compras - Proveedores	Subgerente	Hasta Vigencia del Proveedor	Archivar en Proveedores Inactivos en Archivo Pincipal	Fólder
Ficha de Inscripción del Proveedor	COM - R - 15	Subgerencia Carpeta de Proveedor	Subgerente	Hasta Vigencia del Proveedor	Archivar en Proveedores Inactivos en Archivo Pincipal	Carpeta
Control Entrega de Facturas a Contabilidad	COM - R - 16	Subgerencia Carpeta Entrega de Facturas a Contabilidad	Subgerente	Anual	Eliminar	Carpeta
Requerimiento de Servicios	COM - R - 17	Subgerencia Carpeta requerimientos de Servicios	Subgerente	Anual	Eliminar	Carpeta
Orden de Trabajo	COM - R - 18	Subgerencia Carpeta ODT	Subgerente	Anual	Reciclar	Carpeta
Programa para el Mantenimiento Preventivo de Equipos	COM - R - 19	Subgerencia Archivo: COM-R-18 Programa de Mantenimiento de Equipos	Subgerente	Anual	Eliminar	Digital
Hoja de Vida del Equipo	COM - R - 20	Subgerencia Carpeta Mantenimiento de Equipos	Subgerente	Anual	Reciclar	Carpeta



CLINICA AMBULATORIA

DOCUMENTOS INTERNOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	UBICACIÓN	ACCESO
Manuales					
Guías de Atención Terapéutica de Clínica Ambulatoria	CA – MA – 01	00	25/10/05	Fólder CA – 01 Archivo Terapia Ocupacional	Responsable del Proceso – Psicólogo – Practicantes de Psicología – Terapeuta Ocupacional – Representante de Calidad
Procedimientos					
Procedimiento de Clínica Ambulatoria	CA – PR – 01	01	28/02/06	Fólder CA – 01 Archivo Terapia Ocupacional	Responsable del Proceso – Terapeuta Ocupacional – Psicólogos – Representante de Calidad
Documentos Guía					
Caracterización del Proceso de Clínica Ambulatoria	CA – DG – 01	01	23/01/06	Fólder CA – 01 Archivo Terapia Ocupacional	Responsable del Proceso – Representante de Calidad
Reglamento Clínica Ambulatoria	CA – DG – 02	01	01/08/05	Fólder CA – 01 Archivo Terapia Ocupacional	Responsable del Proceso – Terapeuta Ocupacional - Psicólogo

REGISTROS

NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO	UBICACIÓN	ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN	DISPOSICIÓN FINAL	ALMACENAMIENTO
Control de Asistencia	CA – R – 01	Archivo Terapia Ocupacional	Terapeuta Ocupacional	3 Meses	Eliminación	Carpeta
Escala de Evaluación Comprensivo de Terapia Ocupacional COTES	CA – R – 02	Historia Clínica del Usuario Archivo Terapia Ocupacional	Terapeuta Ocupacional – Psicólogos – Asistente Administrativa	Durante la Permanencia del Usuario	Archivo Historias Clínicas	Historia Clínica
Remisión de Pacientes a Clínica Ambulatoria	CA – R – 03	Historia Clínica del Usuario Archivo Terapia Ocupacional	Terapeuta Ocupacional – Psicólogos – Médico Psiquiatra – Asistente Administrativa	Durante la Permanencia del Usuario	Archivo Historias Clínicas	Historia Clínica
Control de Recaídas de Pacientes de Clínica Ambulatoria	CA – R – 04	Archivo Terapia Ocupacional	Terapeuta Ocupacional - Psicólogos	3 Meses	3 Meses Archivo Central Eliminación	Carpeta
Control de historias Clínicas de Clínica Ambulatoria	CA – R – 05	Carpeta Clínica Ambulatoria – Archivo Terapia Ocupacional	Terapeuta Ocupacional – Asistente Administrativa	Mientras se llena el registro	Destrucción	Carpeta

Reporte de Pacientes de Clínica Ambulatoria a Vigilancia y Cocina	CA – R – 06	Escritorio Vigilante Cocina	Terapeuta Ocupacional – Vigilante – Auxiliares de Cocina	8 días (vigilancia) 1 día (cocina)	Dstrucción	Carpeta
Reporte Diario Pacientes Clínica Ambulatoria	CA – R – 07	Estadísticas y Archivo	Terapeuta Ocupacional – Coordinador de Estadísticas y Archivo – Asistente Administrativo	6 meses	Dstrucción	Carpeta
Control de Asistencia al Programa de Clínica Ambulatoria	CA – R – 08	Carpeta Asistencia Clínica Ambulatoria – Archivo Terapia Ocupacional	Terapeuta Ocupacional – Asistente Administrativo	Durante permanencia del usuario en el programa	Archivo Facturación	Carpeta
Encuesta de Satisfacción	CA – R – 09	Fólder CA – 01 Archivo Terapia Ocupacional	Jefe del Proceso – Representante de Calidad - Gerencia	4 meses	Archivo Central durante 2 meses Dstrucción	Fólder
Análisis de Datos	CA – R – 10	Fólder CA – 01 Archivo Terapia Ocupacional	Junta Directiva – Gerencia – Jefes del Proceso – Representante de Calidad	1 año	Eliminación	Fólder
Lista de chequeo para la evaluación de historias clínicas de clínica ambulatoria	CA – R – 11	Fólder Comité de Historias Clínicas Estación de Enfermería N°1	Comité de Historias Clínicas – Jefe de Proceso	3 Meses después de Diligenciada	Archivo Central por 3 meses después eliminar	Fólder
Registro Eventos Adversos en Clínica Ambulatoria	CA – R – 12	Fólder CA – 01 Archivo Terapia Ocupacional	Comité Técnico Científico – Médicos Enfermería – Psicólogos – Representante de Calidad – Terapeuta Ocupacional	6 meses	Dstrucción	Fólder

DOCUMENTOS EXTERNOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	PERIODO DE ACTUALIZACIÓN	ORIGEN	UBICACIÓN	VERSIÓN	ACCESO
Excusas de inasistencia a Clínica Ambulatoria	CA – DE – 01	NA	Entidad o persona que certifique la incapacidad o excusa de inasistencia	Carpeta Excusas – Archivo Terapia Ocupacional	NA	Terapeuta Ocupacional



ASEO

DOCUMENTOS INTERNOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	UBICACIÓN	ACCESO
Documentos Guía					
Caracterización de Procesos Aseo	AS – DG – 01	01	16/02/06	FÓLDER ASEO 01	Jefes del Proceso – Representante de Calidad
Plan de Gestión de Residuos Sólidos Hospitalarios	AS – DG – 02	01	03/02/06	FÓLDER ASEO 01	Jefes del Proceso – Representante de Calidad – Comité de Infecciones Intra hospitalarias – Personal de Aseo.
Guía para el uso del Hipoclorito de Sodio	AS – DG - 03	00	14/11/05	FÓLDER ASEO 01/ Carpeta Fichas Técnicas Área de Lavandería	Jefes del Proceso – Representante de Calidad – Comité de Infecciones Intra hospitalarias – Personal de Aseo.
Manuales					
Manual de Aseo	AS – MA – 01	00	20/09/05	FÓLDER ASEO 01	Jefes del Proceso – Representante de Calidad
Manual de Normas de Bioseguridad	AS - MA - 02	00	20/09/05	FÓLDER ASEO 01	Jefes del Proceso – Representante de Calidad – Comité de Infecciones Intra hospitalarias – Personal de Área de Atención al usuario.
Procedimiento					
Procedimiento para el manejo de Ropa Sucia y Contaminada	AS-PR-01	00	05/05/06	FÓLDER ASEO 01	Jefe De Proceso – Representante de Calidad- Personal de Enfermería-Auxiliares de Aseo.

REGISTROS

NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO	UBICACIÓN	ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN	DISPOSICIÓN FINAL	ALMACENAMIENTO
Plan General de Aseo	AS – R – 01	Archivo: Plan General de Aseo	Subgerencia – Auxiliares de Aseo	6 meses	Eliminación	NA
Control de Basuras por Peso	AS – R – 02	Carpeta Control del Peso de Basuras	Subgerencia	3 meses	Destrucción	Carpeta
Lista de Chequeo Plan General de Aseo	AS – R -03	Carpeta Lista de Chequeo Plan General de Aseo	Subgerencia	6 meses	Destrucción	Carpeta
Análisis de Datos	AS – R - 04	Fólder ASEO 01	Subgerencia – Representante de Calidad – Gerencia	1 año	Destrucción	Fólder

DOCUMENTOS EXTERNOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	CÓDIGO	PERIODO DE ACTUALIZACIÓN	ORIGEN	UBICACIÓN	VERSIÓN	ACCESO
Certificados de Fumigación	NA	NA	FUMISAN	Carpeta Certificados de Fumigación – Archivo Subgerencia	NA	Subgerencia Comité de Infecciones Intrahospitalarias
Control Diario de Ropa	NA	NA	LAVANSER	Carpeta Lavanser – Arcjovp Subgerencia	NA	Subgerencia – Auxiliar de Servicios Generales
Formulario RHP-1	NA	NA	CDMB	Carpeta Formato RHP-1 CDMB Archivo Subgerencia	NA	Subgerencia

**ANEXO D:
PROCEDIMIENTOS
DOCUMENTADOS**



1. OBJETO

Este procedimiento tiene como objeto establecer el procedimiento para garantizar el control de los documentos internos y externos del Sistema de Gestión de Calidad.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica para todos los procesos de la Clínica San Pablo S.A.

3. VOCABULARIO Y DEFINICIONES

- **Documentos:** Información y su medio de soporte.

4. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES

- Todos los documentos deberán ser aprobados en cuanto a su adecuación antes de su emisión, para garantizar que tanto el formato como la información que contienen sea coherente con el uso y requisitos con los que deba cumplir. Para garantizar lo anterior se prohíbe la divulgación de cualquier tipo de documento si no se ha diligenciado completamente el "Formato para Control de Documentos".
- Los documentos sólo podrán ser aprobados por:
 - ✓ La Dirección de la Clínica San Pablo
 - ✓ El Representante del SGC ante la dirección
 - ✓ Los dueños y responsables de cada proceso
 - ✓ Los responsables de los comités establecidos al interior de la institución
- El "Formato para Control de Documentos" deberá ser diligenciado por el Jefe del Proceso que pertenezca el documento. Una vez se diligencie el formato, éste se da a conocer al Jefe de Calidad junto con el documento respectivo, el Jefe de Calidad verifica que el documento cumpla con los requisitos establecidos y firma el formato en constancia, actualizando el listado maestro de documentos.
- El representante de calidad imprime el listado maestro de documentos cada tres meses, pero lo mantiene actualizado en el sistema. Cada proceso tendrá en la carpeta respectiva copia de la última actualización impresa del listado maestro de documentos junto con los formatos de control de documentos diligenciados. Una vez se imprima una nueva versión del listado maestro de documentos, se recogerá la anterior y se entregará copia de la nueva lista.
- Los documentos se guardarán en el archivo establecido para la documentación de cada proceso.
- Los documentos se archivan en folders, AZ, carpetas celu – guía o carpetas plastificadas, según sea más conveniente por efectos de cantidad y orden.
- Los Folders y AZ se identifican en el lomo, con la siguiente información:
Clínica San Pablo S.A.

Código del Proceso

Número de Fólder

Nombre específico del Fólder (opcional)

- Las carpetas celu – guía, se identificarán con el marbete marcado con el nombre con el cual se identifica la carpeta.
- Las carpetas plastificadas, se deberán marcar con un rótulo, en la cara superior, con el nombre con el cual se identifica la carpeta.
- Si al interior de las unidades de almacenamiento se almacenan varios documentos, se utilizarán guías o separadores, colocando en la pestaña de los mismos, un nombre, como medio de identificación.
- Si el documento aplicado es utilizado en procesos diferentes, el Jefe del Proceso, será la única persona autorizada para sacar las copias requeridas, entregando a cada proceso el documento y registrando simultáneamente en el formato de “Distribución de Documentos”, la fecha en que se entrega el documento, el nombre y código del documento, el nombre del proceso al que se le entrega, así como la firma de quién lo recibe.
- Cuando cambie la versión de un documento, se recogen las copias de la versión obsoleta y se procede a entregar la nueva versión.
- En caso en que algún documento se pierde o se encuentren copias no autorizadas, se informará a Recurso Humano para que se tomen las acciones disciplinarias respectivas.
- Todos los documentos del Sistema de Gestión de Calidad deberán ser revisados mínimo una vez al año siendo posible revisarlos con mayor frecuencia si así es requerido. Una vez se revise el documento, deberá registrarse en el historial de cambios la fecha en que se revisó y los cambios que se realizaron. Si de la revisión no se genera ningún cambio, deberá quedar registro de ello en el historial de cambios con la fecha de revisión sin que esto genere una nueva versión.
- Solo cuando se produzca un cambio significativo en un documento, en el cual se elimine o se agregue información importante en el contenido, se modificará la versión del documento. Cada vez que el documento cambie de versión, deberá ser nuevamente aprobado y diligenciando el formato de “Control de Documentos”, señalando la opción *Modificación de Documentos* actualizando el listado maestro de documentos.
- Cada vez que se cambie la versión de un documento, la versión anterior se considerará como documento obsoleto, si el documento debe conservarse, el responsable del proceso al cual pertenezca el documento, deberá recoger todas las copias que estén distribuidas en los puntos de uso y les colocará un sello de “OBSOLETO”, entregando dichos documentos al Jefe de Calidad. En caso contrario, los documentos y sus copias serán destruidos (solo por el dueño del proceso al cual pertenezca el documento).
- Si un documento se anula, el código del mismo podrá ser asignado aun nuevo documento.
- Los documentos deben ser impresos y no podrán tener tachones, borrones o enmiendas.
- Los datos resultados del uso del software de aplicación y de redes informáticas se administraran en cada proceso, por la persona que los genere. Los datos contables generados por el uso del software contable

aplicado deberán tener copias de seguridad en disquette o CD-ROM.

- Después que los registros cumplan con el tiempo de retención en el archivo, se destruyen o se ubican en el archivo central (esto cuando deba conservarse el documento), en cajas identificadas con el nombre del proceso y un número consecutivo.

Documentos de Origen Externo:

- Los documentos de origen externo que controla la Clínica San Pablo S.A. corresponden a normas gubernamentales en salud, normatividad ISO, registros asociados al personal, documentación relativa a convenios y contratos establecidos y registros de mantenimiento.
- Los documentos de origen externo son controlados por cada proceso y deben estar relacionados en el listado maestro de documentos, en la sección *Documentos de Origen Externo*. En el listado maestro se deberá identificar el código del documento, el nombre, el origen, el periodo de actualización, el responsable de la actualización, la ubicación del documento y el personal autorizado a su acceso
- La entrada de los documentos externos se realiza a través de la Coordinadora de Servicios, de la Gerencia y de los responsables de los procesos.

5. DOCUMENTOS Y REGISTROS ASOCIADOS

- Registro de Distribución de Documentos GC – R – 10
- Listado Maestro de Documentos GC – R – 11
- Formato Control de Documentos GC – R – 12

6. HISTORIAL DE CAMBIOS

- Revisión Diciembre 13 de 2002: De la revisión se realizaron las siguientes modificaciones:
 - La aprobación de documentos se descentralizó de Gestión de Calidad, y se designó a cada jefe de proceso, como la persona responsable de aprobar y distribuir los documentos correspondientes a sus procesos.
 - Solo cuando se produzca un cambio significativo en el documento, entendiendo esto como cambios en el contenido del mismo, la versión del documento cambiará y no después de cada revisión, como se tenía estipulado.
- Revisión Enero 30 de 2006: De la revisión se realizaron las siguientes modificaciones:
 - Se eliminó el Formato de Aprobación de Documentos y se introdujo el Formato de Control de Documentos
 - Se incluyó la responsabilidad en la pérdida de documentos
 - Se estableció que los documentos sellados como obsoletos le serán entregados a calidad quien quedará como responsable de los mismos.
 - Se modificó el contenido del listado maestro de documentos en cuanto a los documentos externos
 - Se aprueba que el código de los documentos anulados pueda ser asignado a nuevos documentos.

Elaborado Por: Aura María Martínez Agudelo

Aprobado Por: Representante de Calidad

COPIA CONTROLADA



1. OBJETO

Este procedimiento tiene como objeto establecer el procedimiento para garantizar el control de los registros del Sistema de Gestión de Calidad.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica para todos los procesos de la Clínica San Pablo S.A.

3. VOCABULARIO Y DEFINICIONES

- **Documento:** Información y su medio de soporte
- **Registro:** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
- **Historia Clínica:** Documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.
- **Equipo de Salud:** Son los profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.
- **Historia Clínica para Efectos Archivísticos:** Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.
- **Archivo de Gestión:** Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.
- **Archivo Central:** Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos 5 años desde la última atención.
- **Archivo Histórico:** Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservados permanentemente.¹⁰

4. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES

a) Identificación

¹⁰ Resolución 1995 de 1999

Los registros se identifican mediante el nombre y un código, que cumpla con los parámetros establecidos en el "Instructivo para la elaboración de documentos del Sistema de Gestión de Calidad". Debido a que en la institución se tiene en existencia papelería registros membretados ya impresos, se determina que mientras se agota dicha papelería, los registros se identifiquen con el código escrito a mano. Cuando la papelería se agote, los nuevos registros deberán elaborarse como se estipula en el documento "Instructivo para la Elaboración de Documentos del Sistema de Gestión de la Calidad"

HISTORIAS CLÍNICAS: La identificación de la Historia Clínica se hace mediante un número consecutivo y se anexa el número de cédula, y cada folio que la compone se identificará con un código específico, de acuerdo al tipo de registro.

REGISTROS CONTABLES: Los registros contables corresponden a:

- Movimiento Contable
- Balances, Estados de Resultados.

REGISTROS DE PERSONAL: Los registros de personal corresponden a:

- Hojas de Vida.
- Copia de documentos legales exigidos
- Certificados de educación formal y/o no formal.
- Certificados de afiliación a EPS, ARP, Fondos de Pensiones, Cajas de Compensación, entre otros
- Certificados de capacitación y formación.

b) Almacenamiento

Los registros se almacenarán en carpetas plastificadas, carpetas celu – guía, AZ o fóliders, según se requiera. Cada unidad de almacenamiento se identificará de acuerdo a lo estipulado en el *Instructivo para la Elaboración de Documentos*, y se mantendrá en la ubicación estipulada en el listado maestro de documentos.

HISTORIAS CLÍNICAS: Las Historias Clínicas se almacenarán de la siguiente forma:

- Pacientes Hospitalizados: Las Historias se almacenarán en unas pastas marrones, marcadas en la pasta superior con el nombre del paciente escrito sobre cinta de enmascarar. Durante la estancia del paciente en hospitalización, las historias permanecerán en las estaciones de enfermería y cuando el médico lo requiera le serán llevadas por los auxiliares de enfermería de las estaciones correspondientes hasta el consultorio, y serán devueltas a la estación, una vez el médico termine de evolucionar pacientes.
- Archivo de Historias Clínicas: Las Historias Clínicas que entren al archivo identificado con el mismo nombre, se guardarán en sobres manila en cuya cara superior se anotará el nombre del paciente, el número de historia en el extremo inferior derecho y el número de cédula en el extremo inferior izquierdo. Los sobres con las historias clínicas se almacenarán en estantes y se ordenarán por número de historia.

REGISTROS CONTABLES: Los registros contables se almacenarán de la siguiente forma:

- Movimiento Contable: Facturas, Comprobantes de Egreso, Recibos de Caja, Notas Contables, entre otros. Se almacenaran empastados en libros de color marrón identificados de la siguiente manera:
Clínica San Pablo S.A.
Movimiento Contable

Código

Mes correspondiente

Número de Tomo

Año

Estos libros se almacenarán en el área identificada como "Movimiento Contable", en el área administrativa y se ordenarán según el año, el mes y el tomo.

- Los balances y estados de resultados que se generen se guardarán en carpetas plastificadas, identificadas con el nombre del registro correspondiente, y almacenadas en el archivo identificado con el nombre de "Archivo Contable" ordenados según el año y el mes al que correspondan.

REGISTROS DE PERSONAL: Todos los registros de personal de nómina se archivan en carpetas celu-guía, del trabajador correspondiente. La carpeta se marcará mediante guías con el nombre del trabajador. Estas carpetas se guardarán en el archivo identificado como "Archivo de Recurso Humano" y se ordenarán en orden alfabético según el apellido. Si se excede el límite de la carpeta, deberá abrirse una nueva carpeta con el nombre del trabajador y el número dos, y así sucesivamente.

Los registros del personal adscrito se almacenan en el "Archivo de Recurso Humano", en la sección de personal adscrito, los registros se guardan en carpetas celu – guía identificadas en el marbete con el nombre del profesional, y se ordenan por orden alfabético según el primer apellido.

c) Protección

Se ubican las unidades de conservación o carpetas en los lugares asignados por cada área para archivo las cuales deben cumplir con las siguientes condiciones de conservación preventiva:

- Contra la luz: No situar los documentos al lado de las ventanas, o muy cercanos a los fluorescentes. La luz no debe incidir directamente sobre el papel.
- Contra el polvo: Hay que utilizar siempre carpetas y/o cajas para documentos
- Contra la humedad: No almacenar documentos donde pasen cañerías
- Contra el calor: Archivar los documentos lejos de fuentes de calor directo
- Contra insectos y roedores: Es necesario que las áreas de archivo sean fumigadas al menos una vez al año
- CD y disquetes: Para su protección se requiere que se almacenen en lugares poco húmedos y donde no estén expuestos a fuentes de calor directo. Hay que alejarlos del polvo, la grasa y los golpes. La vida útil está estimada en diez años y de 50 a 75 años para los CD – ROM. Estos soportes deben ser archivados en contenedores de material plástico.

d) Recuperación

La Gerencia es quien únicamente tiene libre acceso a todos los registros del sistema de gestión de calidad. Las demás personas autorizadas para tener acceso a los registros se establecen en el listado maestro de control de registros. Las personas no autorizadas deben solicitar el acceso de manera forma o informal al responsable del proceso que controla sus registros. La recuperación se hace a través de la identificación, la

fecha o nombre del registro.

Cada dependencia controla sus registros, el representante de la dirección mantiene actualizado y vigente el listado maestro de registros controlados.

HISTORIAS CLÍNICAS: Las historias clínicas se almacenan en un área restringida, a la cual tienen acceso: la Coordinadora de Estadísticas y Archivo y el Mensajero. En horario administrativo, son los únicos que pueden acceder y permanecer en dicha área, y por lo consiguiente son quienes buscarán y entregarán las historias clínicas que se necesiten en urgencias o consulta externa, a la coordinadora de servicios y/o a los jefes de enfermería. Si una historia que se encuentre en el archivo es requerida en horario no laboral, la jefe de enfermería será la única persona que podrá entrar al área de historias clínicas y sacar la o las historias clínicas que se requieran.

Cada vez que una historia sea sacada del archivo se deberá registrar en el libro identificado con el nombre "Libro de Control de Historias Clínicas" que se encuentra en el archivo de historias clínicas, se registrará el número de historia, nombre del paciente al cual corresponde, el área por la cual fue requerida (Ej. Consulta externa, urgencias), la fecha en que se sacó y la fecha en que devolvió al archivo, la firma de quien recibe la historia clínica a su salida del archivo y firma de quien recibe la historia cuando regresa al archivo.

Las historias clínicas de los pacientes hospitalizados se mantendrán en las estaciones bajo custodia de los auxiliares y jefes de enfermería, las historias solo podrán ser consultadas por psicólogo tratante y jefe del departamento de psicología, médico psiquiatra tratante, jefe de enfermería, terapeuta ocupacional y auxiliares de enfermería, la auxiliar de facturación tendrá acceso a ella cuando se deba realizar la liquidación de la cuenta. Estas historias deben aparecer en el libro de control de historias clínicas como prestadas al servicio de hospitalización por el tiempo en que el usuario permanezca hospitalizado, el día del egreso la historia clínica debe ser archivada nuevamente.

Las historias clínicas de consulta externa se mantendrán en los consultorios de los médicos respectivos y al final de la tarde la secretaria de consulta externa recogerá todas las historias y las llevará al archivo para que el auxiliar de archivo las guarde en los sobres correspondientes y las ubique en el estante respectivo.

Solo podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, el usuario, el equipo de salud, las autoridades judiciales y de salud en los casos previstos en la ley y las demás personas determinadas en la ley.

REGISTROS CONTABLES: A los registros contables solo tienen acceso el contador, tesorero, revisor fiscal y coordinador de facturación.

REGISTROS DE PERSONAL: La única persona que tiene acceso a los registros de personal es el responsable del proceso de recurso humano, el subgerente, el contador, el revisor fiscal, el tesorero y la gerencia.

e) Tiempo de Retención

El periodo de retención o conservación de los registros de calidad es el lapso de tiempo asignado por los diferentes responsables de procesos y las normas legales estipuladas. El tiempo de conservación de los registros se establece en el listado maestro de registros. Las bases de datos del software aplicativo se almacenan en cintas magnéticas y en copias de seguridad controladas por el responsable de cada proceso.

HISTORIAS CLÍNICAS: Las historias clínicas se conservarán por un periodo máximo de 25 años contados a partir de la fecha de la última atención.

REGISTROS CONTABLES: Los registros y libros contables se mantienen durante la permanencia de la institución.

REGISTROS DE PERSONAL: Los registros de personal descritos se mantendrán durante la permanencia del trabajador en la institución y durante 3 años contados a partir de la fecha en que se liquida el contrato laboral.

f) Disposición

Una vez concluido el periodo de retención o conservación en archivo, el registro se convertirá en documento obsoleto y el responsable del proceso al cual pertenezca podrá destruirlo. Si una vez finalizado el tiempo de retención, el registro se conserva se deberá identificar con el sello "Obsoleto" y se ubicará en el archivo muerto físico o magnético.

HISTORIAS CLÍNICAS: Una vez concluido el tiempo de retención estipulado por la institución, las historias clínicas son destruidas por el auxiliar de archivo.

REGISTROS CONTABLES: Los registros contables permanecerán en los archivos localizados en administración durante el tiempo establecido en el listado maestro de documentos, para luego ser enviados al archivo central.

REGISTROS DE PERSONAL: Una vez el trabajador se liquide de la institución, la carpeta con sus registros será trasladada al archivo de "Personal Retirado" en donde permanecerá durante 3 años al cabo del cual se destruirá.

DOCUMENTOS Y REGISTROS ASOCIADOS

- Historias Clínicas
- Libros de Movimiento Contable CG – R – 01
- Estados Financieros CG – R – 02
- Registros de Personal RH – R – 07
- Listado Maestro de Documentos GC – R – 11

HISTORIAL DE CAMBIOS

- El documento no ha sido modificado ya que es la primera versión que se realiza del mismo.
- Revisión Enero 30 de 2006: De la revisión se realizaron las siguientes modificaciones:
 - Se cambió el tiempo de retención de los archivos de personal, de 10 años a 3 años a partir de la liquidación del contrato laboral.
 - Se definieron nuevas medidas en cuanto al acceso al archivo de historias clínicas liquidación del contrato laboral.
 - Se definieron nuevas medidas en cuanto al acceso al archivo de historias clínicas

Elaborado Por: Aura María Martínez Agudelo

Aprobado Por: Representante de Calidad

COPIA CONTROLADA



1. OBJETO

Este procedimiento tiene como objeto establecer el procedimiento para definir los controles, las responsabilidades y las autoridades relacionadas con el tratamiento del servicio no conforme.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica para todos los procesos de la Clínica San Pablo S.A.

3. VOCABULARIO Y DEFINICIONES

- **Corrección:** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.
- **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 detectada u otra situación indeseable.
- **No Conformidad:** Incumplimiento de un requisito.

4. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES

- Cuando se presente alguna no conformidad en cualquier etapa de un proceso, deberá registrarse inmediatamente lo ocurrido así como el responsable. Los registros en donde quedará evidencia de los servicios no conformes pueden ser:
 - Formatos de Quejas y Sugerencias
 - Registros de Eventos Adversos
 - Encuestas de Satisfacción
 - Listas de Chequeo de los procesos
 - Historias Clínicas
 - Actas de Comité de Historias Clínicas
 - Actas de Comité de Infecciones Intrahospitalarias
 - Actas de Comité de Vigilancia Epidemiológica
 - Actas de Comité Técnico Científico
 - Formato de Servicio No Conforme
- La información recolectada en las encuestas de satisfacción y listas de chequeo, debe registrarse en el formato de servicio no conforme, para ser entregados a los procesos donde se hubieran generado las no conformidades.
- Inmediatamente se detecte el servicio no conforme, se comunicará del hecho sucedido al responsable del

proceso donde se produzca la no conformidad, para decidir la corrección a ejecutarse.

- Si la corrección requiere la autorización ya sea de la Dirección Científica y/o de la Gerencia, el jefe del proceso se comunicará con el Gerente o el Director Científico para comentar el hecho y decidir que corrección se toma o en su defecto, si se aprueba la corrección que el jefe de proceso haya establecido.
- Deberá quedar registro de las correcciones ejecutadas, así como la firma de las personas que lo ejecutó.
- Estos registros serán revisados por los dueños de procesos, representante de calidad y/o Gerencia, quienes analizarán las no conformidades presentadas para establecer acciones correctivas y/o preventivas y eliminar de forma permanente las causas que la originaron, siguiendo los procedimientos de acción correctiva y acción preventiva ya establecidos.

5. DOCUMENTOS Y REGISTROS ASOCIADOS

- Formatos de Quejas y Sugerencias
- Registros de Eventos Adversos
- Encuestas de Satisfacción
- Listas de Chequeo de los procesos
- Historias Clínicas
- Actas de Comité de Historias Clínicas
- Actas de Comité de Infecciones Intrahospitalarias
- Actas de Comité de Vigilancia Epidemiológica
- Actas de Comité Técnico Científico
- Formato de Servicio No Conforme

6. HISTORIAL DE CAMBIOS

- El documento no ha sido modificado, ya que es la primera versión que se realiza del mismo.

Elaborado Por: Aura María Martínez Agudelo	Aprobado Por: Representante de Calidad	COPIA CONTROLADA
--	---	-------------------------



1. OBJETO

Este procedimiento tiene como objeto establecer el procedimiento para la identificación, ejecución y revisión de acciones correctivas dentro de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad, como herramienta de mejoramiento continuo.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica para todos los procesos de la Clínica San Pablo S.A.

3. VOCABULARIO Y DEFINICIONES

- **No conformidad real:** Incumplimiento de un requisito
- **Acción Correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad real detectada u otra situación indeseable.

4. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES

- La identificación de no conformidad real se realiza a través de:
 - Las quejas del cliente
 - Listas de Chequeo
 - Los informes de auditoria interna
 - Los resultados de la revisión por la dirección
 - Los resultados de análisis de los datos
 - Los resultados de encuestas de satisfacción
 - Quejas internas y externas
 - Los registros pertinentes del sistema de gestión de la calidad
 - Las mediciones de procesos
 - Los resultados de autoevaluación

A través de todas estas fuentes, se recolecta información sobre el incumplimiento de requisitos establecidos ya sea por clientes internos o externos, todas ellas son revisadas por los dueños de procesos, el representante de calidad ante la dirección o la dirección de la organización, siendo cada uno de ellos, los responsables de identificar las no conformidades reales y establecer las acciones correctivas.

- Con la identificación de la no conformidad real se debe cuantificar su impacto en la calidad del servicio prestado, esta cuantificación se puede realizar en base a los costos que genere (producidos por compensaciones, pérdida de clientes, correcciones, entre otros), al nivel de insatisfacción que produzca o la diferencia frente a las metas establecidas.

- Una vez analizada y cuantificada la no conformidad, se analiza en busca de las causas que las generaron
- El análisis es realizado por los dueños de procesos, y si se requiere, con el representante de calidad ante la dirección o incluso con el comité de calidad.
- Una vez se ha analizado la no conformidad real, se establecen y evalúan las acciones que se podrían ejecutar para eliminar las causas de la misma.
- Una vez se han definido las acciones, se definen los responsables, las actividades que contempla y una fecha para la implementación de la misma.
- Culminadas estas etapas, se diligencia el formato de identificado como "ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS", el cual se levantará durante la reunión en el cual se registra:
 - Proceso: Al cual pertenece la no conformidad real
 - Clasificación: En la cual se especifica si es una acción correctiva o preventiva, que para este caso es la primera
 - Identificación y Cuantificación de la No conformidad real: Donde se estable el verdadero problema y cuánto impacta en la calidad del servicio.
 - Causas: Se citan las causas identificadas en el análisis de la no conformidad real
 - Acciones Correctivas: En la cual se establecen las actividades que se realizarán, los responsables de las mismas y la fecha en que deben ser implementadas.
 - Acciones de Seguimiento: En el que se establecerán actividades para monitorear el desempeño de la acción, junto con los responsables de las mismas y las fechas en que se deberán realizar.
- Con lo anterior definido y registrado, se procede a la ejecución de la acción correctiva y de las acciones de seguimiento. Durante cada revisión que se realice deberá registrarse en ese mismo formato, los resultados hallados y verificarlos contra los resultados esperados, estos registros se efectuarán durante la o las fechas de revisión que se hayan establecidas.
- Una vez el periodo de seguimiento se de por finalizado, el responsable del seguimiento dará por cerrada la acción correctiva en el caso en que el objetivo se hayan alcanzado, en caso contrario se citará a los responsables de la ejecución de la acción correctiva para evaluar la ejecución y se reunirán nuevamente los dueños de procesos, el representante de calidad ante la dirección, la dirección de la Clínica y/o el Comité de Calidad para comenzar nuevamente desde el análisis de causas.
- El procedimiento se repite una y otra vez hasta que la causa de la no conformidad real sea eliminada.

DOCUMENTOS Y REGISTROS ASOCIADOS

- Las quejas del cliente
- Listas de Chequeo
- Los informes de auditoria interna
- Los resultados de la revisión por la dirección
- Los resultados de análisis de los datos
- Los resultados de encuestas de satisfacción

- Quejas internas y externas
- Los registros pertinentes del sistema de gestión de la calidad
- Las mediciones de procesos
- Los resultados de autoevaluación
- Formato de "Acciones Correctivas y Preventivas"

HISTORIAL DE CAMBIOS

- El documento no se ha modificado, ya que es la primera versión que se elabora del mismo.

Elaborado Por: Aura María Martínez Agudelo	Aprobado Por: Representante de Calidad	COPIA CONTROLADA
---	---	-------------------------



1. OBJETO

Este procedimiento tiene como objeto establecer el procedimiento para la identificación, ejecución y revisión de acciones correctivas dentro de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad, como herramienta de mejoramiento continuo.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica para todos los procesos de la Clínica San Pablo S.A.

3. VOCABULARIO Y DEFINICIONES

- **No conformidad:** Incumplimiento de un requisito.
- **Acción Preventiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial detectada u otra situación potencialmente indeseable.

4. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES

- La identificación de no conformidad potencial se realiza a través de:
 - Las quejas del cliente
 - Listas de Chequeo
 - Los informes de auditoria interna
 - Los resultados de la revisión por la dirección
 - Los resultados de análisis de los datos
 - Los resultados de encuestas de satisfacción
 - Quejas internas y externas
 - Los registros pertinentes del sistema de gestión de la calidad
 - Las mediciones de procesos
 - Los resultados de autoevaluación

A través de todas estas fuentes, se recolecta información sobre el incumplimiento de requisitos establecidos ya sea por clientes internos o externos, todas ellas son revisadas por los dueños de procesos, el representante de calidad ante la dirección o la dirección de la organización, siendo cada uno de ellos, los responsables de identificar las no conformidades reales y establecer las acciones preventivas.

- Con la identificación de la no conformidad potencial se debe cuantificar su impacto en la calidad del servicio prestado, esta cuantificación se puede realizar en base a los costos que genere (producidos por compensaciones, pérdida de clientes, correcciones, entre otros), al nivel de insatisfacción que produzca o la diferencia frente a las metas establecidas.

- Una vez analizada y cuantificada la no conformidad, se analiza en busca de las causas que las generaron
- El análisis es realizado por los dueños de procesos, y si se requiere, con el representante de calidad ante la dirección o incluso con el comité de calidad.
- Una vez se ha analizado la no conformidad potencial, se establecen y evalúan las acciones que se podrían ejecutar para eliminar las causas de la misma.
- Una vez se han definido las acciones, se definen los responsables, las actividades que contempla y una fecha para la implementación de la misma.
- Culminadas estas etapas, se diligencia el formato de identificado como "ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS", el cual se levantará durante la reunión en el cual se registra:
 - Proceso: Al cual pertenece la no conformidad potencial
 - Clasificación: En la cual se especifica si es una acción correctiva o preventiva, que para este caso es la primera
 - Identificación y Cuantificación de la No conformidad potencial: Donde se estable el verdadero problema y cuánto impacta en la calidad del servicio.
 - Causas: Se citan las causas identificadas en el análisis de la no conformidad potencial.
 - Acciones Preventivas: En la cual se establecen las actividades que se realizarán, los responsables de las mismas y la fecha en que deben ser implementadas.
 - Acciones de Seguimiento: En el que se establecerán actividades para monitorear el desempeño de la acción, junto con los responsables de las mismas y las fechas en que se deberán realizar.
- Con lo anterior definido y registrado, se procede a la ejecución de las acción preventiva y de las acciones de seguimiento. Durante cada revisión que se realice deberá registrarse en ese mismo formato, los resultados hallados y verificarlos contra los resultados esperados, estos registros se efectuarán durante la o las fechas de revisión que se hayan establecidas.
- Una vez el periodo de seguimiento se de por finalizado, el responsable del seguimiento dará por cerrada la acción preventiva en el caso en que el objetivo se hayan alcanzado, en caso contrario se citará a los responsables de la ejecución de la acción preventiva para evaluar la ejecución y se reunirán nuevamente los dueños de procesos, el representante de calidad ante la dirección, la dirección de la Clínica y/o el Comité de Calidad para comenzar nuevamente desde el análisis de causas.
- El procedimiento se repite una y otra vez hasta que la causa de la no conformidad potencial sea eliminada.

DOCUMENTOS Y REGISTROS ASOCIADOS

- Las quejas del cliente
- Listas de Chequeo
- Los informes de auditoria interna
- Los resultados de la revisión por la dirección
- Los resultados de análisis de los datos

- Los resultados de encuestas de satisfacción
- Quejas internas y externas
- Los registros pertinentes del sistema de gestión de la calidad
- Las mediciones de procesos
- Los resultados de autoevaluación
- Formato de Acciones Correctivas y Preventivas

HISTORIAL DE CAMBIOS

- El documento no ha sido modificado, ya que es la primera versión que se elabora del mismo.

Elaborado Por: Aura María Martínez
Agudelo

Aprobado Por: Representante de Calidad

COPIA CONTROLADA



1. OBJETO

Este procedimiento tiene como objeto establecer las actividades para medir el grado de satisfacción de usuarios y clientes identificando los potenciales de mejoramiento en la prestación de los servicios en la institución.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica para todos los procesos de la Clínica San Pablo S.A.

3. VOCABULARIO Y DEFINICIONES

- **Cliente – Usuario:** Persona que recibe el servicio
- **Satisfacción del Usuario:** Percepción del usuario sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.
- **Requisitos:** Son necesidades o expectativas establecidas, generalmente implícitas u obligatorias.
- **Calidad:** Grado en que un conjunto de características inherentes al producto o servicio cumple con lo requisitos establecidos.

4. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES

a) Identificación de Necesidades

- Para identificar las necesidades de los usuarios y clientes se utilizarán los siguientes medios:
 - Encuestas de Satisfacción
 - Quejas y Sugerencias
 - Conversatorio de Servicios Recibidos
- Las encuestas de satisfacción, se aplicarán a una muestra de usuarios y trimestralmente el jefe de proceso tabulará las encuestas y presentará los resultados en un informe dirigido a la Gerencia, para la definición de acciones correctivas y preventivas.
- Para mantener una comunicación más eficiente con usuarios y clientes, se utilizará un formato de Quejas y Sugerencias para recolectar toda inconformidad que el usuario presente. Para su recolección se tendrán instalados dos buzones de sugerencia en las áreas de consulta externa, urgencias, administración en los cuales se mantendrán los formatos de Quejas y Sugerencias y en donde a su vez se depositarán. Las Quejas y Sugerencias deberán ser revisadas por los dueños de procesos en menos de 72 horas después de elaboradas y en el caso de las quejas, deberá elaborarse una carta con copia, dirigida a la persona que elaboró la queja, en donde se detallen las razones por las cuales se acepta o no la queja recibida y en la que se detallen las correcciones pertinentes que se implementaron. Las quejas con las correspondientes

respuestas, deberán ser entregadas a la representante de calidad ante la dirección quien es la responsable de su control y análisis. El representante deberá entregar un informe trimestral a Gerencia sobre las quejas recibidas y de las correcciones implementadas para su análisis en busca de acciones correctivas y preventivas. Toda queja que se presente deberá ser debidamente diligenciada en el formato correspondiente.

- En el caso de los usuarios de estancia hospitalaria, programa de adicciones y clínica ambulatoria, las quejas y sugerencias se recolectarán a través de una reunión semanal realiza con todos ellos, conocido como "Conversatorio sobre servicios hospitalarios recibidos: Semanalmente se realizará reunión de la terapeuta ocupacional con los pacientes de los procesos de estancia hospitalaria, programa de adicciones y de clínica ambulatoria, para conocer las quejas y sugerencias sobre los servicios recibidos, la información obtenida se registrará en un formato identificado como "Formato de Quejas y Sugerencias de Usuarios Intrahospitalarios", el cual se entrega ese mismo día a Gerencia, quien a su vez informa a los dueños de los procesos involucrados los resultados obtenidos, en la reunión semanal de los jueves, para la implementación de correctivos.

DOCUMENTOS Y REGISTROS ASOCIADOS

- Encuestas de Satisfacción
- Formato de Quejas y Sugerencias
- Conversatorio de Servicios Recibidos

HISTORIAL DE CAMBIOS

- El documento no ha sido modificado, ya que es la primera versión que se elabora del mismo.

Elaborado Por: Aura María Martínez Agudelo	Aprobado Por: Representante de Calidad	COPIA CONTROLADA
---	---	-------------------------



1. OBJETO

Establecer el procedimiento para evaluar la conformidad del sistema de gestión de calidad así como su eficacia e identificar las áreas de mejora potencial del mismo, asegurando el mejoramiento continuo.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica para todas los procesos de la institución y comprende la programación, ejecución, reporte de no conformidades, informes de auditorías y seguimiento a las no conformidades encontradas

3. VOCABULARIO Y DEFINICIONES

- **Auditoría:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener *evidencia de la auditoría* y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los *criterios de auditoría*.
- **Auditoría Interna:** Denominadas en algunos casos como auditorías de primera parte, se realizan por, o en nombre de, la propia organización, para la revisión por la dirección y con otros fines internos, y pueden constituir la base para una autodeclaración de conformidad de una organización. En muchos casos, particularmente en organizaciones pequeñas, la independencia puede demostrarse al estar libre el auditor de responsabilidades en la actividad que se audite.
- **Auditoría Externa:** Incluyen lo que se denomina generalmente auditorías de segunda o tercera parte. Las auditorías de segunda parte se llevan a cabo por partes que tienen un interés en la organización, tal como los clientes, o por otras personas en su nombre. Las auditorías de tercera parte se llevan a cabo por organizaciones independientes externas. Tales organizaciones proporcionan la certificación o el registro de conformidad con requisitos como los de la Norma ISO 9001.
- **Criterios de Auditoría:** Conjunto de políticas, procedimientos y requisitos. Los criterios de auditoría se utilizan como una referencia frente a la cual se compara la *evidencia de la auditoría*. Los criterios se utilizan como una referencia frente a la cual se determina la conformidad, y pueden incluir políticas, procedimientos, normas, leyes y reglamentos, requisitos del sistema de gestión, requisitos contractuales o códigos de conducta de los sectores industriales o de negocios aplicable.
- **Evidencia de la Auditoría:** Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los *criterios de auditoría* y que son verificables. La evidencia de la auditoría puede ser cualitativa o cuantitativa.
- **Hallazgos de la Auditoría:** Resultados de la evaluación de la *evidencia de la auditoría* recopilada frente a los *criterios de la auditoría*. Los hallazgos de la auditoría pueden indicar tanto conformidad o no

conformidad con los *criterios de auditoría* como oportunidad de mejora.

- **Conclusiones de la Auditoría:** Resultados de una *auditoría*, que proporciona el *equipo auditor* tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los *hallazgos de la auditoría*.
- **Ciente de la Auditoría:** Organización o persona que solicita una *auditoría*. El cliente de auditoría puede ser el *auditado* o cualquier otra organización que tenga derechos reglamentarios o contractuales para solicitar una *auditoría*.
- **Auditado:** Organización, proceso o área que es auditada.
- **Auditor:** Persona con la *competencia* para llevar a cabo una *auditoría*.
- **Equipo Auditor:** Uno o más *auditores* que llevan a cabo una *auditoría*, con el apoyo, si es necesario, de *expertos técnicos*.
- **Experto Técnico:** Persona que aporta conocimientos o experiencia específicos al *equipo auditor*.
- **Programa de Auditoría:** Conjunto de una o más *auditorías* planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico. Un programa de auditoría incluye todas las actividades necesarias para planificar, organizar y llevar a cabo las *auditorías*.
- **Plan de Auditoría:** Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una *auditoría*.
- **Alcance de la Auditoría:** Extensión y límites de una *auditoría*. El alcance de la auditoría incluye generalmente una descripción de las ubicaciones, las unidades de la organización, las actividades y los procesos, así como el periodo de tiempo cubierto.
- **Competencia:** Atributos personales y aptitud demostrada para aplicar conocimientos y habilidades.

4. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES

- La responsabilidad de la gestión del programa de auditoría estará a cargo del Representante ante la dirección del Sistema de Gestión de Calidad. El responsable de gestionar el programa de auditoría debe:
 - Establecer los objetivos y la amplitud del programa de auditoría.
 - Establecer las responsabilidades y los procedimientos, y asegurarse de que se proporcionan los recursos.
 - Asegurarse de la implementación del programa de auditorías.
 - Asegurarse de que se mantienen los registros pertinentes del programa de auditoría.
 - Realizar el seguimiento, revisar y mejorar el programa de auditoría.
- El responsable de la gestión del programa de auditoría debe garantizar la competencia de los auditores, para esto, el representante de calidad evaluará dos veces al año las competencias del auditor.
- El perfil del candidato para ser auditor interno es:
 - Educación: Estudios técnico, tecnológicos, profesionales en cualquier disciplina
 - Formación: Curso en Fundamentos del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9000 de mínimo 16 horas y haber acompañado al menos una auditoría interna de entrenamiento.
 - Habilidades: Buena comunicación, orientación al cliente, relaciones interpersonales y trabajo en equipo.
 - Experiencia: Debe tener al menos un (1) año de experiencia laboral en la IPS y al menos una (1) auditoría

de experiencia como auditor en formación, bajo la dirección y orientación de un auditor competente como líder del equipo auditor.

- El representante ante la dirección del sistema de gestión de calidad elabora el “Programa de Auditoría” teniendo en cuenta los siguientes criterios:
 - **Fecha de Programación:** De la auditoría
 - **Cronograma:** Los días en que se llevará a cabo la auditoría
 - **Objetivo:** Se define el propósito del programa de auditoría (Por qué y Para qué?)
 - **Alcance del Programa:** Magnitud y límites de la auditoría. Ej.: Requisitos de la Norma NTC – ISO 9001 versión 2000.
 - **Procesos:** Las áreas o procesos a auditar de acuerdo con el alcance del sistema de calidad.
 - **Criterios de Auditoría:** Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos, frente a los cuales se compara la evidencia de la auditoría.
 - **Metodología:** De acuerdo a este procedimiento
 - **Programación:** En la cual se detalla:
 - Proceso: Nombre del proceso a auditar
 - Fecha
 - Auditor: Persona con la competencia para llevar a cabo la auditoría
 - Auditado: Organización, área o proceso que es auditada
- El “Programa de Auditoría” es aprobado por el cliente de la auditoría que en el caso de las auditorías internas es la Gerencia.
- El responsable de la gestión del proceso de auditoría asigna a un líder del equipo auditor para cada auditoría específica, el cual debe tener las competencias necesarias y ser independiente del área a auditar.
- El líder del equipo auditor junto con el cliente de la auditoría y el responsable del proceso de gestión e calidad, determinan los objetivos, el alcance y los criterios de la auditoría. Los objetivos definen qué es lo que se va a lograr con la auditoría y pueden incluir:
 - La determinación del grado de conformidad del sistema de gestión del auditado, o de parte de él, con los criterios de auditoría.
 - La evaluación de la capacidad del sistema de gestión para asegurar el cumplimiento de los requisitos legales, reglamentarios y contractuales.
 - La evaluación de la eficacia del sistema de gestión para lograr los objetivos especificados
 - La identificación de áreas de mejora potencial del sistema de gestión
- El responsable de la gestión del programa de auditoría determina la viabilidad de la auditoría, evaluando que la información requerida para la planificación sea suficiente y apropiada, que exista cooperación por parte del auditado, que se tengan los recursos y la disponibilidad de tiempo necesaria, que estén establecidos los objetivos y criterios y que se hayan seleccionado expertos técnicos (si son necesarios), asesores y acompañantes adecuados. Si la auditoría resulta no viable se deberá replantear el objetivo,

alcance y criterios de auditoría.

- Una vez se determina que la auditoría es viable, el responsable de la gestión del programa de auditoría y el líder del equipo auditor seleccionan el equipo auditor asegurándose de la independencia de quienes lo conforman, con respecto a las actividades a auditar, con el fin de evitar conflictos de intereses. Quienes conformen el equipo auditor deberán contar con el conocimiento y las habilidades necesarias para cumplir con los objetivos de la auditoría. En caso en que no se logren reunir todas las competencias en los integrantes del equipo deberá recurrirse a expertos técnicos como asesores.
- En caso en que tanto el cliente de la auditoría como el auditado no estén conformes con algunos de los miembros seleccionados para el equipo auditor, podrán pedir su sustitución siempre y cuando presenten razones que atenten contra algunos de los principios de las auditorías. El cliente de la auditoría y el auditado deberán informar de su inconformidad al líder del equipo auditor y al responsable de la gestión del programa de auditoría para que ellos evalúen la situación y determinen si se sustituye a dicha persona del equipo auditor.
- Una vez definido el equipo auditor, el líder del equipo establece el contacto inicial (que puede ser formal o informal), con el representante del auditado, con el propósito de definir los canales de comunicación entre las dos partes, confirmar la autoridad para llevar a cabo la auditoría, informar para su aprobación, las fechas y duración propuestas para la auditoría, así como los integrantes del equipo auditor, solicitar el acceso a los documentos y registros pertinentes y acordar la asistencia de observadores y la necesidad de guías para el equipo auditor.
- Antes de las actividades de auditoría in situ, el líder del equipo auditor revisa la documentación del auditado para determinar la conformidad del sistema, según la documentación, con los criterios de auditoría, así como con el alcance y los objetivos de la misma. Si se encuentra que la documentación es inadecuada, el líder del equipo auditor debe comunicarlo mediante informe escrito al cliente de la auditoría, al responsable del programa de auditorías (representante de calidad) y al auditado, para decidir si se continúa o suspende la auditoría hasta que los problemas de documentación se resuelvan.
- El líder del equipo auditor elabora el plan de auditoría que proporcione la base para el acuerdo entre el cliente de la auditoría, el equipo auditor y el auditado, respecto a la realización de la auditoría. El plan de auditoría debe incluir:
 - Objetivos
 - Alcance
 - Criterios
 - Líder y Equipo Auditor
 - Temas Auditados
 - Fechas de la realización de las actividades de la auditoría in situ
 - La hora y duración estimadas de las actividades de la auditoría in situ
 - Requisitos para la auditoría
 - Auditado

- Auditores
- Aprobado: Por el cliente y el auditado
- Fecha de Aprobación

Una vez elaborado el plan, deberá ser presentado al cliente de la auditoría para que lo revise y apruebe, así mismo debe ser presentado ante el auditado antes que comiencen las actividades de la auditoría in situ. Para implementar el plan todas las partes deben estar de acuerdo con el mismo, si se presenta alguna objeción ésta deberá ser resuelta entre el cliente, el líder auditor y el auditado.

- El líder del equipo auditor asignará a cada miembro del equipo las funciones, tareas y responsabilidades a realizar por cada uno de ellos para ejecutar el plan de auditoría establecido. Para tales asignaciones debe considerarse la necesidad de independencia y competencias de los auditores, y el uso eficaz de los recursos. Se pueden realizar cambios en la asignación de tareas a medida que la auditoría se va llevando a cabo para asegurar que se cumplan los objetivos de la auditoría.
- El líder y el equipo auditor preparan toda la documentación de trabajo:
 - Lista de Chequeo de Auditoría
 - Registro "Plan de Auditoría"
 - Registro Informe de Auditoría
 - Solicitud de Acción Correctiva – Auditoría
- El equipo auditor dirigido por el líder ejecutan el plan de auditoría según se definió y describió. La ejecución comienza con la reunión de apertura que se realiza con la dirección del auditado y en la cual se presenta el equipo auditor, se confirma el plan de auditoría y todos los acuerdos que se hayan establecido y se explican brevemente las funciones y la metodología a aplicar.
- Si las evidencias disponibles de la auditoría indican que los objetivos de la misma no son alcanzables, el líder de equipo auditor deberá informar de las razones, al cliente de la auditoría y al auditado para determinar las acciones apropiadas, que pueden incluir la reconfirmación o la modificación del plan de auditoría, cambios en los objetivos de la auditoría o en su alcance, o la terminación de la auditoría.
- Durante la auditoría y mediante un muestreo apropiado se debe recolectar información pertinente para los objetivos, el alcance y los criterios de la misma ya que sólo la información que es verificable puede constituir evidencia de la auditoría. Toda la evidencia de la auditoría debe ser registrada. Para recopilar la información se puede recurrir a diferentes métodos tales como: entrevistas, observación de actividades y revisión de documentos.
- Una vez recopilada la evidencia, ésta se evalúa frente a los criterios de auditoría establecidos, de lo cual se generan los "Hallazgos de la Auditoría". Los hallazgos de la auditoría pueden indicar tanto conformidad como no conformidad con los criterios de auditoría y cuando los objetivos de la auditoría así lo especifiquen, los hallazgos de la auditoría pueden identificar una oportunidad para la mejora. Todo hallazgo debe tener evidencia que lo soporten.
- Antes de la reunión de cierre, todo el equipo auditor junto con su líder debe reunirse para revisar los hallazgos de la auditoría y cualquier otra información recogida y evaluada, y acordar las conclusiones de

la auditoría. Así mismo el equipo deberá preparar recomendaciones y acciones de seguimiento de a auditoría si lo anterior estuviera especificado en los objetivos de la misma.

- El equipo auditor preside la reunión de cierre en la que se presentan los hallazgos y conclusiones de la auditoría para que sean entendidos y reconocidos por el auditado. En la reunión participa el equipo auditor, el auditado y el cliente de la auditoría. Así mismo, se ponen de acuerdo con el auditado en el intervalo de tiempo para que el auditado presente un plan de acciones correctivas y/o preventivas.
- El líder del equipo auditor elabora y presenta el “Informe de Auditoría” el cual debe tener el siguiente contenido:
 - Objetivos de la Auditoría
 - Alcance de la Auditoría
 - La identificación del cliente de la auditoría
 - La identificación del líder del equipo auditor y de los miembros del equipo
 - Las fechas y los lugares donde se realizaron las actividades de auditoría in situ
 - Los criterios de auditoría
 - Hallazgos y evidencia de la auditoría
 - Conclusiones de la Auditoría
 - Las opiniones divergentes sin resolver entre el equipo auditor y el auditado (si se presentaron)
- El informe debe emitirse en la fecha acordada, si ésta no se cumpliera, el líder debe exponer las razones para retraso y acordar con el cliente de la auditoría una nueva fecha. El informe es presentado por el líder del equipo al cliente, al auditado y al responsable de la gestión del programa de auditoría (Representante de Calidad). El informe es evaluado y revisado por el cliente de la auditoría y por el responsable de la gestión del programa, para determinar si se han cumplido los objetivos y se han identificado las oportunidades de mejora.
- El cliente de la auditoría es quien aprueba el informe y una vez que esto suceda se procede a distribuir el informe solo a quienes el cliente designe. Con esto se da por finalizada la auditoría.
- En base a los hallazgos y conclusiones de la auditoría, el auditado decide que acciones implementar para eliminar las no conformidades, estableciendo acciones correctivas o acciones preventivas y diligenciando el formato de Solicitud de Acciones Correctivas o Preventivas por Auditoría.
- Para la ejecución de dichas acciones, se seguirá el procedimiento respectivo (Acciones Correctivas o Acciones Preventivas), garantizando que se ejecuten en el menor tiempo posible.
- El seguimiento para determinar la eficacia de dichas acciones se puede realizar mediante otra auditoría, lo cual se realiza hasta que la no conformidad ya sea potencial o real desaparezca, que es cuando se cierra la no conformidad.

DOCUMENTOS Y REGISTROS ASOCIADOS

- Programa de Auditoría
- Plan de Auditoría
- Lista de Chequeo de Auditoría

- Informe de Auditoría
- Solicitud de Acción Correctiva o Preventiva por Auditoría

HISTORIAL DE CAMBIOS

- El documento no ha sido modificado, ya que es la primera versión del documento.

Elaborado Por: Aura María Martínez
Agudelo

Aprobado Por: Representante de Calidad

COPIA CONTROLADA



1. OBJETO

Este instructivo tiene como objeto, determinar los parámetros para la elaboración de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad de la Clínica San Pablo S.A.

2. ALCANCE

Este documento aplica para todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad, para la elaboración de los documentos que hacen parte del sistema. El procedimiento está dirigido a todos los Jefes de Proceso y personal responsable de la documentación.

3. INSTRUCCIONES

3.1. IDENTIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS INTERNOS

Para la identificación de los documentos internos que se generan dentro del Sistema de Gestión de la Calidad, se asignará a cada uno de los mismos, un código conformado por caracteres alfanuméricos que tiene la siguiente forma:

XX – YY – ZZ

Donde:

XX: Siglas que representan el proceso al cual pertenece el documento (pueden ser dos o tres letras)

YY: Siglas que representan el tipo de documento

ZZ: Número consecutivo del tipo de documento perteneciente al mismo proceso

Para identificar el proceso al cual pertenece un documento, se utilizarán las siguientes siglas:

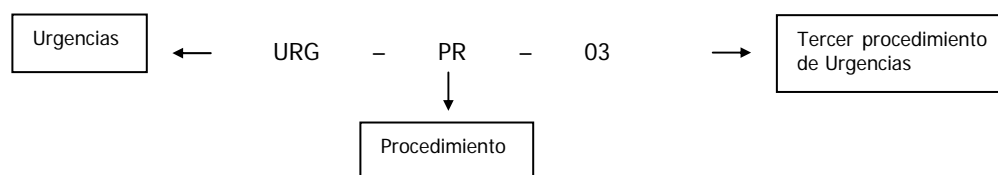
TIPO DE PROCESO	PROCESO	IDENTIFICACIÓN
DIRECCIÓN	Planeación del Sistema	PS
	Convenios	CON
	Gestión de la Calidad	GC
ATENCIÓN AL USUARIO	Urgencias	URG
	Consulta Externa	CE
	Estancia Hospitalaria	HOS
	Programa de Adicciones	TRAD
	Clínica Ambulatoria	CA
	Aseo	AS
	Nutrición	NUT
	Servicio Farmacéutico	FAR

APOYO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	Compras	COM
	Recurso Humano	RH
	Contabilidad General	CG
	Facturación	FAC

Los diferentes tipos de documentos internos que se elaboran en el Sistema de Gestión de Calidad se muestran a continuación con su respectiva identificación:

TIPO DE DOCUMENTO	IDENTIFICACIÓN
Manual	MA
Procedimiento	PR
Instructivo	IN
Protocolo Médico	PT
Protocolo de Enfermería	PTE
Guía Médicas de Atención	GM
Guías de Atención	GA
Formato de Registro	R
Documento Guía	DG
Documentos Externos	DE

Ejemplo:



3.2. PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS INTERNOS

Todos los documentos internos del Sistema de Gestión de la Calidad tendrán un encabezado y un pie de página con las características que se establecen a continuación:

3.2.1. Encabezado del documento

1	2	3
		4
		5
		6

- ✓ Recuadro N°1: Logotipo de la Clínica San Pablo
- ✓ Recuadro N°2: Nombre del documento, identificando el tipo de documento
- ✓ Recuadro N°3: Código del documento
- ✓ Recuadro N°4: Fecha en que se aprobó el documento
- ✓ Recuadro N°5: Versión del documento, que es igual al número de revisiones que se han hecho al documento
- ✓ Recuadro N°6: Número de página del documento

Ejemplo

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC – MA – 01
		Fecha de Aprobación: 01/01/05
		Versión 00
		Página 1 de 3

3.2.2.1. Encabezado de los registros

Para los registros, el encabezado solo tendrá el nombre de la Clínica San Pablo, el nombre del formato, el código y la versión.

La presentación es la siguiente:

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	NOMBRE DEL FORMATO	CÓDIGO Versión N°
---	---------------------------	-----------------------------

Ejemplo:

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	REPORTE DE DIETAS	NUT – R – 01 Versión 00
---	-------------------	-----------------------------------

3.2.2. Pie de Página del documento

Todos los tipos de documentos identificados en el numeral 2.1, con excepción de los registros, llevarán un pie de página en todas las hojas del documento, como se muestra a continuación:

Elaborado Por:	Aprobado Por:	COPIA CONTROLADA
----------------	---------------	------------------

En el primer recuadro se registrará el cargo de la persona que elaboró el documento y en el segundo recuadro, el cargo de la persona o el comité que lo aprobó, previa revisión.

En el último recuadro se indicará si es una copia controlada o no. Como *Copia Controlada* se entiende el documento que es copia fiel del documento original, el cual ha cumplido con lo especificado para el control de documentos del SGC y por consiguiente, ha sido revisado y aprobado por las personas designadas para tal fin,

igualmente se controlará la vigencia del mismo. Como *Copia No Controlada* se entiende un documento que ha sido entregado por algún motivo diferente a la aplicación, pero no se controlará la vigencia del mismo y no ha cumplido con el trámite definido para el control de documentos del SGC.

3.3. DESCRIPCIÓN Y CONTENIDO DE LOS DOCUMENTOS

3.3.1. Caracterización de procesos

La caracterización de procesos, es una descripción detallada de cada uno de los procesos en la organización que conforman el Sistema de Gestión de Calidad, la elaboración de la caracterización seguirá el siguiente formato:

Tipo de Proceso:		Responsable dueño del proceso:			
Objetivo del proceso:					
Alcance del proceso					
Proveedores	Entradas	Actividades del procesos	Responsables	Salidas del proceso	Clientes
Indicar los procesos que suministran entradas para el proceso, pueden ser directamente los clientes o entidades externas.	Indicar lo que suministran los proveedores (productos, recursos, información, documentos, entre otros)	Relacionar las actividades generales del proceso, con las cuales se cubre el alcance y se logra el objetivo del mismo.	Describe los cargos responsables de realizar las actividades del proceso.	Resultados de las actividades del procesos (recursos, información, documentos, productos, entre otros).	Proceso que recibe el resultado del proceso, pueden ser directamente el cliente o entidades externas
Ambiente de Trabajo: Describir las condiciones de ambiente de trabajo para desarrollar el proceso.		Monitoreo (seguimiento) del proceso: Especificar los criterios y métodos de seguimiento y medición del proceso.		Características de calidad del proceso – necesidades cliente – usuario: Especificar las necesidades de los clientes del proceso.	
Requisitos (criterios) por cumplir: (cliente, legales, organización, ISO) Indicar cualquier reglamentación o normatividad que se deba cumplir para ejecutar las actividades del proceso.			Recursos del proceso: Indicar los recursos físicos y humanos que se requieren para que el proceso funcione.		
Documentación del sistema de gestión de la calidad aplicable al proceso: Referenciar la documentación de calidad propia del proceso			Documentación del sistema de gestión de la calidad de otros procesos: Referenciar la documentación de calidad de otros procesos aplicables al proceso que se normaliza.		
MEDICIÓN DEL PROCESO (INDICADORES)					
Objetivo	Indicador	Meta	Fórmula	Frecuencia	Atributo de Calidad

3.3.2. Manuales

El contenido de los manuales se debe realizar de acuerdo con la necesidad del mismo y con la aplicación que se dará en el proceso. Como única exigencia deberá tener los siguientes items:

- **Objeto:** Describe lo que se pretende con la elaboración del manual, el fin del mismo.
- **Alcance:** Campo de aplicación del procedimiento. Especifica el personal, los procesos o las áreas que se relacionan con el documento.
- **Referencias Bibliográficas:** Que se consultaron para la elaboración del manual
- **Historial de Cambios:** Registro de la fecha en que se revisó el documento y descripción de las modificaciones del documento

3.3.3. Procedimientos

Los procedimientos que se documenten deberán contener los siguientes ítems:

- *Objeto:* Describe lo que se pretende alcanzar con el procedimiento, el fin del mismo.
- *Alcance:* Campo de aplicación del procedimiento. Especifica el personal, los procesos o las áreas que se relacionan con el documento.
- *Definiciones y Vocabulario:* Descripción de los términos que aparecen en el documento para facilitar la comprensión de los mismos.
- *Descripción de Actividades y Responsabilidades:* Describe cada una de las actividades del proceso junto con los cargos responsables de las mismas.
- *Documentos y Registros Asociados:* Documentos que se consultan y/o registros que se deben diligenciar al desarrollar las actividades.
- *Historial de Cambios:* Registro de la fecha en que se revisó el documento y descripción de las modificaciones del documento

3.3.4. Instructivos

El instructivo es un documento que describe con mayor detalle actividades definidas en los procedimientos; los instructivos que se elaboren deberán contener:

- *Objeto:* Describe lo que se pretende alcanzar con el documento, el fin del mismo.
- *Alcance:* Campo de aplicación del instructivo.
- *Instrucciones:* Contiene la descripción detallada de las actividades que se deben realizar, así como los responsables de cada una de las mismas.
- *Historial de Cambios:* Registro de la fecha en que se revisó el documento y descripción de las modificaciones del documento

3.3.5. Protocolos Médicos y Protocolos de Enfermería

Los protocolos son documentos que establecen requisitos o especificaciones para los procedimientos clínicos aplicables en la Clínica San Pablo S.A.

La presentación del contenido del protocolo es de libre escogencia siendo la única exigencia, citar el objeto, alcance, las referencias bibliográficas consultadas para la elaboración del mismo y el historial de cambios.

Los protocolos deben ser claros para el personal que deba cumplir las especificaciones establecidas en el documento.

3.3.6. Guías Médicas de Atención

Las guías son documentos donde se establecen las acciones requeridas para atender las patologías más frecuentes en Consulta Externa, Urgencias, Estancia Hospitalaria, Programa de Adicciones y Clínica Ambulatoria.

La presentación de las guías debe contener:

- Objeto
- Alcance
- Contenido
- Referencias Bibliográficas consultadas para la elaboración del mismo
- Historial de Cambios.

Las guías deben ser claras para el personal que deba cumplir las prescripciones establecidas en el mismo

3.3.7. Guías de Atención

Las Guías de Atención son documentos en los que se establecen pautas de atención de usuarios, ya sea por psicología o terapia ocupacional.

La presentación de las guías debe contener:

- Objeto
- Alcance
- Contenido
- Referencias Bibliográficas consultadas para la elaboración del mismo
- Historial de Cambios.

3.3.8. Formato de Registros

Un registro es un documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas, para cumplir los objetivos y requisitos del SGC, al elaborar un registro éste debe cumplir con las siguientes características:

- ✓ Fácil y rápido de diligenciar
- ✓ Asegurar que suministre evidencia del cumplimiento de los requisitos de la actividad

Además se deben cumplir los requisitos establecidos para la presentación de los mismos.

3.3.9. Documentos Guías

Un documento guía es aquel que apoya determinada actividad o que se requiere para documentar algo del SGC pero que no clasifica dentro de los documentos anteriores, por ejemplo: objetivos de calidad, política de calidad, entre otros.

El contenido de los documentos guías es de libre escogencia, siendo como único requisito, colocar el ítem Historial de Cambios.

4. HISTORIAL DE CAMBIOS

- Fecha de Revisión: 19/12/05

Se revisó nuevamente el instructivo para la elaboración de los documentos y se realizaron las siguientes modificaciones al mismo:

- ✓ Se modifica el numeral 3.2.1.1. en el cual se hace referencia al encabezado de los registros del sistema de gestión de calidad. Las modificaciones en la presentación de los registros hacen referencia a la eliminación del logo de la clínica y de la fecha de aprobación.
- ✓ Se agregan ejemplos de encabezados de documentos y registros.
- ✓ Se modifica la presentación de los manuales y protocolos, exigiendo la colocación del objeto y alcance del documento.

1. Fecha de Revisión: 30/01/06

De la revisión del documento se realizaron los siguientes cambios:

- ✓ Se cambió el código correspondiente al proceso de compras de CP a COM
- ✓ Se modifica la identificación de los responsables de la elaboración y aprobación de documentos, en el pie de página debe aparecer el cargo de los responsables y no el nombre.
- ✓ Se agrega a los requisitos de presentación de los documentos guía, el ítem Historial de Cambios

Elaborado Por: Aura María Martínez Agudelo	Aprobado Por: Representante de Calidad	COPIA CONTROLADA
---	---	-------------------------



1. OBJETO

Establecer el procedimiento para la revisión por parte de la alta dirección de la Clínica San Pablo S.A., para determinar la conveniencia, adecuación y eficacia del Sistema de Gestión de Calidad por parte de la alta dirección de la Clínica San Pablo S.A.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica para todas los procesos que comprende el Sistema de Gestión de Calidad.

3. VOCABULARIO Y DEFINICIONES

- **Alta Dirección:** Persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel una organización
- **Eficacia:** Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados
- **Revisión:** Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, la adecuación y eficacia del tema objeto de la revisión para alcanzar unos objetivos establecidos.

4. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES

- La alta dirección de la Clínica San Pablo S.A. representada por la Gerencia, realizará cada seis meses la revisión del Sistema de Gestión de Calidad para verificar el cumplimiento de los objetivos propuestos, las oportunidades de mejora o la necesidad de efectuar cambios en el sistema, junto con el Representante de Calidad.
- La información de entrada para efectuar la revisión incluye:
 - Resultados de Auditorías
 - Encuestas de Satisfacción
 - Desempeño de los procesos y conformidad del servicio
 - Estado de las acciones correctivas y preventivas
 - Acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas
- Ésta información será suministrada por los responsables de los diferentes procesos, a través de los informes que deben presentar ante la dirección en el periodo de tiempo establecido. Cabe resaltar que en el momento en que la alta dirección requiriera detalle con respecto a alguna información, los responsables tienen que estar en la capacidad de suministrarlo y soportarlo.
- El representante de la alta dirección analizará la información recolectada y emitirá un informe detallado sobre las conclusiones obtenidas respecto a la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema, así como las recomendaciones para la mejora o cambios requeridos. Este informe se divulgará en reunión de

comité con asistencia de todos sus integrantes y se identificará como "Informe de la Revisión por parte de la Dirección del SGC".

- El informe podrá ser también divulgado a todos aquellos involucrados con los resultados obtenidos de la revisión y que la alta dirección autoriza y requiera que se le informe. En este caso la o las personas requeridas participarán en la reunión de comité de calidad en la que se divulgue el informe.
- Una vez se conozcan los resultados y conclusiones y sean evaluadas por el Comité, se establecerán o aprobarán las acciones a tomar según el procedimiento de Acciones Correctivas y Acciones Preventivas.
- De acuerdo con las conclusiones se puede determinar la necesidad de realizar cambios o modificaciones a:
 - Política de Calidad
 - Objetivos de Calidad
 - Estructura Organizacional
 - Nuevas estrategias a nivel organizacional
 - Evaluación de la idoneidad de los recursos de la organización

En estos casos la alta dirección será quién establezca el procedimiento a seguir para realizar los cambios o modificaciones respectivas.

DOCUMENTOS Y REGISTROS ASOCIADOS

- Procedimiento Acciones Correctivas
- Procedimiento Acciones Preventivas
- Actas de Comité de Calidad
- Informe de Revisión por la Dirección del SGC
- Registros de No Conformidades
- Informes de Análisis de Datos

HISTORIAL DE CAMBIOS

- El documento no ha sido modificado, ya que es la primera versión del mismo.

Elaborado Por: Aura María Martínez Agudelo	Aprobado Por: Gerente	COPIA CONTROLADA
--	------------------------------	-------------------------

**ANEXO E:
DICCIONARIO DE
COMPETENCIAS**

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	DICCIONARIO DE COMPETENCIAS	Código: RH – IN – 01
		Fecha de Aprobación: 30/09/05
		Versión No. 00
		Página 1 de 31

COMPETENCIAS INSTITUCIONALES: ATENCIÓN AL USUARIO

Atención al Usuario (Competencia)

Percibir las necesidades y demandas del usuario frente a la organización y ser capaz de darles satisfacción razonable con el menor inconveniente posible.

Atención al usuario (Conductas)

- Escuchar y valorar las peticiones de los usuarios y darles respuesta.
- Desarrollar y ofrecer nuevos servicios de la institución.
- Resolver incidencias antes de su reclamación.
- Revisar los listados de vencimientos de plazos, avisando con antelación a la entidad correspondiente.
- Anticiparse al error.
- Ante un error cometido por la entidad, tratar de solucionarlo antes de que el usuario lo haga saber.
- Crear rutinas de trabajo por las cuales el usuario sea atendido en el menor tiempo posible.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Promueve entre sus compañeros de trabajo el contacto permanente con los usuarios. Tiene una constante actitud de servicio hacia el usuario interno y externo. Atiende a cada usuario con dedicación y voluntad de satisfacer las necesidades que se le presenten. Es paciente y tolerante con los usuarios internos y externos, aun en situaciones complejas.	Esta disponible para los usuarios internos y externos. Responde a las necesidades de los usuarios brindándoles satisfacción más allá de lo esperado. Dedicar tiempo a estar y conocer a los usuarios que se acercan a su área. Genera mecanismos para conocer el nivel de satisfacción de los usuarios.	Promueve entre sus compañeros la actitud de buscar información sobre necesidades latentes o potenciales de los usuarios. Indaga más allá de las necesidades manifiestas o actuales de los usuarios, tanto internos como externos. Ayuda a los usuarios a detectar necesidades no manifiestas o potenciales. Genera ambientes y procesos de trabajo que satisfacen las necesidades del usuario, retroalimentando las fallas que se presenten.	El cuidado del usuario forma parte siempre de su estrategia de institución; es una convicción que promueve a través de su constante ejemplo. Planifica sus acciones y las de su empresa o equipo, considerando las necesidades de los usuarios. Indaga y se informa sobre necesidades actuales y potenciales de los usuarios internos, externos y proveedores. Usuario.



COMPETENCIAS INSTITUCIONALES: SENSIBILIDAD Y RELACIONES INTERPERSONALES

Sensibilidad y Relaciones Interpersonales (Competencia)

Interactuar sin esfuerzo con otras personas. Tener facilidad para hacer contactos con otros y desarrollar actividades sociales, entender la naturaleza de las necesidades emocionales y personales donde se refleja que se entiende de manera profunda el estado emocional de las personas y que se es consciente hasta donde se puede llegar sobre ello como una institución con personal trabajando en pro de la humanización.

Sensibilidad y Relaciones Interpersonales (Conductas)

- Saber tratar a las personas respetando y compartiendo a través de una excelente comunicación oral y gestual manteniendo la armonía en el ambiente de trabajo.
- Aprender a interrelacionarse con las demás personas respetando su espacio y aceptando a cada uno como es, con su defecto y sus virtudes.
- Sin importar la connotación que esta tenga (positiva o negativa) capacidad de involucrarse y adaptarse a los demás.
- Integrarse en nuevos puestos de trabajo sin problemas de adaptación interpersonal.
- Participar en actividades sociales de la institución.
- Frecuentar el trato y el contacto humano con clientes.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Aprender a interrelacionarse con las demás personas respetando su espacio y aceptando a cada uno como es, con su defecto y sus virtudes.	Saber tratar a las personas respetando y compartiendo a través de una excelente comunicación oral y gestual manteniendo la armonía en el ambiente de trabajo.	Integrarse en nuevos puestos de trabajo sin problemas de adaptación interpersonal.	Sin importar la connotación que esta tenga (positiva o negativa) capacidad de involucrarse y adaptarse con los demás. Participar en actividades sociales de la institución. Frecuentar el trato cordial y el contacto humano con clientes.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	DICCIONARIO DE COMPETENCIAS	Código: RH – IN – 01
		Fecha de Aprobación: 30/09/05
		Versión No. 00
		Página 3 de 31

COMPETENCIAS INSTITUCIONALES: ETICA

Ética (Competencia)

"Actuar conforme a las normas éticas y sociales en las actividades relacionadas con el trabajo.

Es la especial habilidad para mantenerse dentro de unos determinados parámetros de comportamiento ético, aun cuando existan oportunidades para no hacerlo y no se disponga de mecanismos de detección de tales irregularidades o bien estos mecanismos sean fácilmente evitables.

Ética (Conductas)

- Actuar conforme a las normas y a los estándares éticos establecidos.
- No responsabilizar a otros de las propias decisiones erróneas.
- No involucrarse sentimentalmente con pacientes ni con el personal de la institución.
- No aceptar beneficios inmerecidos o inequidades con respecto a otros de igual derecho.
- Responsabilizarse de las consecuencias negativas de la propia actuación.
- Mostrar coherencia entre lo que *dice* y lo que *hace*.
- No apropiarse de éxitos ajenos.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Actuar conforme a las normas y a los estándares éticos establecidos. No responsabilizar a otros de las propias decisiones erróneas.	Mostrar coherencia entre lo que <i>dice</i> y lo que <i>hace</i> . No apropiarse de éxitos ajenos.	Responsabilizarse de las consecuencias negativas de la propia actuación.	No involucrarse sentimentalmente con pacientes ni con el personal de la institución. No aceptar beneficios inmerecidos o inequidades con respecto a otros de igual derecho

COMPETENCIAS INSTITUCIONALES: COMUNICACIÓN

Comunicación oral y escrita (competencia)

Expresar ideas y opiniones de forma clara y correcta a través del lenguaje oral y escrito.

Ser capaz de una comunicación oral y escrita que resulte clara, precisa, concisa, económica, comprensible y expresiva. Adaptar la forma de expresión y redacción al lector y a los objetivos del mensaje. Utilizar las formas y los medios de comunicación oral y escrita más adecuados a la tecnología disponible, al tiempo y al objetivo de la comunicación.



Comunicación Oral y escrita (Conductas)

- Estructurar bien los mensajes de forma oral y escrito, expresar y redactar ideas con orden, ser conciso y directo, hablar y escribir con precisión.
- Influir en la mejora de la escucha al usuario, por parte de los miembros de la institución.
- Captar la atención del interlocutor.
- Precisar el mensaje oral y escrito no permitir frases hechas y/o sobreentendidas.
- Identificar con claridad y acierto los mensajes que se están transmitiendo.
- Brindar la información suficiente, necesaria y adecuada al usuario en el momento oportuno.
- Responder a la comunicación oral y escrita que se maneja con los usuarios internos y externos atendiendo con gran disposición e importancia en el momento oportuno.
- Manejo de los medios adecuados para transmitir la información oral y escrita.
- Escribir pensando en los receptores a que se destina el escrito.
- Supervisar la comunicación escrita que dimana de su departamento o área de responsabilidad.
- Hacer una presentación clara y cuidadosa de los documentos.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
<p>Escucha de forma atenta a los interlocutores Precisa el mensaje oral y escrito y no permite frases hechas y/o sobreentendidas. Escribe y expresa ideas con lenguaje claro, conciso y ordenado. Estructura los mensajes orales y escritos. Hace una presentación clara y cuidadosa de los documentos, utilizando los medios adecuados.</p>	<p>Realiza retroalimentación del mensaje oral y escrito atendiendo y respondiendo adecuadamente a su interlocutor. Realiza preguntas y trata de decir con sus propias palabras lo que entiende sobre lo que los otros están expresando, a fin de verificar si realmente esta comprendiendo la situación de estos.</p>	<p>Comunica ideas de manera clara y directa utilizando expresiones adecuadas. Trata con respeto a sus compañeros manifestando su disposición para escuchar a los demás.</p>	<p>Promueve la comunicación en doble vía, escuchando activamente y captando las opiniones e ideas. Analiza e interpreta la información recibida teniendo en cuenta el sentido de la comunicación y el contexto.</p>



COMPETENCIAS INSTITUCIONALES: CALIDAD EN EL TRABAJO

Calidad en el trabajo (Competencia)

Excelencia en el trabajo a realizar, implica tener amplios conocimientos en los temas del área en la cual trabaja. Poseer la capacidad de comprender la esencia de los aspectos complejos para transformarlos en soluciones prácticas y operables para la organización, tanto en su propio beneficio como en el de los usuarios y otros involucrados.

Calidad en el trabajo (Conductas)

- Mantener permanentemente actualización en los temas relacionados con el área de trabajo.
- Demostrar dominio en el conocimiento en las funciones relacionadas con el área.
- Capacidad de eficacia y eficiencia para dar cumplimiento en el logro de objetivos
- Prever y solucionar problemas reales y potenciales del área de trabajo.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Se mantiene informado y capacitado en su área, con el fin de poder actuar con alta eficacia y eficiencia. Eventualmente brinda soluciones o prevé acciones alternativas, con el fin de alcanzar y superar los objetivos planteados. Aporta ideas y conocimiento.	Realiza procesos adecuados, prácticos y operables. Supervisa y corrige su trabajo, tratando de anticipar errores o fallas.	Conoce ampliamente los temas relacionados con su especialidad. Posee alto conocimiento de su área de especialización, y lo comparte con sus compañeros. Elabora e implementa soluciones prácticas y operables en beneficio de usuarios internos y externos, y en pos del logro de los objetivos institucionales.	Posee una alta visión y capacidad de analizar el contexto, que utiliza para planificar y diseñar la misión y objetivos de la institución con resultados exitosos. Constantemente monitorea y asesora a sus equipos para que se actualicen y se desarrollen. Posee alto conocimiento del mercado, del negocio y de sus áreas, y comparte su visión y conocimiento con sus colaboradores.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	DICCIONARIO DE COMPETENCIAS	Código: RH – IN – 01
		Fecha de Aprobación: 30/09/05
		Versión No. 00
		Página 6 de 31

COMPETENCIAS INSTITUCIONALES: TRABAJO EN EQUIPO

Trabajo en Equipo/Cooperación (Competencia)

Participar activamente en la consecución de una meta común, incluso cuando la colaboración conduce a una meta que no está directamente relacionada con el interés propio. Es la capacidad para cooperar, en los objetivos comunes, subordinando los propios intereses a los intereses comunes y considerando como más relevante el objetivo de todos que las circunstancias personales que se han de sacrificar o posponer.

Trabajo en Equipo/Cooperación (Conductas)

- Cumplir a tiempo con su parte del trabajo en los plazos estipulados.
- Disposición para ayudar, apoyar, crear, aprender y enseñar a los demás.
- Realizar el trabajo con un nivel óptimo de calidad.
- Proponer ideas para el desarrollo del trabajo.
- No imponer ideas a los miembros del equipo.
- Cumplir los acuerdos y normas grupales del área.
- Tratar las necesidades de otros departamentos con la misma celeridad, presión, con que deseamos que sean tratadas las nuestras.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
<p>Esta siempre dispuesto al intercambio de información con los miembros de su equipo.</p> <p>Es abierto a recibir a nuevos compañeros en su área de trabajo, y colabora con ellos para que se pongan rápidamente al tanto de las actividades de la institución.</p>	<p>Facilita la comunicación y el análisis de ideas, alentando el intercambio para mejorar la calidad de las decisiones y del trabajo a realizar.</p> <p>Trabaja en los proyectos del área cumpliendo las expectativas. Planteadas.</p>	<p>Propicia siempre el dialogo, cuidando el buen clima entre los miembros de su área.</p> <p>Esta atento a las necesidades de todos los integrantes de su área y mantiene una actitud servicial hacia ellos.</p> <p>Visualiza las fortalezas de sus compañeros de acuerdo con el proyecto que se este trabajando grupalmente en su área, y logra orientarlas hacia el cumplimiento del objetivo común.</p>	<p>Es participativo y mantiene una actitud activa de escuchar a los demás, facilitando el análisis de las ideas de todos los integrantes involucrados en el proyecto.</p> <p>Se compromete y con su ejemplo crea compromiso en todos los que trabajan a su lado.</p> <p>Orienta fácilmente los esfuerzos de su grupo de trabajo hacia el cumplimiento de los objetivos del área, perfectamente alineado, a su vez, con los objetivos organizacionales.</p>



COMPETENCIAS INSTITUCIONALES: RESPONSABILIDAD Y COMPROMISO

Responsabilidad y Compromiso (competencia) Hace referencia al compromiso, a un alto sentido del deber, al cumplimiento de las obligaciones en las diferentes situaciones de la vida cuando se pertenece a una institución Organizar eficazmente la propia agenda de actividades, estableciendo las prioridades necesarias y utilizando el tiempo personal de la forma más eficiente posible. Habilidad donde se es especialmente ordenado, puntual, metódico en el uso de su tiempo y es capaz de sacar el máximo rendimiento posible a su agenda.

Responsabilidad y Compromiso (Conductas)

- Cumplir con los horarios y compromisos que adquieran con la institución.
- Asumir las posibles consecuencias de sus actos.
- Establecer procedimientos para su propio trabajo.
- Definir prioridades en sus actividades.
- Planificar y programar diariamente los trabajos de su agenda personal.
- Trabajar con programación.
- Entregar los trabajos a realizar en los plazos establecidos.
- Ajustar los objetivos a la agenda de programación para que ésta sea efectiva.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Muestra interés por cumplir los compromisos. Logra comprometerse con los proyectos en los que participa y cumple con su parte. Asume con seriedad sus trabajos, sobre estimando los tiempos y obteniendo finalmente resultados usando el máximo plazo disponible.	Cumple con los compromisos adquiridos respecto al cargo con supervisión. Identifica con claridad aquellas tareas que requieren de mayor dedicación y sabe redistribuir sus tiempos para desarrollarlas adecuadamente. Propone modalidades alternativas de trabajo en pos del cumplimiento del proyecto o tarea asignada, sin necesidad de indicación alguna por parte de sus superiores.	Comprende la importancia de cumplir con los compromisos adquiridos. Tiene una actitud comprometida con las tareas en las que esta involucrado, y puede dar cuenta de los resultados, que siempre procura cumplir en tiempo y forma. Critica su desempeño atinadamente y se autoexige mejoras con el objetivo de dar lo mejor de sí en las tareas asignadas por sus superiores.	Se fija altos objetivos que siempre cumple, autoexigiéndose plazos y mejorando la calidad del trabajo o proyecto asignado. Modifica con buena predisposición la organización de sus tiempos para cumplir con las tareas encargadas. Prefiere organizar, en primer lugar, sus tareas, y luego distribuir el tiempo libre que pueda quedarle para dedicarse a otras actividades.



COMPETENCIAS ESPECÍFICAS AL CARGO: GERENTE

LIDERAZGO: (Competencia) Es la habilidad necesaria para orientar la acción de los grupos humanos en una dirección determinada, inspirando valores de acción y anticipando escenarios de desarrollo de la acción de ese grupo. La habilidad para fijar objetivos, el seguimiento de dichos objetivos y la capacidad de dar feedback, integrando las opiniones de los otros.

LIDERAZGO: (Conductas).

- Establecer reuniones con el equipo para analizar el seguimiento de tareas.
- Establecer los objetivos del grupo de forma clara y equilibrada.
- Motivar al grupo, generar expectativas de éxito.
- Establecer un clima de confianza entre los miembros del grupo.
- Fomentar la participación de todos en los procesos de reflexión y de toma de decisiones.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Fija objetivos de acción para el grupo en función de parámetros prefijados por su grupo de trabajo realizando un adecuado seguimiento de lo encomendado.	Fija objetivos, los trasmite y realiza un adecuado seguimiento al respecto, brindando feedback a los integrantes de su equipo.	Orienta la acción de sus grupos en la dirección necesaria para el logro de los objetivos.	Tiene energía y perseverancia y las trasmite con su ejemplo a los demás, logrando que su gente desarrolle también sus tareas con alto nivel de energía
El grupo lo percibe como líder para llevar adelante proyectos en los que se le conoce su expertise.	El grupo lo percibe como líder y se orienta en función de los objetivos por él fijados.	Inspira con su ejemplo, brinda valores de acción.	
Es técnicamente confiable y es buscado como referente para resolver dudas, por su reconocida experiencia.	Motiva al grupo para el logro de los objetivos organizacionales.	Anticipa los escenarios posibles de desarrollo de la acción para cada grupo.	
Se aplica al desarrollo de sus tareas con energía y perseverancia adecuadas para el logro de sus objetivos, y demanda lo mismo de su gente.	Suele ser buscado para que brinde consejo.	Fija objetivos, los trasmite claramente, realiza su seguimiento y da coaching y feedback sobre el avance registrado, integrando las opiniones de los diversos integrantes de cada grupo.	
	Trabaja habitualmente con un buen nivel de energía, y logra que el equipo rinda en la misma medida.		



Pensamiento estratégico (competencia) Es la habilidad para comprender rápidamente los cambios del entorno, las oportunidades del mercado, las amenazas competitivas y las fortalezas y debilidades de su propia institución a la hora de identificar la mejor respuesta estratégica. Capacidad para detectar nuevas oportunidades de negocios, realizar alianzas estratégicas con clientes, proveedores y competidores. Incluye la capacidad para saber cuándo hay que abandonar un negocio o reemplazarlo por otro.

Pensamiento estratégico (conductas)

- Percibe oportunamente cuándo hay que abandonar un negocio o reemplazarlo por otro.
- Detecta con facilidad nuevas oportunidades de negocios, para realizar convenios con otras instituciones, realizar alianzas estratégicas con clientes, proveedores y competidores.
- Establece y mantiene alianzas estratégicas con clientes proveedores y/o competidores, a fin de potenciar los negocios actuales o potenciales.
- Analiza profunda y rápidamente la información para identificar la mejor respuesta estratégica.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Identifica correctamente y con facilidad a las personas que podría ayudarlo a alcanzar objetivos, manteniendo con ellos contactos informales pero constantes.	Establece mecanismos de información periódica sobre la marcha de la organización para la toma de decisiones.	Detecta con facilidad nuevas oportunidades de negocios, para realizar convenios con otras instituciones, realizar alianzas estratégicas con clientes, proveedores y competidores.	Establece y mantiene alianzas estratégicas con clientes, proveedores y/o competidores, a fin de potenciar los negocios actuales o potenciales.

Orientación a resultados (competencia) Es la capacidad para actuar con velocidad y sentido de urgencia cuando se debe tomar decisiones importantes, necesarias para superar a los competidores, responder a las necesidades del cliente o mejorar la institución. Es la capacidad de administrar los procesos establecidos para que no interfieran con la consecución de los resultados esperados.



Orientación a resultados (conductas)

- Es un referente dentro de la institución en relación con la mejora de la eficiencia.
- Actúa con velocidad y sentido de urgencia ante situaciones que requieren anticiparse a los competidores, o responder con celeridad a las necesidades de los clientes.
- Brinda apoyo y da el ejemplo en términos de preocuparse por mejorar la calidad y la eficiencia de los procesos de trabajo y los servicios brindados.
- Estimula y premia las actitudes y las acciones de los colaboradores orientadas a promover la mejora continua y la eficiencia.
- Planifica la actividad previendo incrementar la competitividad de la organización y la satisfacción de los usuarios.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Intenta que todos realicen el trabajo correctamente, brindando para ello orientación sobre los objetivos y acciones esperados.	Analiza los resultados actuales y establece planes de mejora para la calidad, la satisfacción del usuario.	Diseña y utiliza Indicadores de Calidad para medir y comparar los resultados obtenidos.	Actúa con velocidad y sentido de urgencia ante situaciones que requieren anticiparse a los competidores, o responder con celeridad a las necesidades de los clientes.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS AL CARGO: SUBGERENTE

Apoyo a los colaboradores (competencia): Hace referencia a la capacidad de confiar en las personas encargadas de la administración directa de la institución. Estas relaciones están basadas en la confianza mutua y el respeto, mediante los cuales los profesionales reciben feedback informal de sus resultados. El apoyo a los compañeros esta basado en la confianza derivada de compartir los rigores del entrenamiento y de la valoración de los saberes de los demás, reunidos a partir de una política de selección uniforme de la organización para elegir a sus nuevos integrantes y desarrollar carreras sobre la base del conocimiento.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	DICCIONARIO DE COMPETENCIAS	Código: RH – IN – 01
		Fecha de Aprobación: 30/09/05
		Versión No. 00
		Página 11 de 31

Apoyo a los colaboradores (conductas)

- Brinda ayuda y aportes cuando se le solicitan sus pares, jefes o subordinados.
- Comparte sus experiencias con los otros y promueve en ellos actitudes similares.
- Se compromete con los objetivos de la institución.
- Reconoce, respeta y valora los saberes y aportes realizados por la gerencia.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Brinda ayuda y aportes cuando se le solicitan sus pares, jefes o subordinados	Comparte sus experiencias con los otros y promueve en ellos actitudes similares.	Se compromete con los objetivos de la institución.	Reconoce, respeta y valora los saberes y aportes realizados por la gerencia.

LIDERAZGO: (Competencia) Es la habilidad necesaria para orientar la acción de los grupos humanos en una dirección determinada, inspirando valores de acción y anticipando escenarios de desarrollo de la acción de ese grupo. La habilidad para fijar objetivos, el seguimiento de dichos objetivos y la capacidad de dar feedback, integrando las opiniones de los otros.

LIDERAZGO: (Conductas).

- Establecer reuniones con el equipo para analizar el seguimiento de tareas.
- Establecer los objetivos del grupo de forma clara y equilibrada.
- Motivar al grupo, generar expectativas de éxito.
- Establecer un clima de confianza entre los miembros del grupo.
- Fomentar la participación de todos en los procesos de reflexión y de toma de decisiones.



Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
<p>Fija objetivos de acción para el grupo en función de parámetros prefijados por su grupo de trabajo realizando un adecuado seguimiento de lo encomendado.</p> <p>El grupo lo percibe como líder para llevar adelante proyectos en los que se le conoce su expertise.</p> <p>Es técnicamente confiable y es buscado como referente para resolver dudas, por su reconocida experiencia.</p> <p>Se aplica al desarrollo de sus tareas con energía y perseverancia adecuadas para el logro de sus objetivos, y demanda lo mismo de su gente.</p>	<p>Fija objetivos, los trasmite y realiza un adecuado seguimiento al respecto, brindando feedback a los integrantes de su equipo.</p> <p>El grupo lo percibe como líder y se orienta en función de los objetivos por él fijados.</p> <p>Motiva al grupo para el logro de los objetivos organizacionales.</p> <p>Suele ser buscado para que brinde consejo.</p> <p>Trabaja habitualmente con un buen nivel de energía, y logra que el equipo rinda en la misma medida.</p>	<p>Orienta la acción de sus grupos en la dirección necesaria para el logro de los objetivos.</p> <p>Inspira con su ejemplo, brinda valores de acción.</p> <p>Anticipa los escenarios posibles de desarrollo de la acción para cada grupo.</p> <p>Fija objetivos, los trasmite claramente, realiza su seguimiento y da coaching y feedback sobre el avance registrado, integrando las opiniones de los diversos integrantes de cada grupo.</p>	<p>Tiene energía y perseverancia y las trasmite con su ejemplo a los demás, logrando que su gente desarrolle también sus tareas con alto nivel de energía</p>

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS AL CARGO: ASISTENTE ADMINISTRATIVO

Atención al Detalle (Competencia)

"Manejo eficaz de información detallada."

Se relaciona con la minuciosidad de análisis y manejo de conjuntos complejos y amplios de información de cualquier tipo con la que el sujeto ha de trabajar en el área de facturación y cartera, procurando eliminar el error.



Atención al Detalle (Conductas)

- Ser riguroso en el manejo de datos.
- Profundizar en el estudio de las diferentes herramientas que están a nuestro alcance
- Avisar al área responsable de la información que existe error, duplicidad y/o inconsistencias en la información.
- Crear rutinas de estudio personal y de grupo sobre la normatividad vigente que se maneja en el área

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Ser riguroso en el manejo de la información	Profundiza en el estudio de las diferentes herramientas que están a nuestro alcance	Avisa al área responsable de la información que existe error, duplicidad y/o inconsistencias en la información.	Crea rutinas de estudio personal y de grupo sobre la normatividad vigente que se maneja en el área.

Análisis Numérico (Competencia)

"Habilidad para analizar, organizar y presentar datos numéricos, por ejemplo, datos de facturación y cartera.

Capacidad que tiene que ver con el razonamiento numérico, pero también con la capacidad para resaltar lo fundamental y para establecer conexiones relevantes entre datos numéricos.

Análisis numérico (Conductas)

- Diseñar cuadros de presentación de datos que resulten significativos.
- Asegurarse de la fiabilidad de los datos que se manejan.
- Elaborar con acierto estudios de análisis del comportamiento de la facturación y la cartera presentando informes interpretativos.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Diseña cuadros de presentación de datos que resulten significativos.	Asegurarse de la fiabilidad de los datos que se manejan.	Elaborar con acierto estudios de análisis del comportamiento de la facturación y la cartera presentando	Presentar toda la información de forma correcta, asegurándose de la fiabilidad de los datos y identificar los errores y corregirlos.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	DICCIONARIO DE COMPETENCIAS	Código: RH – IN – 01
		Fecha de Aprobación: 30/09/05
		Versión No. 00
		Página 14 de 31

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS AL CARGO: TESORERA

Atención al Detalle (Competencia)

"Manejo eficaz de información detallada."

Se relaciona con la minuciosidad de análisis y manejo de conjuntos complejos y amplios de información de cualquier tipo con la que el sujeto ha de trabajar en el área de facturación y cartera, procurando eliminar el error.

Atención al Detalle (Conductas)

- Ser riguroso en el manejo de datos.
- Profundizar en el estudio de las diferentes herramientas que están a nuestro alcance
- Avisar al área responsable de la información que existe error, duplicidad y/o inconsistencias en la información.
- Crear rutinas de estudio personal y de grupo sobre la normatividad vigente que se maneja en el área

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Ser riguroso en el manejo de la información	Profundiza en el estudio de las diferentes herramientas que están a nuestro alcance	Avisa al área responsable de la información que existe error, duplicidad y/o inconsistencias en la información.	Creación de rutinas de estudio personal y de grupo sobre la normatividad vigente que se maneja en el área.

Análisis Numérico (Competencia)

"Habilidad para analizar, organizar y presentar datos numéricos, por ejemplo, datos de facturación y cartera."

Capacidad que tiene que ver con el razonamiento numérico, pero también con la capacidad para resaltar lo fundamental y para establecer conexiones relevantes entre datos numéricos.

Análisis numérico (Conductas)

- Diseñar cuadros de presentación de datos que resulten significativos.
- Asegurarse de la fiabilidad de los datos que se manejan.
- Elaborar con acierto estudios de análisis del comportamiento de la facturación y la cartera presentando informes interpretativos.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	DICCIONARIO DE COMPETENCIAS	Código: RH – IN – 01
		Fecha de Aprobación: 30/09/05
		Versión No. 00
		Página 15 de 31

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Diseña cuadros de presentación de datos que resulten significativos.	Asegurarse de la fiabilidad de los datos que se manejan.	Elaborar con acierto estudios de análisis del comportamiento de la facturación y la cartera presentando	Presentar toda la información de forma correcta, asegurándose de la fiabilidad de los datos y identificar los errores y corregirlos.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS AL CARGO: CONTADORA

Atención al Detalle (Competencia)

"Manejo eficaz de información detallada."

Se relaciona con la minuciosidad de análisis y manejo de conjuntos complejos y amplios de información de cualquier tipo con la que el sujeto ha de trabajar en el área de facturación y cartera, procurando eliminar el error.


Atención al Detalle (Conductas)

- Ser riguroso en el manejo de datos.
- Profundizar en el estudio de las diferentes herramientas que están a nuestro alcance
- Avisar al área responsable de la información que existe error, duplicidad y/o inconsistencias en la información.
- Crear rutinas de estudio personal y de grupo sobre la normatividad vigente que se maneja en el área

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Ser riguroso en el manejo de la información	Profundiza en el estudio de las diferentes herramientas que están a nuestro alcance	Avisa al área responsable de la información que existe error, duplicidad y/o inconsistencias en la información.	Crea rutinas de estudio personal y de grupo sobre la normatividad vigente que se maneja en el área.

Análisis Numérico (Competencia)

"Habilidad para analizar, organizar y presentar datos numéricos, por ejemplo, datos de facturación y cartera."

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	DICCIONARIO DE COMPETENCIAS	Código: RH – IN – 01
		Fecha de Aprobación: 30/09/05
		Versión No. 00
		Página 16 de 31

Capacidad que tiene que ver con el razonamiento numérico, pero también con la capacidad para resaltar lo fundamental y para establecer conexiones relevantes entre datos numéricos.

Análisis numérico (Conductas)

- Diseñar cuadros de presentación de datos que resulten significativos.
- Asegurarse de la fiabilidad de los datos que se manejan.
- Elaborar con acierto estudios de análisis del comportamiento de la facturación y la cartera presentando informes interpretativos.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Diseña cuadros de presentación de datos que resulten significativos.	Asegurarse de la fiabilidad de los datos que se manejan.	Elaborar con acierto estudios de análisis del comportamiento de la facturación y la cartera presentando	Presentar toda la información de forma correcta, asegurándose de la fiabilidad de los datos y identificar los errores y corregirlos.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS AL CARGO: COORDINADOR DE ESTADÍSTICAS Y ARCHIVO

Atención al Detalle (Competencia)

"Manejo eficaz de información detallada."

Se relaciona con la minuciosidad de análisis y manejo de conjuntos complejos y amplios de información de cualquier tipo con la que el sujeto ha de trabajar en el área de facturación y cartera, procurando eliminar el error.

Atención al Detalle (Conductas)

- Ser riguroso en el manejo de datos.
- Profundizar en el estudio de las diferentes herramientas que están a nuestro alcance
- Avisar al área responsable de la información que existe error, duplicidad y/o inconsistencias en la información.
- Crear rutinas de estudio personal y de grupo sobre la normatividad vigente que se maneja en el área

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	DICCIONARIO DE COMPETENCIAS	Código: RH – IN – 01
		Fecha de Aprobación: 30/09/05
		Versión No. 00
		Página 17 de 31

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Ser riguroso en el manejo de la información	Profundiza en el estudio de las diferentes herramientas que están a nuestro alcance	Avisa al área responsable de la información que existe error, duplicidad y/o inconsistencias en la información.	Crea rutinas de estudio personal y de grupo sobre la normatividad vigente que se maneja en el área.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS AL CARGO: COORDINADORA DE SERVICIOS

Atención al Detalle (Competencia)

"Manejo eficaz de información detallada."

Se relaciona con la minuciosidad de análisis y manejo de conjuntos complejos y amplios de información de cualquier tipo con la que el sujeto ha de trabajar en el área de facturación y cartera, procurando eliminar el error.

Atención al Detalle (Conductas)

- Ser riguroso en el manejo de datos.
- Profundizar en el estudio de las diferentes herramientas que están a nuestro alcance.
- Avisar al área responsable de la información que existe error, duplicidad y/o inconsistencias en la información.
- Crear rutinas de estudio personal y de grupo sobre la normatividad vigente que se maneja en el área

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Ser riguroso en el manejo de la información	Profundiza en el estudio de las diferentes herramientas que están a nuestro alcance	Avisa al área responsable de la información que existe error, duplicidad y/o inconsistencias en la información.	Crea rutinas de estudio personal y de grupo sobre la normatividad vigente que se maneja en el área.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	DICCIONARIO DE COMPETENCIAS	Código: RH – IN – 01
		Fecha de Aprobación: 30/09/05
		Versión No. 00
		Página 18 de 31

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS AL CARGO: VIGILANCIA

COLABORACION (Competencia)

Capacidad de trabajar en colaboración con grupos multidisciplinarios, con otras áreas y personas de la organización con los que se deba interactuar. Implica tener expectativas positivas respecto de los demás, y comprensión interpersonal.

Colaboración (conductas)

- Proporcionar información que se solicita en otras áreas.
- Mantener una actitud abierta ante los demás.
- Ayuda a otros cuando se le pide.
- Sostiene buenas relaciones interpersonales y genera confianza.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Proporcionar información que se solicita en otras áreas. Muestra interés por colaborar con los demás.	Realiza acciones que contribuyen al cumplimiento de los objetivos de otras personas de la institución, sin descuidar los propios.	Sostiene buenas relaciones interpersonales y genera confianza	Comparte información con sus colaboradores y pares, y realiza aportes a otras áreas de la organización.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS AL CARGO: MENSAJERO

Sentido de la Urgencia (Competencia)

"Percibir la urgencia real de determinadas tareas y actuar de manera consecuente para alcanzar su realización en plazos muy breves de tiempo."

En definitiva, se trata de la habilidad para «ponerse en marcha» con celeridad, cuando se percibe la necesidad de hacerlo, porque el tiempo apremia, para desarrollar una acción u obtener un resultado concreto.



Sentido de la urgencia (Conductas)

- Cumplir con la entrega de la información en los plazos -requeridos, aún cuando sean exista un largo plazo para hacerlo.
- Dar prioridad a la mensajería que la tienen.
- Agilizar su trabajo cuando percibe la presión de sus superiores.
- Percibir la necesidad de la información o resultado que se le pide en tiempo breve para la continuidad del trabajo de los demás.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Cumplir con la entrega de la información en los plazos -requeridos, aún cuando sean exista un largo plazo para hacerlo.	Dar prioridad a la mensajería que la tienen.	Agilizar su trabajo cuando percibe la presión de sus superiores.	Percibir la necesidad de la información o resultado que se le pide en tiempo breve para la continuidad del trabajo de los demás.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS AL CARGO: AUXILIAR DE COCINA

COLABORACION (Competencia)

Capacidad de trabajar en colaboración con grupos multidisciplinarios, con otras áreas y personas de la organización con los que se deba interactuar. Implica tener expectativas positivas respecto a los demás, y comprensión interpersonal.

Colaboración (conductas)

- Proporcionar información que se solicita en otras áreas.
- Mantener una actitud abierta ante los demás.
- Ayuda a otros cuando se le pide.
- Sostiene buenas relaciones interpersonales y genera confianza.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Proporcionar información que se solicita en otras áreas. Muestra interés por colaborar con los demás.	Realiza acciones que contribuyen al cumplimiento de los objetivos de otras personas de la institución, sin descuidar los propios.	Sostiene buenas relaciones interpersonales y genera confianza	Comparte información con sus colaboradores y pares, y realiza aportes a otras áreas de la organización.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	DICCIONARIO DE COMPETENCIAS	Código: RH – IN – 01
		Fecha de Aprobación: 30/09/05
		Versión No. 00
		Página 20 de 31

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS AL CARGO: AUXILIAR DE ASEO

COLABORACION (Competencia)

Capacidad de trabajar en colaboración con grupos multidisciplinarios, con otras áreas y personas de la organización con los que se deba interactuar. Implica tener expectativas positivas respecto a los demás, y comprensión interpersonal.

COLABORACION (conductas)

- Proporcionar información que se solicita en otras áreas.
- Mantener una actitud abierta ante los demás.
- Ayuda a otros cuando se le pide.
- Sostiene buenas relaciones interpersonales y genera confianza.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Proporcionar información que se solicita en otras áreas.	Realiza acciones que contribuyen al cumplimiento de los objetivos de otras personas de la institución, sin descuidar los propios.	Sostiene buenas relaciones interpersonales y genera confianza	Comparte información con sus colaboradores y pares, y realiza aportes a otras áreas de la organización.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS AL CARGO: DIRECTOR CIENTIFICO

LIDERAZGO: (Competencia) Es la habilidad necesaria para orientar la acción de los grupos humanos en una dirección determinada, inspirando valores de acción y anticipando escenarios de desarrollo de la acción de ese grupo. La habilidad para fijar objetivos, el seguimiento de dichos objetivos y la capacidad de dar feedback, integrando las opiniones de los otros.

LIDERAZGO: (Conductas).

- Establecer reuniones con el equipo para analizar el seguimiento de tareas.
- Establecer los objetivos del grupo de forma clara y equilibrada.
- Motivar al grupo, generar expectativas de éxito.



- Establecer un clima de confianza entre los miembros del grupo.
- Fomentar la participación de todos en los procesos de reflexión y de toma de decisiones.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
<p>Fija objetivos de acción para el grupo en función de parámetros prefijados por su grupo de trabajo realizando un adecuado seguimiento de lo encomendado.</p> <p>El grupo lo percibe como líder para llevar adelante proyectos en los que se le conoce su expertise.</p> <p>Es técnicamente confiable y es buscado como referente para resolver dudas, por su reconocida experiencia.</p> <p>Se aplica al desarrollo de sus tareas con energía y perseverancia adecuadas para el logro de sus objetivos, y demanda lo mismo de su gente.</p>	<p>Fija objetivos, los trasmite y realiza un adecuado seguimiento al respecto, brindando feedback a los integrantes de su equipo.</p> <p>El grupo lo percibe como líder y se orienta en función de los objetivos por él fijados.</p> <p>Motiva al grupo para el logro de los objetivos organizacionales.</p> <p>Suele ser buscado para que brinde consejo.</p> <p>Trabaja habitualmente con un buen nivel de energía, y logra que el equipo rinda en la misma medida.</p>	<p>Orienta la acción de sus grupos en la dirección necesaria para el logro de los objetivos.</p> <p>Inspira con su ejemplo, brinda valores de acción.</p> <p>Anticipa los escenarios posibles de desarrollo de la acción para cada grupo.</p> <p>Fija objetivos, los trasmite claramente, realiza su seguimiento y da coaching y feedback sobre el avance registrado, integrando las opiniones de los diversos integrantes de cada grupo.</p>	<p>Tiene energía y perseverancia y las trasmite con su ejemplo a los demás, logrando que su gente desarrolle también sus tareas con alto nivel de energía</p>



Aprendizaje (Competencia)

"Asimilar nueva información y aplicarla eficazmente."

La clave de esta habilidad estriba en la capacidad del sujeto para incorporar a su repertorio conductual, de forma eficaz y rápida, nuevos esquemas o modelos cognitivos; nuevas formas de interpretar la realidad o de ver las cosas, cuando asimila un conjunto de datos o de referencias nuevas desde el exterior, así como la capacidad, que expresa en conductas, de traducir estas asimilaciones de nuevos enfoques en formas también nuevas y adaptativas de hacer las cosas, consecuentemente con aquellos. La capacidad de aprendizaje aplicado tiene que ver con la rapidez y el esfuerzo implicados para realizar los aprendizajes, así como la capacidad básica de comprensión de los fenómenos observados y las relaciones causa-efecto que se establecen entre ellos.

Aprendizaje (Conductas)

- Adaptarse y aplicar nuevas tecnologías que se implanten en su profesión.
- Asimilar nueva información y aplicarla correctamente.
- Tratar de aplicar determinadas teorías a casos concretos y reales.
- Observar determinadas conductas en los interlocutores para aprovechar las soluciones aportadas por ellos a sus problemas.
- Modificar la propia conducta después de cometer errores.
- Ponerse en acción tras estudiar y analizar las diferentes circulares y notas internas sobre normatividad.
- Llevar a la práctica correctamente instrucciones complejas.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Asimilar nueva información y aplicarla correctamente. Adaptarse y aplicar nuevas tecnologías que se implanten en su profesión.	Modificar la propia conducta después de cometer errores.	Observar determinadas conductas en los interlocutores para aprovechar las soluciones aportadas por ellos a sus problemas.	Ponerse en acción tras estudiar y analizar las diferentes circulares y notas internas sobre normatividad. Llevar a la práctica correctamente instrucciones complejas.



Innovación / Creatividad (Competencia)

"Descubrir soluciones imaginativas de problemas relacionados con el trabajo y con alternativas a sus soluciones, métodos y formas clásicas de resolución."

Generar ideas, desarrollarlas, enriquecerlas, someterlas a crítica y a juicio con criterios de pragmatismo y viabilidad, implantarlas para construir con ellas soluciones a problemas planteados u oportunidades de innovación en cualquier campo profesional, es una habilidad cada día más necesaria en la vida de las organizaciones.

Innovación/Creatividad (Conductas)

- Aplicar nuevos sistemas de control al equipo terapéutico y médicos adscritos.
- Aplicar nuevos sistemas de atención a los pacientes.
- Aporta continuamente nuevas ideas.
- Aplicar nuevos sistemas que permitan ahorro en tiempo de trabajo .

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Aplica nuevos sistemas de control al equipo terapéutico y médicos adscritos.	Aplica nuevos sistemas de atención a los pacientes.	Aplica nuevos sistemas que permitan ahorro en tiempo de trabajo.	Aporta continuamente nuevas ideas.

Delegación (Competencia)

"Asignar las propias responsabilidades y autoridad al miembro del equipo adecuado, de forma inequívoca."

Se trata de la habilidad de un sujeto para transferir a otro, de manera adecuada y aceptable, alguna de sus tareas o funciones, dotándole de la información necesaria para ello, transfiriéndole, además, la capacidad para la toma de decisiones en el proceso de cumplimiento de la tarea y, en ocasiones, la autoridad que él mismo ostenta o su propia representación. Tiene que ver con la capacidad para ejercer una supervisión adecuada del avance posterior de la tarea y de efectuar el desarrollo de la capacidad del colaborador a quien se ha delegado, de manera eficaz y aceptada por el otro.



Delegación (Conductas)

- Asignar facultades en materia de conocimientos a sus colaboradores.
- Encargar a sus colaboradores nuevas tareas y/o retos y efectuar su seguimiento correcto.
- Asignar facultades en materia de riesgos a sus colaboradores.
- Fomentar que sus colaboradores le representen en actos profesionales o que representen a la unidad.
- Asignar a sus colaboradores tareas que formen parte de sus propios objetivos.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Asignar facultades en materia de conocimientos a sus colaboradores.	Asignar facultades en materia de riesgos a sus colaboradores.	Fomentar que sus colaboradores le representen en actos profesionales o que representen a la unidad.	Encargar a sus colaboradores nuevas tareas y/o retos y efectuar su seguimiento correcto. Asignar a sus colaboradores tareas que formen parte de sus propios objetivos.

Persuasión (Competencia)

"Tener habilidad para persuadir a otros con argumentos relevantes sobre la base de un estilo positivo, para adaptarse a ciertos puntos de vista o ponerse de acuerdo sobre ciertos planes."

La clave de esta habilidad se encuentra en la capacidad que muestra en la práctica una determinada persona para atraer a otra, sin ejercer la autoridad o la violencia y sin recurrir, en ningún caso, a forzar o torcer los deseos del otro, a sus propios planteamientos o acciones de forma que éstos quedan asumidos por el interlocutor por la fuerza de los argumentos del persuasor o por su propia credibilidad intrínseca o por la forma en que transmite sus posiciones.

Persuasión (Conductas)

- Convencer a los pacientes de lo beneficiosos que son los tratamientos.
- Modificar conductas negativas de los pacientes mediante la explicación de los tratamientos.
- Diseñar opciones y alternativas de cambios de vida.
- Conseguir que los demás le den la razón en sus planteamientos.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	DICCIONARIO DE COMPETENCIAS	Código: RH – IN – 01
		Fecha de Aprobación: 30/09/05
		Versión No. 00
		Página 25 de 31

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Convencer a los pacientes de lo beneficiosos que son los tratamientos.	Modificar conductas negativas de los pacientes mediante la explicación de los tratamientos.	Diseñar , opciones y alternativas de cambios de vida.	Conseguir que los demás le den la razón en sus planteamientos.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS AL CARGO: MEDICO PSIQUIATRA

Persuasión (Competencia)


"Tener habilidad para persuadir a otros con argumentos relevantes sobre la base de un estilo positivo, para adaptarse a ciertos puntos de vista o ponerse de acuerdo sobre ciertos planes."

La clave de esta habilidad se encuentra en la capacidad que muestra en la práctica una determinada persona para atraer a otra, sin ejercer la autoridad o la violencia y sin recurrir, en ningún caso, a forzar o torcer los deseos del otro, a sus propios planteamientos o acciones de forma que éstos quedan asumidos por el interlocutor por la fuerza de los argumentos del persuasor o por su propia credibilidad intrínseca o por la forma en que transmite sus posiciones.

Persuasión (Conductas)

- Convencer a los pacientes de lo beneficiosos que son los tratamientos.
- Modificar conductas negativas de los pacientes mediante la explicación de los tratamientos.
- Diseñar opciones y alternativas de cambios de vida.
- Conseguir que los demás le den la razón en sus planteamientos.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Convencer a los pacientes de lo beneficiosos que son los tratamientos.	Modificar conductas negativas de los pacientes mediante la explicación de los tratamientos.	Diseñar , opciones y alternativas de cambios de vida.	Conseguir que los demás le den la razón en sus planteamientos.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	DICCIONARIO DE COMPETENCIAS	Código: RH – IN – 01
		Fecha de Aprobación: 30/09/05
		Versión No. 00
		Página 26 de 31

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS AL CARGO: MEDICO GENERAL

Juicio (Competencia)

Considerar factores y posibles desarrollos de la acción a la luz de criterios relevantes y llegar a juicios realistas en los diagnósticos y pronósticos de los pacientes.

No es otra cosa que el vulgarmente denominado "sentido común" o capacidad para aplicar la lógica elemental al análisis de situaciones presentes o futuras, y llegar a conclusiones pragmáticas y verosímiles.

Juicio (Conductas)

- Decidir sobre la base de datos contrastados.
- No juzgar sobre la base de comentarios.
- Tener sentido común
- Aplicar el sentido común y tratar de dar explicaciones sencillas pero explicativas y completas a los pacientes.


Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Decidir sobre la base de datos contrastados.	No juzgar sobre la base de comentarios de su grupo interdisciplinario.	No dar diagnósticos errados sobre los pacientes.	Aplicar el sentido común y tratar de dar explicaciones sencillas pero explicativas y completas a los pacientes.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS AL CARGO: PSICOLOGO

Persuasión (Competencia)

"Tener habilidad para persuadir a otros con argumentos relevantes sobre la base de un estilo positivo, para adaptarse a ciertos puntos de vista o ponerse de acuerdo sobre ciertos planes."

La clave de esta habilidad se encuentra en la capacidad que muestra en la práctica una determinada persona para atraer a otra, sin ejercer la autoridad o la violencia y sin recurrir, en ningún caso, a forzar o torcer los deseos del otro, a sus propios planteamientos o acciones de forma que éstos quedan asumidos por el interlocutor por la fuerza de los argumentos del persuasor o por su propia credibilidad intrínseca o por la forma en que transmite sus posiciones.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	DICCIONARIO DE COMPETENCIAS	Código: RH – IN – 01
		Fecha de Aprobación: 30/09/05
		Versión No. 00
		Página 27 de 31

Persuasión (Conductas)

- Convencer a los pacientes de lo beneficiosos que son los tratamientos.
- Modificar conductas negativas de los pacientes mediante la explicación de los tratamientos.
- Diseñar , opciones y alternativas de cambios de vida.
- Conseguir que los demás le den la razón en sus planteamientos.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Convencer a los pacientes de lo beneficiosos que son los tratamientos.	Modificar conductas negativas de los pacientes mediante la explicación de los tratamientos.	Diseñar , opciones y alternativas de cambios de vida.	Conseguir que los demás le den la razón en sus planteamientos.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS AL CARGO: TERAPEUTA OCUPACIONAL

Liderazgo de Grupos (Competencia)

Guiar y dirigir un grupo y establecer y mantener el espíritu de grupo necesario para alcanzar los objetivos del mismo". Habilidad para ejercer el liderazgo y orientar la acción de grupos de personas, inspirando valores de acción.

Liderazgo de Grupos (Conductas)

- Establecer reuniones con el equipo para analizar el seguimiento de tareas.
- Motivar al grupo, generar expectativas de éxito.
- Establecer un clima de confianza entre los miembros del grupo.
- Asumir la responsabilidad en los fracasos del grupo.
- Fomentar la participación de todos en el grupo.
- Fomentar en el grupo un espíritu de "tarea común" de modo que todos vean las implicaciones de los demás en el éxito personal.
- Fomentar la comunicación clara, directa, completa en los miembros del equipo.
- Generar un clima positivo y de seguridad en los colaboradores que sepan que pueden expresar su opinión con toda libertad hasta que las decisiones son adoptadas.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	DICCIONARIO DE COMPETENCIAS	Código: RH – IN – 01
		Fecha de Aprobación: 30/09/05
		Versión No. 00
		Página 28 de 31

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Establecer reuniones con el equipo para analizar el seguimiento de tareas. Motivar al grupo, generar expectativas de éxito.	Establecer un clima de confianza entre los miembros del grupo.	Fomentar la participación de todos en el grupo. Fomentar en el grupo un espíritu de "tarea común" de modo que todos vean las implicaciones de los demás en el éxito personal.	Fomentar la comunicación clara, directa, completa en los miembros del equipo. Generar un clima positivo y de seguridad en los colaboradores que sepan que pueden expresar su opinión con toda libertad hasta que las decisiones son adoptadas.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS AL CARGO: JEFE DE ENFERMERIA

Decisión (Competencia)

"Toma de decisiones activa, eligiendo entre varias alternativas de solución a un problema. Comprometerse con opiniones concretas y acciones consecuentes con éstas, aceptando la responsabilidad que implican."

Decisión (Conductas)

- En situación de urgencia actuar de manera oportuna y responsable, realizando las funciones pertinentes.
- Mantener los equipos y materiales necesarios con antelación para la atención de situaciones de urgencia.
- Capacidad de tomar decisiones en los momentos de urgencia cuando sea requerido.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Mantener los equipos y materiales necesarios con antelación para la atención de situaciones de urgencia	En situación de urgencia actuar de manera oportuna y responsable, realizando las funciones pertinentes	Capacidad de tomar decisiones en los momentos de urgencia cuando sea requerido.	Muestra control y manejo de la situación de urgencia.



Atención al Detalle (Competencia)

"Manejo eficaz de información detallada."

Se relaciona con la minuciosidad de análisis y manejo de conjuntos complejos y amplios de información de cualquier tipo con la que el sujeto ha de trabajar, procurando eliminar el error y las duplicidades, etcétera.

Atención al Detalle (Conductas)

- Ser riguroso en el manejo de datos.
- Profundizar en el estudio de las diferentes herramientas que están a nuestro alcance.
- Crear rutinas de estudio personal y de grupo de las diferentes fuentes de información.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Ser riguroso en el manejo de la información	Profundiza en el estudio de las diferentes herramientas que están a nuestro alcance.	Explicarle al usuario que la información presenta inconsistencias para la prestación del servicio.	Crea rutinas de estudio personal y de grupo sobre la normatividad vigente que se maneja en el área.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS AL CARGO: AUXILIARES DE ENFERMERIA

Atención al Detalle (Competencia)

"Manejo eficaz de información detallada."

Se relaciona con la minuciosidad de análisis y manejo de conjuntos complejos y amplios de información de cualquier tipo con la que el sujeto ha de trabajar, procurando eliminar el error y las duplicidades, etcétera.

Atención al Detalle (Conductas)

- Ser riguroso en el manejo de datos.
- Profundizar en el estudio de las diferentes herramientas que están a nuestro alcance.
- Crear rutinas de estudio personal y de grupo de las diferentes fuentes de información.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	DICCIONARIO DE COMPETENCIAS	Código: RH – IN – 01
		Fecha de Aprobación: 30/09/05
		Versión No. 00
		Página 30 de 31

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Ser riguroso en el manejo de la información	Profundiza en el estudio de las diferentes herramientas que están a nuestro alcance.	Explicarle al usuario que la información presenta inconsistencias para la prestación del servicio.	Crea rutinas de estudio personal y de grupo sobre la normatividad vigente que se maneja en el área.

Decisión (Competencia)

"Toma de decisiones activa, eligiendo entre varias alternativas de solución a un problema. Comprometerse con opiniones concretas y acciones consecuentes con éstas, aceptando la responsabilidad que implican."

Decisión (Conductas)

- En situación de urgencia actuar de manera oportuna y responsable, realizando las funciones pertinentes.
- Mantener los equipos y materiales necesarios con antelación para la atención de situaciones de urgencia.
- Capacidad de tomar decisiones en los momentos de urgencia cuando sea requerido.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Mantener los equipos y materiales necesarios con antelación para la atención de situaciones de urgencia	En situación de urgencia actuar de manera oportuna y responsable, realizando las funciones pertinentes	Capacidad de tomar decisiones en los momentos de urgencia cuando sea requerido.	Muestra control y manejo de la situación de urgencia.

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS AL CARGO: AUXILIAR DE SERVICIOS FARMACEUTICOS

Atención al Detalle (Competencia)

"Manejo eficaz de información detallada."

Se relaciona con la minuciosidad de análisis y manejo de conjuntos complejos y amplios de información de cualquier tipo con la que el sujeto ha de trabajar, procurando eliminar el error y las duplicidades, etcétera.

 CLÍNICA SAN PABLO S.A.	DICCIONARIO DE COMPETENCIAS	Código: RH – IN – 01
		Fecha de Aprobación: 30/09/05
		Versión No. 00
		Página 31 de 31

Atención al Detalle (Conductas)

- Ser riguroso en el manejo de datos.
- Profundizar en el estudio de las diferentes herramientas que están a nuestro alcance.
- Crear rutinas de estudio personal y de grupo de las diferentes fuentes de información.

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
Ser riguroso en el manejo de la información	Profundiza en el estudio de las diferentes herramientas que están a nuestro alcance.	Explicarle al usuario que la información presenta inconsistencias para la prestación del servicio.	Crea rutinas de estudio personal y de grupo sobre la normatividad vigente que se maneja en el área.

Elaborado Por: Dra. Maritza Rodriguez	Aprobado Por: Gerente	COPIA CONTROLADA
--	------------------------------	-------------------------

**ANEXO F:
PROGRAMA DE AUDITORÍA
INTERNA**



Fecha de programación			CRONOGRAMA					
			DESDE			HASTA		
Día: 26	Mes: 11	Año: 2005	Día: 13	Mes: Dic.	Año: 2005	Día: 14	Mes: Dic.	Año: 2005

OBJETIVO

Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a los requisitos de la Norma ISO 9001 : 2000
Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación. Resolución 1439 de 2002
Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.

ALCANCE

Norma ISO 9001: 2000
Procesos del Sistema de Gestión de la Calidad

PROCESOS

Planeación del sistema	Consulta Externa	Nutrición	Recurso Humano
Convenios	Estancia hospitalaria	Aseo	Contabilidad general
Gestión de la calidad	Clínica Ambulatoria		Facturación
	TRAD		Compras
	Urgencias		Servicio Farmacéutico

CRITERIOS

Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas,
Convenios
Criterios definidos por la clínica

METODOLOGIA

Procedimiento de auditoria interna

PROGRAMACION

PROCESO	FECHA	AUDITOR	AUDITADO
Gestión de la calidad	13.12.05	Horacio Maldonado Auditor líder,	Enf. Beatriz Rueda Isaza, Representante de Calidad
Consulta Externa	13.12.05	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda, Auditora, Teresa Pérez, Médico Psiquiatra, Experto asesor.	Dr. Germán Duarte H, Director Científico Ana V. Sarmiento, Coordinadora de servicios
Estancia hospitalaria	13.12.05	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda Auditora, Teresa Pérez, Médico Psiquiatra, Experto asesor	Dr. Germán Duarte H, Director Científico Yma J. Rojas L, Enfermera jefe
Clínica Ambulatoria	13.12.05	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda Auditora, Teresa Pérez, Médico Psiquiatra, Experto asesor	Dr. Germán Duarte H, Director Científico Luz Mery Silva, Terapeuta ocupacional
Aseo	13.12.05	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I. Auditora	Ing. Sandra Bueno, Subgerente
Recurso Humano	13.12.05	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I. Auditora	Ing. Sandra Bueno, Subgerente
Contabilidad General	13.12.05	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I. Auditora	Beatriz Agudelo, Tesorera
Compras	13.12.05	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I. Auditora	Ing. Sandra Bueno, Subgerente
TRAD	14.12.05	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda Auditora,	Dr. Germán Duarte H. Director Científico

		Teresa Pérez, Médico Psiquiatra, Experto asesor	Sandra Duarte, Psicóloga
Urgencias	14.12.05	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda Auditora, Teresa Pérez, Médico Psiquiatra, Experto asesor	Dr. Germán Duarte H, Director Científico Olga Gómez Enfermera Jefe
Nutrición	14.12.05	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda Auditora, Teresa Pérez, Médico Psiquiatra, Experto asesor	Nidia Navarro, Nutricionista
Facturación	14.12.05	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I. Auditora	Delia Lamus, Auxiliar Administrativa
Servicio Farmacéutico	14.12.05	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I. Auditora	Doralba Rodríguez, Auxiliar de farmacia
Convenios	14.12.05	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I. Auditora	Omayra Rueda C, Gerente
Planeación del sistema	14.12.05	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I. Auditora	Omayra Rueda C, Gerente

CLIENTE DE LA AUDITORIA: Dra. Omayra Rueda C. Gerente

ANEXO G:
PLAN DE AUDITORÍA INTERNA



OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DEL PLAN	
PROCESO DE GESTION DE LA CALIDAD	
CRITERIOS	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas. Criterios definidos por la clínica	
LÍDER	EQUIPO AUDITOR
Horacio Maldonado	Horacio Maldonado, Ingeniero Industrial, Auditor Líder
PROCESOS AUDITADOS	
Requisitos legales, control de documentos, Control de registros, Acciones de Mejora correctivas, Acciones de Mejora Preventivas, Auditorias internas, Responsabilidades del Representante de Calidad.	

FECHA	HORA	ACTIVIDAD	REQUISITO	AUDITADO	AUDITOR(ES)
13.12.05	08:00 -08:05	Reunión de apertura	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Beatriz Rueda Isaza Representante de calidad Aura María Martínez Facilitadora de Calidad	Horacio Maldonado, auditor externo
13.12.05	08:05 – 08:45	Entrevista, Recolección de evidencias	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Beatriz Rueda Isaza Representante de calidad Aura María Martínez Facilitadora de Calidad	Horacio Maldonado, auditor externo
13.12.05	08:45 – 08:55	Hallazgos, Elaboración del informe de auditoría	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Beatriz Rueda Isaza Representante de calidad Aura María Martínez Facilitadora de Calidad	Horacio Maldonado, auditor externo
13.12.05	08:55 – 9:00	Reunión de cierre	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Beatriz Rueda Isaza Representante de calidad Aura María Martínez Facilitadora de Calidad	Horacio Maldonado, auditor externo

RESPONSABLE DEL PLAN	FIRMA DE APROBACIÓN	FECHA
HORACIO MALDONADO PINEDA:	Cliente/Representante: OMAIRA RUEDA GERENTE _____ Auditado: BEATRIZ RUEDA IL RESPONSABLE DEL PROCESO_____	26.11.05



OBJETIVO					
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000					
Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002					
Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.					
ALCANCE DEL PLAN					
PROCESO DE CONSULTA EXTERNA					
CRITERIOS					
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Convenios Criterios definidos por la clínica					
LÍDER			EQUIPO AUDITOR		
Horacio Maldonado			Horacio Maldonado, Ingeniero Industrial, Auditor líder, Beatriz Rueda I. Enfermera, Auditora Teresa Pérez, Médico Psiquiatra, Experto asesor.		
PROCESOS AUDITADOS					
Guías Médicas de atención, procedimiento de atención al usuario por consulta externa, Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.					
FECHA	HORA	ACTIVIDAD	REQUISITO	AUDITADO	AUDITOR(ES)
13.12.05	09:00 -09:05	Reunión de apertura	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Dr. Germán Duarte Dir. Científico Ana V. Sarmiento Responsables del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I. Auditora Teresa Pérez Experto asesor.
13.12.05	09:05 – 09:45	Entrevista, Recolección de evidencias	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Dr. Germán Duarte Dir. Científico Ana V. Sarmiento Responsables del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I. Auditora Teresa Pérez Experto asesor.
13.12.05	09:45 – 09:55	Hallazgos, Elaboración del informe de auditoria	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Dr. Germán Duarte Dir. Científico Ana V. Sarmiento Responsables del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I. Auditora Teresa Pérez Experto asesor.
13.12.05	09:55 – 10:00	Reunión de cierre	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Dr. Germán Duarte Dir. Científico Ana V. Sarmiento Responsables del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I. Auditora Teresa Pérez Experto asesor.
RESPONSABLE DEL PLAN			FIRMA DE APROBACIÓN		FECHA
HORACIO MALDONADO PINEDA:			Cliente/Representante: OMAIRA RUEDA GERENTE _____ Auditado: GERMAN DUARTE H. RESPONSABLE DEL PROCESO _____		26.11.05



OBJETIVO					
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.					
ALCANCE DEL PLAN					
PROCESO DE ESTANCIA HOSPITALARIA					
CRITERIOS					
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Convenios Criterios definidos por la clínica					
LÍDER			EQUIPO AUDITOR		
Horacio Maldonado			Horacio Maldonado, Ingeniero Industrial, Auditor líder, Beatriz Rueda I. Enfermera, Auditora Teresa Pérez, Médico Psiquiatra, Experto asesor.		
PROCESOS AUDITADOS					
Guía Médica de Atención para el manejo del Trastorno Depresivo Recurrente, Protocolo para la asistencia en TEC, Protocolo para la Administración de Líquidos endovenosos, Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.					
FECHA	HORA	ACTIVIDAD	REQUISITO	AUDITADO	AUDITOR(ES)
13.12.05	10:00 -10:05	Reunión de apertura	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Dr. Germán Duarte Dir. Científico Enf. Yma J. Rojas Responsables del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora Teresa Pérez Experto asesor.
13.12.05	10:05 – 10:45	Entrevista, Recolección de evidencias	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Dr. Germán Duarte Dir. Científico Enf. Yma J. Rojas Responsables del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora Teresa Pérez Experto asesor.
13.12.05	10:45 – 10:55	Hallazgos, Elaboración del informe de auditoría	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Dr. Germán Duarte Dir. Científico Enf. Yma J. Rojas Responsables del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Teresa Pérez Experto asesor.
13.12.05	10:55 – 11:00	Reunión de cierre	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Dr. Germán Duarte Dir. Científico Enf. Yma J. Rojas Responsables del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora Teresa Pérez Experto asesor.
RESPONSABLE DEL PLAN HORACIO MALDONADO PINEDA			FIRMA DE APROBACIÓN Cliente/Representante: OMAYRA RUEDA C. GERENTE _____ Auditado: GERMAN DUARTE H RESPONSABLE DEL POCESO _____		FECHA 26.11.05



OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DEL PLAN	
PROCESO DE CLINICA AMBULATORIA	
CRITERIOS	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Convenios Criterios definidos por la clínica	
LÍDER	EQUIPO AUDITOR
Horacio Maldonado	Horacio Maldonado, Ingeniero Industrial, Auditor líder, Beatriz Rueda I. Enfermera, Auditora Teresa Pérez, Médico Psiquiatra, Experto asesor.
PROCESOS AUDITADOS	
Guías de atención terapéutica de Clínica Ambulatoria, Procedimiento de Clínica ambulatoria, Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.	

FECHA	HORA	ACTIVIDAD	REQUISITO	AUDITADO	AUDITOR(ES)
13.12.05	11:00 -11:05	Reunión de apertura	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Luz Mery Silva Ter. Ocup. Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora Teresa Pérez Experto asesor.
13.12.05	11:05 – 11:45	Entrevista, Recolección de evidencias	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Luz Mery Silva Ter. Ocup. Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora Teresa Pérez Experto asesor.
13.12.05	11:45 – 11:55	Hallazgos, Elaboración del informe de auditoría	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Luz Mery Silva Ter. Ocup. Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora Teresa Pérez Experto asesor.
13.12.05	11:55 – 12:00	Reunión de cierre	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Luz Mery Silva Ter. Ocup. Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora Teresa Pérez Experto asesor.

RESPONSABLE DEL PLAN HORACIO MALDONADO PINEDA	FIRMA DE APROBACIÓN Cliente/Representante: Omayra Rueda C Gerente _____ Auditado: Luz Mery Silva. Responsable del proceso _____	FECHA 26.11.05
---	--	--------------------------



OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DEL PLAN	
PROCESO DE TRAD	
CRITERIOS	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Convenios Criterios definidos por la clínica	
LÍDER	EQUIPO AUDITOR
Horacio Maldonado	Horacio Maldonado, Ingeniero Industrial, Auditor líder, Beatriz Rueda I. Enfermera, Auditora Teresa Pérez, Médico Psiquiatra, Experto asesor.
PROCESOS AUDITADOS	
Manual de atención psicoterapeutica del TRAD, Manual de Proyecto de Vida, Manual del Programa TRAD, Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.	

FECHA	HORA	ACTIVIDAD	REQUISITO	AUDITADO	AUDITOR(ES)
14.12.05	08:00 -08:05	Reunión de apertura	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Dr. Germán Duarte Dir. Científico Sandra Duarte, Psicóloga Responsables del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora Teresa Pérez Experto asesor.
14.12.05	08:05 – 08:45	Entrevista, Recolección de evidencias	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Dr. Germán Duarte Dir. Científico Sandra Duarte, Psicóloga Responsables del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora Teresa Pérez Experto asesor.
14.12.05	08:45 – 08:55	Hallazgos, Elaboración del informe de auditoria	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Dr. Germán Duarte Dir. Científico Sandra Duarte, Psicóloga Responsables del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora Teresa Pérez Experto asesor.
14.12.05	08:55 – 09:00	Reunión de cierre	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Dr. Germán Duarte Dir. Científico Sandra Duarte, Psicóloga Responsables del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora Teresa Pérez Experto asesor.

RESPONSABLE DEL PLAN HORACIO MALDONADO PINEDA	FIRMA DE APROBACIÓN Cliente/Representante: Omayra Rueda C. Gerente _____ Auditado: German Duarte H. Responsable del proceso _____	FECHA 26.11.05
---	--	--------------------------



OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DEL PLAN	
PROCESO DE URGENCIAS	
CRITERIOS	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Convenios Criterios definidos por la clínica	
LÍDER	EQUIPO AUDITOR
Horacio Maldonado	Horacio Maldonado, Ingeniero Industrial, Auditor líder, Beatriz Rueda I. Enfermera, Auditora Teresa Pérez, Médico Psiquiatra, Experto asesor.
PROCESOS AUDITADOS	
Protocolo de Atención de Urgencias, Procedimiento de Atención de Urgencias, Procedimiento de Referencia oy Contrarreferencia de pacientes, Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.	

FECHA	HORA	ACTIVIDAD	REQUISITO	AUDITADO	AUDITOR(ES)
14.12.05	09:00 -09:05	Reunión de apertura	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Dr. Germán Duarte Dir. Científico Enf. Olga Gómez Responsables del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora Teresa Pérez Experto asesor.
14.12.05	09:05 – 09:45	Entrevista, Recolección de evidencias	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Dr. Germán Duarte Dir. Científico Enf. Olga Gómez Responsables del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora Teresa Pérez Experto asesor.
14.12.05	09:45 – 09:55	Hallazgos, Elaboración del informe de auditoria	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Dr. Germán Duarte Dir. Científico Enf. Olga Gómez Responsables del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora Teresa Pérez Experto asesor.
14.12.05	09:55 – 10:00	Reunión de cierre	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Dr. Germán Duarte Dir. Científico Enf. Olga Gómez Responsables del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora Teresa Pérez Experto asesor.

RESPONSABLE DEL PLAN HORACIO MALDONADO PINEDA	FIRMA DE APROBACIÓN Cliente/Representante: Omayra Rueda C. Gerente _____ Auditado: German Duarte H. Responsable del proceso _____	FECHA 26.11.05
---	--	--------------------------



OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DEL PLAN	
PROCESO DE NUTRICION	
CRITERIOS	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Criterios definidos por la clínica	
LÍDER	EQUIPO AUDITOR
Horacio Maldonado	Horacio Maldonado, Ingeniero Industrial, Auditor líder, Beatriz Rueda I. Enfermera, Auditora Teresa Pérez, Médico Psiquiatra, Experto asesor.
PROCESOS AUDITADOS	
Manual de Nutrición, Instructivo de congelación de Alimentos, Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora Correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.	

FECHA	HORA	ACTIVIDAD	REQUISITO	AUDITADO	AUDITOR(ES)
14.12.05	10:00 -10:05	Reunión de apertura	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Nut. Nidia Navarro Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora
14.12.05	10:05 – 10:45	Entrevista, Recolección de evidencias	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Nut. Nidia Navarro Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora
14.12.05	10:45 – 10:55	Hallazgos, Elaboración del informe de auditoria	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Nut. Nidia Navarro Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora
14.12.05	10:55 – 11:00	Reunión de cierre	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Nut. Nidia Navarro Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora

RESPONSABLE DEL PLAN HORACO MALDONADO PINEDA	FIRMA DE APROBACIÓN Cliente/Representante: OMAYRA RUEDA C. GERENTE _____ Auditado: NYDIA NAVARRO RESPONSABLE DEL PROCESO _____	FECHA 26.11.05
--	---	--------------------------



OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DEL PLAN	
PROCESO DE ASEO	
CRITERIOS	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Criterios definidos por la clínica	
LÍDER	EQUIPO AUDITOR
Horacio Maldonado	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I. Auditora
PROCESOS AUDITADOS	
Plan de gestión de Residuos Hospitalarios, Limpieza y desinfección de unidades, Programa de Aseo y limpieza, Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.	

FECHA	HORA	ACTIVIDAD	REQUISITO	AUDITADO	AUDITOR(ES)
13.12.05	02:00 -02:05	Reunión de apertura	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Ing. Sandra Bueno Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora
13.12.05	02:05 – 02:45	Entrevista, Recolección de evidencias	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Ing. Sandra Bueno Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora
13.12.05	02:45 – 02:55	Hallazgos, Elaboración del informe de auditoría	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Ing. Sandra Bueno Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora
13.12.05	02:55 – 06:00	Reunión de cierre	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Ing. Sandra Bueno Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora

RESPONSABLE DEL PLAN HORACIO MALDONADO PINEDA	FIRMA DE APROBACIÓN Cliente/Representante: OMayra Rueda C. Gerente _____ Auditado: SANDRA BUENO RESPONSABLE DEL PROCESO _____	FECHA 26.11.05
---	--	--------------------------



OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DEL PLAN	
PROCESO DE RECURSO HUMANO	
CRITERIOS	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Convenios Criterios definidos por la clínica	
LÍDER	EQUIPO AUDITOR
Horacio Maldonado	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I. Auditora
PROCESOS AUDITADOS	
Manual de funciones, Diccionario de Competencias, Procedimiento de selección, inducción, capacitación y evaluación de competencias, Programa de salud ocupacional, Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.	

FECHA	HORA	ACTIVIDAD	REQUISITO	AUDITADO	AUDITOR(ES)
13.12.05	03:00 -03:05	Reunión de apertura	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Ing. Sandra Bueno Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora
13.12.05	03:05 – 03:45	Entrevista, Recolección de evidencias	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Ing. Sandra Bueno Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora
13.12.05	03:45 – 03:55	Hallazgos, Elaboración del informe de auditoria	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Ing. Sandra Bueno Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora
13.12.05	03:55 – 04:00	Reunión de cierre	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Ing. Sandra Bueno Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora

RESPONSABLE DEL PLAN: HORACIO MALDONADO	FIRMA DE APROBACIÓN Cliente/Representante: Omayra Rueda C. Gerente _____ Auditado: Sandra Bueno Responsable del Proceso _____	FECHA 26.11.05
---	--	--------------------------



OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DEL PLAN	
PROCESO DE CONTABILIDAD GENERAL	
CRITERIOS	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Convenios Criterios definidos por la clínica	
LÍDER	EQUIPO AUDITOR
Horacio Maldonado	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I. Auditora
PROCESOS AUDITADOS	
Procedimiento de Tesorería, Procedimiento de Contabilidad, Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.	

FECHA	HORA	ACTIVIDAD	REQUISITO	AUDITADO	AUDITOR(ES)
13.12.05	04:00 -04:05	Reunión de apertura	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Sra. Beatriz Agudelo Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora
13.12.05	04:05 – 04:45	Entrevista, Recolección de evidencias	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Sra. Beatriz Agudelo Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora
13.12.05	04:45 – 04:55	Hallazgos, Elaboración del informe de auditoría	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Sra. Beatriz Agudelo Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora
13.12.05	04:55 – 05:00	Reunión de cierre	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Sra. Beatriz Agudelo Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora

RESPONSABLE DEL PLAN: HORACIO MALDONADO	FIRMA DE APROBACIÓN Cliente/Representante: OMAYRA RUEDA C. GERENTE _____ Auditado: BEATRIZ AGUDELO RESPONSABLE DEL PROCESO _____	FECHA 26.11.05
---	---	--------------------------



OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DEL PLAN	
PROCESO DE COMPRAS	
CRITERIOS	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Convenios Criterios definidos por la clínica	
LÍDER	EQUIPO AUDITOR
Horacio Maldonado	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I. Auditora
PROCESOS AUDITADOS	
Procedimiento de Compra de Materiales e insumos, Criterios de evaluación, selección y reevaluación de proveedores de materiales insumos y servicios, Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.	

FECHA	HORA	ACTIVIDAD	REQUISITO	AUDITADO	AUDITOR(ES)
13.12.05	05:00 -05:05	Reunión de apertura	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Ing. Sandra Bueno Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora
13.12.05	05:05 – 05:45	Entrevista, Recolección de evidencias	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Ing. Sandra Bueno Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora
13.12.05	05:45 – 05:55	Hallazgos, Elaboración del informe de auditoria	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Ing. Sandra Bueno Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora
13.12.05	05:55 – 06:00	Reunión de cierre	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Ing. Sandra Bueno Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora

RESPONSABLE DEL PLAN HORACIO MALDONADO	FIRMA DE APROBACIÓN Cliente/Representante: OMAYRA RUEDA C. GERENTE _____ Auditado: SANDRA BUENO RESPONSABLE DEL PROCESO _____	FECHA 26.11.05
--	--	--------------------------



OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento. Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DEL PLAN	
PROCESO DE FACTURACION	
CRITERIOS	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Convenios Criterios definidos por la clínica	
LÍDER	EQUIPO AUDITOR
Horacio Maldonado	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I. Auditora
PROCESOS AUDITADOS	
Manual de comprobación de derechos, Procedimiento de Facturación, Procedimiento para el Manejo de Glosa, Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.	

FECHA	HORA	ACTIVIDAD	REQUISITO	AUDITADO	AUDITOR(ES)
14.12.05	11:00 -11:05	Reunión de apertura	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Sra. Delia Lamus Aux. Adm. Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora
14.12.05	11:05 – 11:45	Entrevista, Recolección de evidencias	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Sra. Delia Lamus Aux. Adm. Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora
14.12.05	11:45 – 11:55	Hallazgos, Elaboración del informe de auditoria	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Sra. Delia Lamus Aux. Adm. Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora
14.12.05	11:55 – 12:00	Reunión de cierre	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Sra. Delia Lamus Aux. Adm. Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora

RESPONSABLE DEL PLAN HORACIO MALDONADO	FIRMA DE APROBACIÓN Cliente/Representante: OMAYRA RUEDA C. GERENTE _____ Auditado: DELIA LAMUS RESPONSABLE DEL PROCESO _____	FECHA 26.11.05
--	---	--------------------------



OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DEL PLAN	
PROCESO DE SERVICIO FARMACEUTICO	
CRITERIOS	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Convenios Criterios definidos por la clínica	
LÍDER	EQUIPO AUDITOR
Horacio Maldonado	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I. Auditora
PROCESOS AUDITADOS	
Dispensación de medicamentos e insumos hospitalarios, Instructivo para el control de vencimiento de los medicamentos, Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.	

FECHA	HORA	ACTIVIDAD	REQUISITO	AUDITADO	AUDITOR(ES)
14.12.05	02:00 -02:05	Reunión de apertura	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Sra. Doralba Rodríguez Regente de Farmacia Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora
14.12.05	02:05 – 02:45	Entrevista, Recolección de evidencias	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Sra. Doralba Rodríguez Regente de Farmacia Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora
14.12.05	02:45 – 02:55	Hallazgos, Elaboración del informe de auditoria	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Sra. Doralba Rodríguez Regente de Farmacia Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora
14.12.05	02:55 – 03:00	Reunión de cierre	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Sra. Doralba Rodríguez Regente de Farmacia Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora

RESPONSABLE DEL PLAN HORACIO MALDONADO	FIRMA DE APROBACIÓN Cliente/Representante: OMAYRA RUEDA C. GERENTE _____ Auditado: DORALBA RODRIGUEZ RESPONASBLE DEL PROCESO _____	FECHA 26.11.05
--	---	--------------------------



OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DEL PLAN	
PROCESO DE CONVENIOS	
CRITERIOS	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Convenios Criterios definidos por la clínica	
LÍDER	EQUIPO AUDITOR
Horacio Maldonado	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I. Auditora
PROCESOS AUDITADOS	
Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.	

FECHA	HORA	ACTIVIDAD	REQUISITO	AUDITADO	AUDITOR(ES)
14.12.05	03:00 -03:05	Reunión de apertura	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Dra. Omayra Rueda C. Gerente Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora
14.12.05	03:05 – 03:45	Entrevista, Recolección de evidencias	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Dra. Omayra Rueda C. Gerente Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora
14.12.05	03:45 – 03:55	Hallazgos, Elaboración del informe de auditoría	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Dra. Omayra Rueda C. Gerente Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora
14.12.05	03:55 – 04:00	Reunión de cierre	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Dra. Omayra Rueda C. Gerente Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora

RESPONSABLE DEL PLAN HORACIO MALDONADO	FIRMA DE APROBACIÓN Cliente/Representante: Omayra Rueda C. GERENTE _____ Auditado: Omayra Rueda C. RESPONSABLE DEL PROCESO _____	FECHA 26.11.05
--	---	--------------------------



OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DEL PLAN	
PROCESO DE PLANEACION DEL SISTEMA	
CRITERIOS	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Convenios Criterios definidos por la clínica	
LÍDER	EQUIPO AUDITOR
Horacio Maldonado	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I. Auditora
PROCESOS AUDITADOS	
Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.	

FECHA	HORA	ACTIVIDAD	REQUISITO	AUDITADO	AUDITOR(ES)
14.12.05	04:00 -04:05	Reunión de apertura	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Dra. Omayra Rueda C. Gerente Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora
14.12.05	04:05 – 04:45	Entrevista, Recolección de evidencias	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Dra. Omayra Rueda C. Gerente Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora
14.12.05	04:45 – 04:55	Hallazgos, Elaboración del informe de auditoría	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Dra. Omayra Rueda C. Gerente Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora
14.12.05	04:55 – 05:00	Reunión de cierre	Disponibilidad del auditado No interrupciones	Dra. Omayra Rueda C. Gerente Responsable del proceso	Horacio Maldonado Auditor líder, Beatriz Rueda I, Auditora

RESPONSABLE DEL PLAN HORACIO MALDONADO	FIRMA DE APROBACIÓN Cliente/Representante: Omayra Rueda C. GERENTE _____ Auditado: Omayra Rueda C RESPONSABLE DEL PROCESO _____	FECHA 26.11.05
--	--	--------------------------

**ANEXO H:
EJEMPLO LISTAS DE CHEQUEO PARA
AUDITORÍA**



Fecha Nov. 26 de 2005	Equipo auditor/Auditor: HORACIO MALDONADO PINEDA, INGENIERO INDUSTRIAL AUDITOR LIDER
Auditado: BEATRIZ RUEDA I. REPRESENTANTE DE CALIDAD	Proceso a Auditar: GESTION DE LA CALIDAD

	PREGUNTAS/DETALLE	EVIDENCIA DE REGISTROS	OBSERVACIONES
P	<p>¿Cuál es el objetivo del proceso? ¿Cómo se estableció ese objetivo? ¿Cuáles son las entradas del proceso? ¿Cuáles son las salidas del proceso? ¿Quiénes son los clientes? ¿Cuáles son las necesidades de sus clientes? ¿Cómo se identificaron? Cómo se satisfacen esas necesidades? Cuales son las responsabilidades y niveles de autoridad del responsable del proceso de calidad? Qué criterios se definieron para aprobar los documentos del sistema de la calidad antes de emitirlos? Qué criterios se establecieron para el manejo de los documentos de origen externo Qué mecanismos se definieron para controlar los registros? Cómo se evalúa la calidad del registro Historia Clínica Qué criterios están establecidos para controlar el registro Historia Clínica en cuanto a identificación almacenamiento protección, acceso, tiempos de retención. Cómo se hace el seguimiento a la satisfacción del cliente Qué criterios y métodos se han establecido para hacer el seguimiento y medición a los procesos del sistema de gestión de la calidad y al tratamiento médico. Qué métodos se han establecido para la mejora continua del sistema de gestión de la calidad Cómo se manejan los servicios no conformes relacionados con quejas y otras no conformidades no identificadas Con qué periodicidad se llevan a cabo las auditorías internas? Cómo se seleccionó el grupo de auditores internos Qué perfil se ha establecido para garantizar la competencia de los auditores? Qué mecanismos o acciones se han tomado o están tomando o han planificado para garantizar que el personal es conciente con la política del sistema de gestión de la calidad</p>		

H	<p>Solicitar registro donde se designa representante sus responsabilidades y niveles de autoridad</p> <p>Solicitar listado maestro de documentos controlados y registro que evidencie la aprobación de tales documentos</p> <p>Solicitar registro de distribución de documentos para tales y tales</p> <p>Solicitar documentos de origen externo controlado: Normas de seguridad social, registros de mantenimiento, documentos de hojas de vida del personal</p> <p>Solicitar registro de acciones correctivas y acciones preventivas</p> <p>Solicitar programa de auditorias, hoja de vida de auditores, planes de auditorias, lista de verificación de auditorias, informes de auditoria y informes de mejoras resultadas de la auditoria.</p>		
V	<p>Verificar que mecanismos de seguimiento y medición se han establecido par el proceso de Gestión de la calidad</p> <p>Verificar control de registros para escribir varios registros de varios procesos</p> <p>Verificar indicadores que miden la eficacia del proceso de gestión de la calidad</p>		
A	<p>De las acciones de mejoramiento</p> <p>¿ cuál cree Ud. Que es la más importante o la que le ha agregado mas valor a la institución?</p> <p>Cuales son los principales beneficios le ha aportado a la institución la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad?</p> <p>Cual considera que es el principal beneficio?</p> <p>Qué nuevos programas de mejoramiento se tienen planificados para el sistema de Gestión de la Calidad?</p>		

ANEXO I: AUDITORÍA INTERNA



PROCESO AUDITADO: GESTION DE LA CALIDAD	FECHA: 13.12.05
RESPONSABLE DEL PROCESO: BEATRIZ RUEDA ISAZA Jefe de Calidad	EQUIPO AUDITOR/AUDITOR: HORACIO MALDONADO Auditor Líder
OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DE LA AUDITORÍA	
Requisitos legales, control de documentos, Control de registros, Acciones de Mejora Correctivas, Acciones de Mejora Preventivas, Auditorías internas, Responsabilidades del Representante de Calidad.	
PERSONAL ENTREVISTADO	
Beatriz Rueda I. Representante de Calidad	
DOCUMENTACIÓN ANALIZADA EN CAMPO (CRITERIOS)	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Criterios definidos por la clínica.	
ASPECTOS FAVORABLES	
<ul style="list-style-type: none">- El compromiso del responsable del proceso por la implementación de las nuevas metodologías que exige el Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001 : 2000 .- Enfoque a la gestión por procesos establecido en la planificación de las auditorías, control de documentos, control de registros, manejo de Acciones Correctivas, manejo de Acciones Preventivas, y la caracterización del proceso.- Comprensión de las necesidades y expectativas del cliente de su proceso.- Claridad en la caracterización de su proceso: Dueño del proceso, Entradas, Salidas, y en general con la interrelación con otros procesos.- Conocimiento de las responsabilidades como Representante de la Gerencia ante el Sistema de Gestión de la Calidad.- El Enfoque adquirido para la toma de decisiones con base en hechos y datos a través de los indicadores establecidos para el Sistema de Gestión de la Calidad.- El inicio del programa de Auditorías Internas de Calidad como herramientas para garantizar el mantenimiento y mejoramiento del Sistema.- La evaluación integral de la satisfacción del usuario lo que demuestra una clara orientación a cumplir sus requisitos, y a satisfacer sus necesidades.	
ASPECTOS DÉBILES/OBSERVACIONES	
<ul style="list-style-type: none">- Especificar o definir en el procedimiento de control de documentos y registros la utilización del Documento Listado Maestro de Documentos, lo que facilitará un mejor seguimiento y control al procedimiento.	
SOLICITUD ACCIONES CORRECTIVAS/NO CONFORMIDADES	
<ul style="list-style-type: none">- Se encontraron registros no controlados en el Listado Maestro de Documentos; Registros sin tiempo de retención, ubicación, acceso, disposición final y almacenamiento. (Acciones Correctivas, auditorías, formato de entradas y salidas de Farmacia, Cuestionario Multimodal, minutas, listado de E.P.S. con convenios vigentes). El procedimiento para el control de documentos GC – PR – 01 y el Procedimiento para el control de registros GC – PR – 02 establecen que se deben controlar los documentos y registros requeridos para demostrar la eficacia de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad. Norma ISO 9001 : 2000 numeral 4.2.3. y 4.2.4.- No se ha aprobado el Manual de Calidad.	



PROCESO AUDITADO: CONSULTA EXTERNA	FECHA: 13.12.05
RESPONSABLE DEL PROCESO: DR. GERMAN DUARTE H. Director Científico ANA VICTORIA SARMIENTO Coordinadora de Servicios	EQUIPO AUDITOR/AUDITOR: HORACIO MALDONADO, Auditor Líder BEATRIZ RUEDA I. Auditora
OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002, Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DE LA AUDITORÍA	
Guías Médicas de atención, procedimiento de atención al usuario por consulta externa, Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora Correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.	
PERSONAL ENTREVISTADO	
Dr. Germán Duarte H. Director Científico Ana Victoria Sarmiento, Coordinadora de Servicios	
DOCUMENTACIÓN ANALIZADA EN CAMPO (CRITERIOS)	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Convenios, Criterios definidos por la clínica.	
ASPECTOS FAVORABLES	
<ul style="list-style-type: none">- El compromiso del personal por la Gestión de la Calidad y la incorporación de las metodologías que exige el Sistema.- Enfoque al usuario a través del entendimiento de las necesidades y expectativas y el cumplimiento de sus requisitos.- Comprensión de la caracterización del proceso y la interrelación del mismo con otros procesos o unidades de la organización.- Enfoque al análisis de datos a través de los indicadores del proceso.- La planificación del proceso demostrada a través de la documentación: Guías de atención, caracterización, procedimientos técnico administrativos e indicadores de seguimiento y medición del proceso y de la atención médica.- Adherencia a las Guías médicas evaluadas: Manejo del Trastorno Afectivo Bipolar.- Cumplimiento de los procesos estandarizados relacionados con: Consulta externa.- Comprensión de los beneficios que aporta la implementación del Sistema de gestión de la calidad, relacionados con eficacia y eficiencia.	
ASPECTOS DÉBILES/OBSERVACIONES	
<ul style="list-style-type: none">- El que se establezcan guías de manejo de psicología para la Consulta externa evita riesgos inherentes a la atención.- El que se establezcan responsables y fechas de cumplimiento y se realice seguimiento a los compromisos definidos en las actas de los comités permitirá evaluar de una mejor manera la eficacia del Sistema.- El diligenciamiento completo de los registros del proceso de Consulta Externa permitirá evidenciar de manera eficaz el cumplimiento del proceso (Formato de Asignación de citas, Historia Clínica).	
SOLICITUD ACCIONES CORRECTIVAS/NO CONFORMIDADES	
<ul style="list-style-type: none">- No se encontró evidencia del registro de mejora continua relacionada con la demora de la consulta externa. El procedimiento GC – PR – 04 establece que se deben tomar Acciones Correctivas y Preventivas para eliminar las causas de las no conformidades con el objeto de prevenir que vuelva a ocurrir . Norma ISO 9001 : 2000 numeral. 8.5.2- No se encontró evidencia de Registros de Mejora Continua para los problemas detectados por incumplimiento de los estándares o metas de calidad establecidos en los indicadores: Instalaciones Físicas. El procedimiento GC – PR – 04 establece que se deben tomar Acciones Correctivas y Preventivas para eliminar las causas de las no conformidades con el objeto de prevenir que vuelva a ocurrir. Norma ISO 9001 : 2000 numeral. 8.5.2	



PROCESO AUDITADO: ESTANCIA HOSPITALARIA	FECHA: 13.12.05
RESPONSABLE DEL PROCESO: DR. GERMAN DUARTE H. Director Científico ENF. YMA J. ROJAS L. Enfermera Jefe.	EQUIPO AUDITOR/AUDITOR: HORACIO MALDONADO, Auditor Líder BEATRIZ RUEDA ISAZA, Auditora
OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DE LA AUDITORÍA	
Guía Médica de Atención para el manejo del Trastorno Depresivo Recurrente, Protocolo para la asistencia en TEC, Protocolo para la Administración de Líquidos endovenosos, Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.	
PERSONAL ENTREVISTADO	
DR. GERMAN DUARTE H. Director Científico ENF. YMA J. ROJAS L. Enfermera Jefe.	
DOCUMENTACIÓN ANALIZADA EN CAMPO (CRITERIOS)	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Convenios, Criterios definidos por la clínica.	
ASPECTOS FAVORABLES	
<ul style="list-style-type: none">- Se observa compromiso del responsable del proceso en la implementación del Sistema de gestión de la calidad, enfoque al cliente a través de la identificación del cliente, comprensión de sus necesidades, claridad en el objetivo del proceso, entradas, salidas y la interrelación con otros procesos.- La planificación del proceso evidenciada a través de las Guías de Atención Médica hospitalaria, los Protocolos de Atención de Enfermería, la Caracterización del proceso y las Metas de calidad.- Enfoque al análisis de datos obtenidos a través de la medición de los indicadores tales como: Reingresos, Infecciones, Eventos Adversos, Días de Estancia, satisfacción del usuario, Promedio de ocupación, cumplimiento de historias clínicas.- Inicio del manejo de Acciones Correctivas como resultado del análisis de datos para los indicadores de infecciones, eventos adversos, satisfacción del usuario y cumplimiento de historias clínicas.	
ASPECTOS DÉBILES/OBSERVACIONES	
<ul style="list-style-type: none">- El diligenciamiento completo de los registros del proceso de Estancia hospitalaria permitirá evidenciar de manera eficaz el cumplimiento del proceso (El formato Eventos Adversos).	
SOLICITUD ACCIONES CORRECTIVAS/NO CONFORMIDADES	
<ul style="list-style-type: none">- Al hacer la entrevista a la auxiliar de enfermería Yamile Jaimes sobre el protocolo de Administración de líquidos por Vía endovenosa, refiere uso de alcohol puro y en el protocolo se referencia el alcohol yodado, se usa alcohol puro en la institución. Durante la observación no se encuentra marca en el esparadrapo indicando la fecha de la canalización y el goteo estaba obstruido, al entrevistar a la usuaria refiere que no fue informada sobre el procedimiento que le iban a realizar ni su objetivo. El procedimiento HOS – PTE – 03 sobre administración de líquidos por vía endovenosa refiere criterios sobre aseo del sitio de venopunción, cambio de esparadrapo, vigilancia al catéter e información sobre el procedimiento al usuario.	



PROCESO AUDITADO: CLINICA AMBULATORIA	FECHA: 13.12.05
RESPONSABLE DEL PROCESO: LUZ MERY SILVA, Terapeuta Ocupacional	EQUIPO AUDITOR/AUDITOR: HORACIO MALDONADO, Auditor Líder BEATRIZ RUEDA ISAZA, Auditora
OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DE LA AUDITORÍA	
Guías de Atención Terapéutica de Clínica Ambulatoria, Procedimiento de Clínica ambulatoria, Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.	
PERSONAL ENTREVISTADO	
LUZ MERY SILVA, Terapeuta Ocupacional	
DOCUMENTACIÓN ANALIZADA EN CAMPO (CRITERIOS)	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Convenios, Criterios definidos por la clínica.	
ASPECTOS FAVORABLES	
<ul style="list-style-type: none">- Compromiso del responsable del proceso por implementación de las metodologías que requiere el Sistema de Gestión de la calidad- Comprensión de objetivos terapéuticos del proceso.- Comprende la interrelación de su proceso con otros procesos del Sistema de gestión de la calidad, identificación de necesidades del cliente.	
ASPECTOS DÉBILES/OBSERVACIONES	
<ul style="list-style-type: none">- El que se establezcan mecanismos apropiados para medir los objetivos terapéuticos del proceso permitirá hacer seguimiento y evaluación a los resultados del proceso.	
SOLICITUD ACCIONES CORRECTIVAS/NO CONFORMIDADES	
<ul style="list-style-type: none">- No se ha implementado el seguimiento y medición del proceso y el servicio a través de los indicadores Satisfacción del Usuario, auditoría de historias clínicas, establecidos en la caracterización del mismo. La norma ISO 9001 : 2000 en su numeral 8.2.3 y 8.2.4 en su numeral sobre el proceso y el producto establece que la organización debe establecer métodos para el seguimiento y cuando sea aplicable la medición del proceso así como en las característica de calidad del servicio para verificar que se cumplan los requisitos del mismo.- No hay evidencia de la toma de Acciones Correctivas y/o Preventivas como resultado de análisis de datos, Satisfacción del Usuario, Auditoría de historia clínica. El procedimiento GC – PR – 04 y GC – PR – 05 establecen el manejo de Acciones Correctivas y Preventivas para eliminar la causa de los problemas potenciales o reales con el objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir.	



PROCESO AUDITADO: URGENCIAS	FECHA: 14.12.05
RESPONSABLE DEL PROCESO: DR. GERMAN DUARTE H. Director Científico. OLGA GOMEZ, Enfermera	EQUIPO AUDITOR: HORACIO MALDONADO, Auditor Líder BEATRIZ RUEDA ISAZA, Auditora
OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DE LA AUDITORÍA	
Protocolo de Atención de Urgencias, Procedimiento de Atención de Urgencias, Procedimiento de Referencia oy Contrarreferencia de pacientes, Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.	
PERSONAL ENTREVISTADO	
DR. GERMAN DUARTE H. Director Científico. Olga Gómez, Enfermera	
DOCUMENTACIÓN ANALIZADA EN CAMPO (CRITERIOS)	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Convenios, Criterios definidos por la clínica.	
ASPECTOS FAVORABLES	
<ul style="list-style-type: none">- Compromiso del responsable del proceso por implementación de las metodologías que requiere el Sistema de Gestión de la calidad- Comprende la interrelación de su proceso con otros procesos del Sistema de gestión de la calidad, identificación de necesidades del cliente.- Adecuada planificación de la calidad del Sistema de urgencias evidenciado a través del Protocolo de Atención de Urgencias, los procedimientos técnico administrativos y los indicadores del proceso.- El seguimiento y medición del proceso a través de indicadores.- Comprensión de la filosofía corporativa y de la política de calidad- Cumplimiento de los estándares establecidos en los procedimientos de referencia y contrarreferencia y atención de Urgencias- Cumplimiento de la Guía de Atención de urgencia del paciente agitado y/o agresivo relacionado con el tratamiento.	
ASPECTOS DÉBILES/OBSERVACIONES	
<ul style="list-style-type: none">- Ninguno	
SOLICITUD ACCIONES CORRECTIVAS/NO CONFORMIDADES	
<ul style="list-style-type: none">- No se encontró evidencia del manejo de las Acciones Correctivas y / o Preventivas como resultado del análisis de los indicadores. El procedimiento GC – PR – 04 y GC – PR – 05 establecen el manejo de Acciones Correctivas y Preventivas para eliminar la causa de los problemas potenciales o reales con el objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir.	



PROCESO AUDITADO: PROGRAMA DE ADICCIONES	FECHA: 14.12.05
RESPONSABLE DEL PROCESO: DR GERMAN DUARTE, Director Científico DRA SANDRA DUARTE, Psicóloga	EQUIPO AUDITOR: HORACIO MALDONADO Auditor Líder BEATRIZ RUEDA I. Auditora
OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DE LA AUDITORÍA	
Manual de atención psicoterapéutica del Programa de Adicciones, Manual de Proyecto de Vida, Manual del Programa de Tratamiento a las Adicciones, Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.	
PERSONAL ENTREVISTADO	
DR GERMAN DUARTE, Director Científico DRA SANDRA DUARTE, Psicóloga	
DOCUMENTACIÓN ANALIZADA EN CAMPO (CRITERIOS)	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Criterios definidos por la clínica.	
ASPECTOS FAVORABLES	
<ul style="list-style-type: none">- Compromiso del responsable del proceso por implementación de las metodologías que requiere el Sistema de Gestión de la calidad- Comprende la interrelación de su proceso con otros procesos del Sistema de gestión de la calidad, identificación de necesidades del cliente.- Adecuada planificación de la calidad del Proceso Programa de Adicciones evidenciado a través de las Guías de atención del Programa de Adicciones, y los indicadores del proceso.- Comprensión de la filosofía corporativa y de la política de calidad	
ASPECTOS DÉBILES/OBSERVACIONES	
<ul style="list-style-type: none">- Mejorar el registro en la historia clínica de las órdenes médicas y la administración de medicamentos en pacientes del programa de Adicciones disminuye riesgos inherentes a la atención.- Mejorar la Guía Médica de atención específicamente el manejo del usuario que ingresa al programa habiendo superado ya la fase de ansiedad por abstinencia.	
SOLICITUD ACCIONES CORRECTIVAS/NO CONFORMIDADES	
<ul style="list-style-type: none">- Se encontraron registros no controlados en el listado maestro. (Cuestionario Multimodal, diligenciado a lápiz) Control de registros GC – PR – 02 establecen que se deben controlar los documentos y registros requeridos para demostrar la eficacia de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad. Numeral 4.2.4. de la norma ISO 9001 : 2000.- No se encontró evidencia de la aplicación de Acciones Correctivas y Preventivas como resultado del análisis de datos. El procedimiento GC – PR – 04 y GC – PR – 05 establecen el manejo de Acciones Correctivas y Preventivas para eliminar la causa de los problemas potenciales o reales con el objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir.	



PROCESO AUDITADO: NUTRICION	FECHA: 14.12.05
RESPONSABLE DEL PROCESO: NIDIA NAVARRO, Nutricionista	EQUIPO AUDITOR: HORACIO MALDONADO, Auditor Líder BEATRIZ RUEDA I. Auditora
OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DE LA AUDITORÍA	
Manual de Nutrición, Instructivo de congelación de Alimentos, Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.	
PERSONAL ENTREVISTADO	
NIDIA NAVARRO, Nutricionista GLORIA LOPEZ, Auxiliar de Nutrición	
DOCUMENTACIÓN ANALIZADA EN CAMPO (CRITERIOS)	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Criterios definidos por la clínica	
ASPECTOS FAVORABLES	
<ul style="list-style-type: none">- Compromiso del responsable del proceso por implementación de las metodologías que requiere el Sistema de Gestión de la calidad- Comprende la interrelación de su proceso con otros procesos del Sistema de gestión de la calidad, identificación de necesidades del cliente.- Adecuada planificación de la calidad del proceso de nutrición evidenciado a través del Manual de Nutrición, caracterización del proceso y los indicadores del proceso.- El seguimiento y medición del proceso a través de indicadores.- Comprensión de la filosofía corporativa y de la política de calidad	
ASPECTOS DÉBILES/OBSERVACIONES	
<ul style="list-style-type: none">- El definir y comunicar la responsabilidades del personal que interviene en el Procedimiento de Manejo de Dietas desde la orden médica, solicitud de dieta preparación y distribución y seguimiento permiten aumentar la eficacia y eficiencia de la operación.- El que se definan mecanismos (registros) para el seguimiento al cumplimiento de protocolos de nutrición facilitará el mejor control del proceso.	
SOLICITUD ACCIONES CORRECTIVAS/NO CONFORMIDADES	
<ul style="list-style-type: none">- Los registros LISTA DE USUARIOS Y DIETAS y MINUTAS usadas por el personal de alimentación se encontraron sin mecanismos de control. El procedimiento Control de documentos GC – PR – 01 y el procedimiento Control de registros GC – PR – 02 establecen que se deben controlar los documentos y registros requeridos para demostrar la eficacia de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad. Norma ISO 9001 : 2000, numeral 4.2.4.- No se encontró seguimiento y medición del proceso a través del indicador definido: Errores en dietas como lo establece la caracterización del proceso. La norma ISO 9001 : 2000. En su numeral 8.2.3 seguimiento y medición de los procesos establece que la organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento y medición de los procesos.	



PROCESO AUDITADO: SERVICIO FARMACÉUTICO	FECHA: 14.12.05
RESPONSABLE DEL PROCESO: DORALBA RODRÍGUEZ, Regente de Farmacia	EQUIPO AUDITOR: HORACIO MALDONADO, Auditor líder BEATRIZ RUEDA I. Auditora
OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DE LA AUDITORÍA	
Dispensación de medicamentos e insumos hospitalarios, Instructivo para el control de vencimiento de los medicamentos, Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.	
PERSONAL ENTREVISTADO	
DORALBA RODRÍGUEZ, Regente de Farmacia	
DOCUMENTACIÓN ANALIZADA EN CAMPO (CRITERIOS)	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Convenios, Criterios definidos por la clínica.	
ASPECTOS FAVORABLES	
<ul style="list-style-type: none">- Compromiso del responsable del proceso por implementación de las metodologías que requiere el Sistema de Gestión de la calidad.- Comprende la interrelación de su proceso con otros procesos del Sistema de gestión de la calidad, identificación de necesidades del cliente.- Adecuada planificación de la calidad del proceso de Servicio farmacéutico evidenciado a través del los procedimientos de recepción, almacenamiento, dispensación, caracterización del proceso y los indicadores del proceso.- Comprensión de la filosofía corporativa y de la política de calidad.	
ASPECTOS DÉBILES/OBSERVACIONES	
<ul style="list-style-type: none">- El que se establezcan máximos y mínimos de medicamentos e insumos optimizará el manejo de los inventarios.- El que se establezcan políticas de control de vencimientos de medicamentos con sus registros mejorara la eficacia del Sistema.- El que se establezcan criterios de compra, seguimiento y medición a medicamentos emergentes ayudará a optimizar los inventarios.- El que se definan criterios (registros) de entradas de inventarios fuera del horario hábil en el procedimiento de compras garantizará una mejor eficacia len el control de los mismos.	
SOLICITUD ACCIONES CORRECTIVAS/NO CONFORMIDADES	
<ul style="list-style-type: none">- Se encontraron productos a vencer a 31 de diciembre y próximos a vencer febrero y marzo sin registros de control de vencimientos.- No se encontró evidencia del seguimiento y medición al proceso a través de los indicadores definidos: Entrega oportuna de medicamentos, pedidos incompletos. La norma ISO 9001:2000. En su numeral 8.2.3 seguimiento y medición de los procesos establece que la organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento y medición de los procesos- No se encontró evidencia de la aplicación de Acciones Correctivas y Preventivas como resultado del análisis de datos. El procedimiento GC – PR – 04 y GC – PR – 05 establecen el manejo de Acciones Correctivas y Preventivas para eliminar la causa de los problemas potenciales o reales con el objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir.	



PROCESO AUDITADO: ASEO	FECHA: 13.12.05
RESPONSABLE DEL PROCESO: ING. SANDRA BUENO, Subgerente	EQUIPO AUDITOR: HORACIO MALDONADO, Auditor Líder BEATRIZ RUEDA I. Auditora
OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DE LA AUDITORÍA	
Plan de gestión de Residuos Hospitalarios, Limpieza y desinfección de unidades, Programación de Aseo y limpieza, Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.	
PERSONAL ENTREVISTADO	
ING. SANDRA BUENO, Subgerente TULIA LISARAZO, Auxiliar De Aseo	
DOCUMENTACIÓN ANALIZADA EN CAMPO (CRITERIOS)	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Criterios definidos por la clínica.	
ASPECTOS FAVORABLES	
<ul style="list-style-type: none">- Comprensión del objetivo del proceso y la Caracterización del proceso.- Comprensión de la interacción del proceso de aseo con los otros procesos, la identificación de las necesidades del cliente.	
ASPECTOS DÉBILES/OBSERVACIONES	
<ul style="list-style-type: none">- Ninguno	
SOLICITUD ACCIONES CORRECTIVAS/NO CONFORMIDADES	
<ul style="list-style-type: none">- No se encontró evidencia de la divulgación y seguimiento y control al plan de manejo de residuos hospitalarios. Decreto 2676 de 2000 y demás normas complementarias establecen los requisitos para la planificación e implementación y control de los residuos sólidos hospitalarios.- No se encontró evidencia de la aplicación de Acciones Correctivas y Preventivas como resultado del análisis de datos seguimiento y medición de los procesos. El procedimiento GC – PR – 04 y GC – PR – 05 establecen el manejo de Acciones Correctivas y Preventivas para eliminar la causa de los problemas potenciales o reales con el objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir.- No se encontró evidencia del seguimiento al cumplimiento de los procedimientos de aseo. La norma ISO 9001 : 2000 en su numeral 4.1 – e establece que la organización debe realizar el seguimiento y medición de los procesos.	



PROCESO AUDITADO: COMPRAS	FECHA: 13.12.05
RESPONSABLE DEL PROCESO: ING. SANDRA BUENO, Subgerente	EQUIPO AUDITOR/AUDITOR:
OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DE LA AUDITORÍA	
Procedimiento de Compra de Materiales e insumos, Criterios de evaluación, selección y reevaluación de proveedores de materiales insumos y servicios, Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.	
PERSONAL ENTREVISTADO	
ING. SANDRA BUENO, Subgerente	
DOCUMENTACIÓN ANALIZADA EN CAMPO (CRITERIOS)	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Criterios definidos por la clínica.	
ASPECTOS FAVORABLES	
<ul style="list-style-type: none">- Comprensión del objetivo del proceso.- Comprensión de la interacción del proceso de aseo con los otros procesos.- Identificación de las necesidades del cliente.- Caracterización del proceso.	
ASPECTOS DÉBILES/OBSERVACIONES	
NINGUNO	
SOLICITUD ACCIONES CORRECTIVAS/NO CONFORMIDADES	
<ul style="list-style-type: none">- No se encontró evidencia del seguimiento y medición del proceso a través de indicadores. En su numeral 8.2.3 seguimiento y medición de los procesos establece que la organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento y medición de los procesos- No se encontró evidencia de la aplicación de Acciones Correctivas y Preventivas como resultado del análisis de datos seguimiento y medición de los procesos. El procedimiento GC – PR – 04 y GC – PR – 05 establecen el manejo de Acciones Correctivas y Preventivas para eliminar la causa de los problemas potenciales o reales con el objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir.	



PROCESO AUDITADO: RECURSO HUMANO	FECHA: 13.12.05
RESPONSABLE DEL PROCESO: ING. SANDRA BUENO, Subgerente	EQUIPO AUDITOR: HORACIO MALDONADO, Auditor Líder BEATRIZ RUEDA I. Auditora
OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DE LA AUDITORÍA	
Manual de funciones, Diccionario de Competencias, Procedimiento de selección, inducción, capacitación y evaluación de competencias, Programa de salud ocupacional, Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.	
PERSONAL ENTREVISTADO	
ING. SANDRA BUENO, Subgerente	
DOCUMENTACIÓN ANALIZADA EN CAMPO (CRITERIOS)	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Criterios definidos por la clínica.	
ASPECTOS FAVORABLES	
<ul style="list-style-type: none">- Comprensión del objetivo del proceso, Caracterización del proceso- Comprensión de la interacción del proceso de aseo con los otros procesos.- Identificación de las necesidades del cliente.- La definición de funciones, responsabilidades, niveles de autoridad y competencias del personal.	
ASPECTOS DÉBILES/OBSERVACIONES	
<ul style="list-style-type: none">- NINGUNO	
SOLICITUD ACCIONES CORRECTIVAS/NO CONFORMIDADES	
<ul style="list-style-type: none">- La Auxiliar Nora Rodríguez que ingreso sin cumplir el procedimiento de selección de personal: perfil de competencias en experiencia y conocimiento . El manual de funciones en el capítulo de competencias establece que el personal auxiliar debe tener experiencia de 3 meses en cargos similares y Conocimiento en Salud mental. La norma ISO 9001 : 2000 en su numeral 6.2.2 competencia establece que la organización debe determinar la competencia y proporcionar formación o proporcionar otras opciones para satisfacer las necesidades de competencias.- No hay evidencia del desarrollo del programa de capacitación para satisfacer las necesidades de competencias.- No se encontró evidencia de la aplicación de Acciones Correctivas y Preventivas como resultado del análisis de datos. El procedimiento GC – PR – 04 y GC – PR – 05 establecen el manejo de Acciones Correctivas y Preventivas para eliminar la causa de los problemas potenciales o reales con el objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir.	



PROCESO AUDITADO: CONTABILIDAD GENERAL	FECHA: 13.12.05
RESPONSABLE DEL PROCESO: SRA. BEATRIZ AGUDELO, Tesorera	EQUIPO AUDITOR: HORACIO MALDONADO, Auditor Líder, BEATRIZ RUEDA I. Auditora.
OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DE LA AUDITORÍA	
Procedimiento de Tesorería, Procedimiento de Contabilidad, Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.	
PERSONAL ENTREVISTADO	
SRA. BEATRIZ AGUDELO, Tesorera	
DOCUMENTACIÓN ANALIZADA EN CAMPO (CRITERIOS)	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Criterios definidos por la clínica.	
ASPECTOS FAVORABLES	
<ul style="list-style-type: none">- Compromiso del responsable del proceso por la implementación de las metodología que exige el sistema de calidad ISO 9001:2000.- La planificación del proceso demostrada a través de la caracterización y procedimientos documentados para su control.- El enfoque a la gestión por procesos demostrada a través del cumplimiento de los procedimientos de tesorería y contabilidad y sus registros de control.- La comprensión de las necesidades del cliente, la interacción de su proceso con los otros procesos de la organización.- El enfoque adoptado por el responsable hacia la mejora continua del proceso.	
ASPECTOS DÉBILES/OBSERVACIONES	
<ul style="list-style-type: none">- El que se implementen acciones preventivas y/o correctivas para eliminar la causas de los problemas potenciales o reales en el manejo de la caja menor (soportes de caja cumplan con la normatividad legal, frecuencia de uso de la caja) ayudarán a mejorar su eficacia.	
SOLICITUD ACCIONES CORRECTIVAS/NO CONFORMIDADES	
<ul style="list-style-type: none">- No se encontraron no conformidades reales al proceso.	



PROCESO AUDITADO: FACTURACION	FECHA: 14.12.05
RESPONSABLE DEL PROCESO: DELIA LAMUS, Asistente Administrativo.	EQUIPO AUDITOR: HORACIO MALDONADO, Auditor Líder BEATRIZ RUEDA I. Auditora
OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento. Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DE LA AUDITORÍA	
Manual de comprobación de derechos, Procedimiento de Facturación, Procedimiento para el Manejo de Glosa, Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.	
PERSONAL ENTREVISTADO	
DELIA LAMUS, Asistente Administrativo.	
DOCUMENTACIÓN ANALIZADA EN CAMPO (CRITERIOS)	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Convenios, Criterios definidos por la clínica.	
ASPECTOS FAVORABLES	
<ul style="list-style-type: none">- Compromiso del responsable del proceso por la implementación de las metodologías que exige el sistema de calidad ISO 9001:2000.- La planificación del proceso demostrada a través de la caracterización y procedimientos documentados para su control.- El enfoque a la gestión por procesos demostrada a través del cumplimiento de los procedimientos manejo de glosas, comprobación de derechos y procedimientos de facturación- La comprensión de las necesidades del cliente, la interacción de su proceso con los otros procesos de la organización: gerencia, tesorería, contabilidad, procesos asistenciales, etc.	
ASPECTOS DÉBILES/OBSERVACIONES	
<ul style="list-style-type: none">- Revisar los criterios establecidos para el manejo de los pagarés en el procedimiento de facturación.- La redefinición de algunos indicadores del proceso y/o la eliminación de otros establecidos en la caracterización, permitirán evaluar de una mejor forma la eficacia del proceso.	
SOLICITUD ACCIONES CORRECTIVAS/NO CONFORMIDADES	
<ul style="list-style-type: none">- No se encontró evidencia del manejo de acciones correctivas para los indicadores con metas que no cumplen los estándares: valor radicado; glosas. El procedimiento GC – PR – 04 y establecen el manejo de Acciones Correctivas y Preventivas para eliminar la causa de los problemas reales con el objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir.	



PROCESO AUDITADO: CONVENIOS	FECHA: 14.12.05
RESPONSABLE DEL PROCESO: DRA. OMAIRA RUEDA C. GERENTE	EQUIPO AUDITOR: HORACIO MALDONADO, Auditor Líder BEATRIZ RUEDA I. Auditora.
OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DE LA AUDITORÍA	
Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora Correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.	
PERSONAL ENTREVISTADO	
DRA. OMAIRA RUEDA C. GERENTE	
DOCUMENTACIÓN ANALIZADA EN CAMPO (CRITERIOS)	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Convenios, Criterios definidos por la clínica.	
ASPECTOS FAVORABLES	
<ul style="list-style-type: none">- Compromiso de la gerente por la mejora del proceso.- El enfoque a la gestión por procesos.- La comprensión de las necesidades del cliente, la interacción de su proceso con los otros procesos de la organización, especialmente facturación, tesorería, farmacia y procesos asistenciales.	
ASPECTOS DÉBILES/OBSERVACIONES	
<ul style="list-style-type: none">- El que se mejore a planificación del proceso en la caracterización del mismo, teniendo en cuenta criterios reales de actividades dirigidas a la contratación o realización de convenios con las empresas cliente y no a la gestión como proceso de mercadeo permitirá evaluar de una mejor forma su eficacia.- La redefinición de los indicadores del proceso de convenios permitirá evaluar de una mejor manera su eficacia.	
SOLICITUD ACCIONES CORRECTIVAS/NO CONFORMIDADES	
<ul style="list-style-type: none">- El registro directorio de convenios se encuentra sin criterios de control como lo establece el procedimiento de Suscripción, renovación y terminación de convenios.- No se encontró evidencia de mejora continua a través de las acciones correctivas y/o preventivas de los problemas reales o potenciales producto de la planificación, desarrollo y seguimiento al proceso de convenios. El procedimiento GC – PR – 04 y GC – PR – 05 establecen el manejo de Acciones Correctivas y Preventivas para eliminar la causa de los problemas potenciales o reales con el objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir.	



PROCESO AUDITADO: PLANEACION DEL SISTEMA	FECHA: 14.12.05
RESPONSABLE DEL PROCESO: DRA. OMAIRA RUEDA C. GERENTE	EQUIPO AUDITOR: HORACIO MALDONADO, Auditor Líder BEATRIZ RUEDA I. Auditora.
OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad con respecto a la Norma ISO 9001: 2000 Verificar el cumplimiento de requisitos legales de habilitación, Resolución 1439 de 2002 Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.	
ALCANCE DE LA AUDITORÍA	
Caracterización del proceso, Indicadores del proceso, Acciones de Mejora correctivas, Acciones de Mejora Preventivas.	
PERSONAL ENTREVISTADO	
DRA. OMAIRA RUEDA C. GERENTE	
DOCUMENTACIÓN ANALIZADA EN CAMPO (CRITERIOS)	
Norma ISO 9001 : 2000 , Criterios legales , Requisitos de Habilitación, Otras normas, Convenios, Criterios definidos por la clínica.	
ASPECTOS FAVORABLES	
<ul style="list-style-type: none">- Compromiso de la gerente por la implementación de la metodología que exige el sistema de calidad ISO 9001:2000.- El enfoque a la gestión por procesos.- La comprensión de las necesidades del cliente, la interacción de su proceso con los otros procesos de la organización.- La claridad en la filosofía corporativa especialmente la comprensión de la política de calidad.- La planificación del proceso evidenciada en la caracterización del mismo.- El cumplimiento de los requisitos legales aplicables a la calidad (D.2309/02 R. 1439/02).- Comprensión de los beneficios claros que les ha proporcionado la implementación del sistema de calidad.	
ASPECTOS DÉBILES/OBSERVACIONES	
<ul style="list-style-type: none">- El mantener los registros de control presupuestal actualizados y controlados, tanto para el sistema de gestión de la calidad como para el sistema integral de gestión de toda la institución facilitará determinar y hacer seguimiento a la capacidad de la clínica para proporcionar los recursos necesarios al sistema de calidad.	
SOLICITUD ACCIONES CORRECTIVAS/NO CONFORMIDADES	
<ul style="list-style-type: none">- No se ha realizado la revisión del sistema de gestión de la calidad como lo establece la norma ISO 9001:2000 en su numeral 5.6	

ANEXO J:
FORMULARIO SOLICITUD DE
CERTIFICACIÓN



**CERTIFICADO ICONTEC DE SISTEMA DE GESTION
SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN**

EMPRESA:	CLINICA SAN PABLO S.A.		
ALCANCE PROPUESTO:	<p>PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRIA, ATENCIÓN GENERAL DE ADULTOS EN LAS SIGUIENTES AREAS: ESTANCIA HOSPITALARIA, URGENCIAS, CLINICA AMBULATORIA, CONSULTA EXTERNA, PROGRAMA DE ADICCIONES.</p> <p><i>Nota: el alcance solicitado puede ser modificado como resultado de la auditoria para reflejar con exactitud las actividades, en las cuales la organización demuestra que el Sistema de Gestión se ha implementado y cumple con los requisitos.</i></p>		
LOCALIZACIÓN:	Carrera 38 # 48 - 76		
CÓDIGO SECTOR:	38/1 - N8510		
REQUISITOS:	<input checked="" type="checkbox"/> ISO 9001 <input type="checkbox"/> ISO 14001 <input type="checkbox"/> OSAS 18001 <input type="checkbox"/> QS 9000 <input type="checkbox"/> HACCP		
<p>Por medio del presente solicitamos el servicio de Certificación del Sistema de Gestión, para lo cual declaramos conocer, aceptar y cumplir las condiciones y términos de referencia indicadas en el documento 0104-0006-04 y en la propuesta P-227-2005 presentada por ICONTEC y pagar a esta organización, los valores indicados en la presente solicitud, para lo cual acordamos que el presente documento presta mérito ejecutivo sin necesidad de reconocimiento de firmas, ni requerimientos de otra naturaleza.</p> <p>Para tal efecto, los servicios solicitados son: (Favor diligenciar en el espacio, con una X, el (los) servicio(s) solicitado(s))</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%; text-align:center;"> <input type="checkbox"/> Preauditoria Valor sin IVA: \$ 1.252.500 </td> <td style="width:50%; text-align:center;"> <input checked="" type="checkbox"/> Auditoria inicial Valor sin IVA: \$2.725.000 </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Preauditoria Valor sin IVA: \$ 1.252.500	<input checked="" type="checkbox"/> Auditoria inicial Valor sin IVA: \$2.725.000
<input type="checkbox"/> Preauditoria Valor sin IVA: \$ 1.252.500	<input checked="" type="checkbox"/> Auditoria inicial Valor sin IVA: \$2.725.000		
<p>En fe de lo expuesto, firman los otorgantes el presente documento en dos ejemplares de un mismo tenor a los dieciocho (18) días del mes de Noviembre de 2005.</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%;"> Por CLINICA SAN PABLO S.A. Omayra Rueda Castellanos Firma: </td> <td style="width:50%;"> Por ICONTEC Gloria Sarmiento Gaona Firma: </td> </tr> </table>		Por CLINICA SAN PABLO S.A. Omayra Rueda Castellanos Firma:	Por ICONTEC Gloria Sarmiento Gaona Firma:
Por CLINICA SAN PABLO S.A. Omayra Rueda Castellanos Firma:	Por ICONTEC Gloria Sarmiento Gaona Firma:		

Para todos los efectos del presente contrato, las partes acuerdan los siguientes contactos: (Favor diligenciar los datos de la Empresa)	
Por la Empresa: CLINICA SAN PABLO S.A.	Por ICONTEC
Nombre: Omayra Rueda Castellanos	Nombre: Nydia Lucia Rincon Uribe
Tel.: 6471383	Tel.: 6322878-6329828
Fax: 6471383	Fax: 6329828
e-mail: cspablo@intercable.net.co	e-mail: nrincon@icontec.org.co