

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE  
GESTIÓN DE CALIDAD PARA LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE  
CLINIDENT BASADO EN LA  
NTC ISO 9001:2008**

**LAURA CAROLINA BELTRÁN MELÉNDEZ**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE INGENIERIAS FISICO-MÉCANICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
BUCARAMANGA  
2009**

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE  
GESTIÓN DE CALIDAD PARA LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE  
CLINIDENT BASADO EN LA  
NTC ISO 9001:2008**

**LAURA CAROLINA BELTRÁN MELÉNDEZ**

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

Director

**MARIA DEL ROSARIO CASTELLANOS**

Ingeniera Industrial

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE INGENIERIAS FISICO-MÉCANICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
BUCARAMANGA  
2009**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por ser la luz que guía mis pasos.

A mis padres, por su apoyo, confianza, sacrificio y amor.

Y a todas las personas que de una u otra forma me ayudaron en la realización de éste proyecto en especial a:

A la Ingeniera Maria del Rosario Castellanos por su colaboración y orientación para alcanzar con éxito los objetivos planteados.

Al Ingeniero Camilo Arias por su asesoría y acompañamiento durante el desarrollo del sistema de gestión de calidad en la empresa.

Al Dr. Jairo Duran por brindarme la oportunidad de desarrollar éste proyecto y de ser parte de su empresa.

A todos mis compañeros de Clinident por su colaboración y compañerismo durante la realización del proyecto.

Y en especial a Carlos Enrique Serrano por su compañía y ánimo para alcanzar esta meta.

## CONTENIDO

	PAG
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO</b>	2
1.1. TITULO DEL PROYECTO	2
1.2. ALCANCE	2
1.3. OBJETIVOS	2
1.3.1. Objetivo general	2
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA	3
<b>2. GENERALIDADES DE LA EMPRESA</b>	8
2.1. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA	8
2.2. RESEÑA HISTÓRICA	9
2.3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	10
2.4. MISIÓN	11
2.5. VISIÓN	11
2.6. PRINCIPIOS ORGANIZACIONALES	11
2.7. BENEFICIOS DE LA EMPRESA	12
2.7.1. Tecnología	12
2.7.2. Calidad	12
2.7.3. Comodidad	12
2.7.4. Servicios	13
2.8. MAPA DE PROCESOS	16
<b>3. MARCO TEÓRICO</b>	17
3.1. DEFINICIONES	17

3.1.1. Proceso	17
3.1.2. Procedimiento	17
3.1.3. Actividades	18
3.1.4. Subproceso	18
3.2. MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS	18
3.2.1. Identificación de los procesos	18
3.2.2. Clasificación de los procesos	18
3.2.3. Mapa de proceso	19
3.2.4. Diagrama de flujo	20
3.2.5. Manual de procesos y procedimientos	20
3.2.6. Manual de funciones	21
3.2.7. Mejoramiento de procesos	22
3.3. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	23
3.3.1. Control de calidad	23
3.3.2. Aseguramiento de la calidad	23
3.3.3. Calidad total	23
3.3.4. Sistema de gestión de calidad	23
3.3.5. Manual de calidad	25
3.3.6. Política de calidad	26
3.3.7. Principios de un sistema de gestión de calidad	26
3.3.7.1. Principio 1: Enfoque al cliente	26
3.3.7.2. Principio 2: Liderazgo	26
3.3.7.3. Principio 3: Participación del personal	27
3.3.7.4. Principio 4: Enfoque de procesos	27
3.3.7.5. Principio 5: Enfoque sistemático de la gerencia	27
3.3.7.6. Principio 6: Mejoramiento continuo	27
3.3.7.7. Principio 7: Enfoque de hecho en la toma de decisiones	28
3.3.7.8. Principio 8: Relación mutuamente benéfica con el proveedor	29
3.3.8. Auditoría	29

3.4. SISTEMAS DE INDICADORES DE GESTIÓN	29
<b>4. DIAGNÓSTICO DE LA EMPRESA</b>	<b>31</b>
4.1. DIAGNÓSTICO DEL ESTADO DE CUMPLIMIENTO CON LOS REQUERIMIENTOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2008 PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	31
4.1.1. Numeral 4: Sistema de gestión de calidad	31
4.1.2. Numeral 5: Responsabilidad por la dirección	33
4.1.3. Numeral 6: Gestión de los recursos	35
4.1.4. Numeral 7: Realización del producto	37
4.1.5. Numeral 8: Medición, análisis y mejora	40
4.2. RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO	42
<b>5. PLANIFICACIÓN DEL SGC</b>	<b>52</b>
5.1. REPRESENTANTE POR LA DIRECCIÓN	52
5.2. ALCANCE Y EXCLUSIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	53
5.3. POLÍTICA DE CALIDAD	53
5.4. OBJETIVOS DE CALIDAD	56
5.5. INDICADORES DE CALIDAD	57
5.6. MAPA DE PROCESOS	58
5.6.1. Proceso de gestión gerencial	59
5.6.2. Proceso de mejora y calidad	60
5.6.3. Proceso de atención al cliente	60
5.6.4. Proceso de atención odontológica	61
5.6.5. Proceso de mercadeo y ventas	62
5.6.6. Proceso de gestión humana	62
5.6.7. Proceso de contabilidad y archivo	63
5.6.8. Proceso de compras y mantenimiento	64
5.7. DISEÑO DE INDICADORES DE GESTIÓN	64

<b>6. SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN</b>	70
6.1. METODOLOGIA DE CAPACITACIÓN	70
6.2. CAPACITACIONES REALIZADAS	72
<b>7. DOCUMENTACIÓN</b>	75
7.1. ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS	75
7.2. CONTROL DE REGISTROS	77
7.3. DESARROLLO DE LA DOCUMENTACIÓN	78
7.3.1. Manual de calidad	78
7.3.2. Manual de funciones	78
7.3.3. Caracterizaciones de los procesos	81
7.3.4. Procedimientos	82
7.3.5. Guías	83
7.3.6. Protocolos	85
7.3.7. Formatos	86
7.3.8. Manual de bioseguridad	88
7.3.9. Plan de calidad	89
<b>8. IMPLEMENTACIÓN</b>	90
8.1. COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE LAS DIRECTRICES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	90
8.2. ENTREGA Y SOCIALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN	91
8.3. SOCIALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS EXIGIDOS POR LA NORMA ISO 9001:2008	92
8.3.1. Procedimiento elaboración y control de documentos	92
8.3.2. Procedimiento control de registros	93
8.3.3. Procedimiento de acciones correctivas y preventivas	93
8.3.4. Procedimiento de auditoria interna	95
8.3.5. Procedimiento control del servicio no conforme	95
8.4. SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES Y UTILIZACIÓN DE FORMATOS	97

8.5. MEDICIÓN DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD Y DE LOS PROCESOS	98
<b>9. EVALUACIÓN</b>	<b>99</b>
9.1. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	99
9.2. AUDITORIA INTERNA	101
9.2.1. Planeación de la auditoria	101
9.2.2. Ejecución de la auditoria	103
9.2.3. Resultados de la auditoria y plan de acción	103
9.3. ESTADO FINAL DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS	107
<b>10. CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO</b>	<b>108</b>
<b>11. CONCLUSIONES</b>	<b>110</b>
<b>12. RECOMENDACIONES</b>	<b>112</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

Grafico 1. Porcentaje de cumplimiento de los requisitos

## **LISTA DE IMÁGENES**

Imagen 1. Fachada principal de Clinident

## **LISTA DE FIGURAS**

- Figura 1. Organigrama
- Figura 2. Mapa de procesos Clinident
- Figura 3. Modelo Sistema de Gestión de Calidad
- Figura 4. Mapa de procesos
- Figura 5. Organigrama

## LISTA DE TABLAS

- Tabla 1. Resultado del Diagnostico
- Tabla 2. Porcentaje de cumplimiento inicial
- Tabla 3. Criterios de calificación, matriz “Necesidades de la empresa vs. Necesidades de los clientes
- Tabla 4. Matriz Necesidades del cliente vs. Necesidades de la empresa
- Tabla 5. Indicadores de calidad
- Tabla 6. Indicadores de gestión
- Tabla 7. Manuales de Funciones del Sistema de Gestión de Calidad.
- Tabla 8. Caracterizaciones que hacen parte del Sistema de Gestión de Calidad
- Tabla 9. Procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad
- Tabla 10. Guías del Sistema de Gestión de Calidad
- Tabla 11. Protocolos del Sistema de Gestión de Calidad
- Tabla 12. Formatos del Sistema de Gestión de Calidad
- Tabla 13. Acciones correctivas, preventivas y de mejora desarrolladas
- Tabla 14. Servicios no conformes presentados.
- Tabla 15. Informe de Auditoria
- Tabla 16. Porcentaje de cumplimiento final
- Tabla 17. Cumplimiento de los objetivos específicos

## **LISTA DE ANEXOS**

- Anexo 1. Plan de Capacitación y formación
- Anexo 2. Procedimiento Elaboración y Control de documentos
- Anexo 3. Listado Maestro de documentos
- Anexo 4. Procedimiento Control de Registros
- Anexo 5. Manual de Calidad
- Anexo 6. Manual de Funciones Cargo Director Administrativo
- Anexo 7. Caracterizaciones
- Anexo 8. Procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas
- Anexo 9. Procedimiento de Auditoria Interna
- Anexo 10. Procedimiento Control del Servicio no Conforme
- Anexo 11. Procedimiento Revisión por la dirección
- Anexo 12. Guía Selección y Vinculación de personal
- Anexo 13. Protocolo Valoración de Odontología general
- Anexo 14. Control de registros
- Anexo 15. Plan de Calidad
- Anexo 16. Formato Reporte de garantía
- Anexo 17. Formato Acción de Mejora
- Anexo 18. Acta de revisión por la dirección
- Anexo 19. Plan de Auditoria
- Anexo 20. Lista de Verificación
- Anexo 21. Medición de indicadores
- Anexo 22. Reporte de Auditoria

## RESUMEN

**Título:** DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA LOS PROCESOS DE CLINIDENT BAJO LA NORMA ISO 9001:2008\*

**Autor:** LAURA CAROLINA BELTRÁN MELÉNDEZ\*\*

**Palabras claves:** NTC ISO 9001:2008, SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD, DIAGNOSTICO, DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN.

### **Descripción:**

Este documentado contiene el diseño, planificación, documentación e implementación de un sistema de gestión de calidad de la empresa CLINIDENT- Clínica de Estética Dental, basado en el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2008 en todos sus procesos reflejando calidad y satisfacción en la prestación de los servicios de odontología.

Por medio de este trabajo se logró evaluar la situación actual de la empresa con respecto al cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2008. Se sensibilizó y capacitó a todo el personal en temas relacionados con calidad. Se planificó el sistema de gestión de calidad con base en el diagnostico realizado al iniciar el proyecto, estableciendo la política y objetivos de calidad de la empresa.

Se diseñó la documentación de acuerdo a los requerimientos de la norma ISO 9001:2008 y a las necesidades de la organización. Así mismo se implementó el sistema de gestión de calidad para los servicios de odontología general y especializada que ofrece la empresa. Se evaluó el sistema de gestión de calidad por medio de la auditoria interna para identificar las fortalezas y debilidades que permitan generar plan de acción para eliminar las no conformidades detectadas con el fin de promover la mejora continua.

---

\*Practica empresarial

\*\*Facultad de Ingenierías Físicomecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales. María del Rosario Castellanos.

## RESUMEN

**Title:** DESIGN, DOCUMENTATION AND IMPLEMENTATION OF A QUALITY MANAGEMENT SYSTEM FOR PROCESS CLINIDENT UNDER ISO 9001:2008\*

**Author:** LAURA CAROLINA BELTRAN MELÉNDEZ\*\*

**Keywords:** NTC ISO 9001:2008 SYSTEM OF QUALITY MANAGEMENT, diagnosis, design, documentation, implementation and evaluation.

**Description:**

This document contains the design, planning, documentation and implementation of a quality management system of the company CLINIDENT-Aesthetic Dental Clinic, based on the requirements of ISO 9001:2008 in all its processes reflecting quality and satisfaction the provision of dental services.

Through this work was to assess the current situation of the company with respect to compliance with the requirements of ISO 9001:2008. Were sensitized and trained all staff on issues related to quality. We planned the quality management system based on diagnosis at the beginning of the project, setting policy and quality objectives of the company.

It was designed according to the documentation requirements of ISO 9001:2008 and the needs of the organization. It was implemented the quality management system for general dental services and expertise on the company. We evaluated the quality management system through internal audit to identify strengths and weaknesses to create plan of action to eliminate detected nonconformities in order to promote continuous improvement

---

\* Practice business

\*\* Faculty of Engineering Físicomecánicas. School of Industrial and Employers. Maria del Rosario Castellanos.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente las empresas se encuentran en un medio donde las exigencias por parte de sus clientes y el grado de competitividad son cada vez mayores. Por lo tanto, es necesario crear fortalezas en procesos, métodos, tecnología y personal competente que permitan afrontar adecuadamente esta situación.

Concientes de esta realidad los directivos de Clinident- Clínica de estética dental ha sentido la necesidad de contar con un sistema de gestión de calidad que le permita satisfacer las necesidades de los clientes con procesos estandarizados y beneficiosos para la operación de la empresa, logrando una organización enfocada al cliente y hacia el mejoramiento continuo.

El objetivo de este documento consiste en mostrar el desarrollo del proyecto de grado realizado para diseñar e implementar un sistema de gestión de calidad en Clinident que cumpla con los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2008.

El desarrollo del proyecto está formado por diferentes etapas que comprenden el análisis de las características de la empresa, el diagnóstico inicial respecto al nivel de cumplimiento de la organización, la capacitación y sensibilización del personal, la elaboración del soporte documental, la implementación del sistema y por último la auditoría interna como mecanismo de evaluación.

Este proceso liderado por el autor de éste proyecto, logró la implementación del sistema de gestión de calidad en la empresa, dejando una herramienta esencial no sólo para el desarrollo interno de la compañía, sino también para el de sus clientes y proveedores.

## **1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO**

### **1.1 TÍTULO DEL PROYECTO**

Diseño, documentación e implementación de un sistema de gestión de calidad para los procesos administrativos de Clinident basado en la NTC ISO 9001:2008

### **1.2 ALCANCE**

El alcance del presente proyecto comprende identificación, diseño, documentación e implementación de un sistema de gestión de calidad para los procesos administrativos en CLINIDENT- Clínica de Estética Dental. La primera etapa del proyecto inicia con la recopilación de información y gestión documental, con el fin de realizar un diagnóstico general de los procesos de la Clínica, identificando aspectos claves a mejorar dentro de la organización.

La documentación que se elaborará se adaptará a las necesidades y expectativas de la Organización y podrá estar sujeta a correcciones y modificaciones con el propósito de mejorarla. El proyecto finalizará cuando se realice la primera auditoría interna al sistema de gestión de calidad desarrollado.

### **1.3 OBJETIVOS**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Diseñar, estructurar, documentar e implementar un sistema de gestión de calidad en los procesos administrativos de la empresa CLINIDENT- Clínica de Estética Dental, de acuerdo a los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 y a las necesidades y características de la empresa.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar, analizar, y diagnosticar el estado actual de los procesos administrativos y evaluar su desempeño de acuerdo a los parámetros de la NTC ISO 9001:2008.
- Capacitar y formar a la organización en temas relacionados con el SGC con el fin de generar compromiso del personal con el desarrollo de las actividades relacionadas con el proyecto.
- Diseñar y desarrollar la documentación de soporte para el SGC de acuerdo con los requisitos de la Norma ISO 9001:2008.
- Implementar el SGC, verificando el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO, con los recursos, herramientas y controles necesarios, y evaluando con indicadores de gestión dicho cumplimiento.
- Apoyar y verificar la realización de la primera auditoria interna al SGC, con el fin de detectar las no conformidades y generar acciones correctivas, preventivas y de mejora.

### **1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Desde hace varios años se ha venido evidenciando en las empresas la necesidad de ser más eficaces y eficientes en su manejo administrativo; debido a la globalización de los mercados y los consumidores exigen mayores atributos de calidad en los productos y/o servicios que adquieren.

Cada organización debe estar preparada para afrontar adecuadamente estos cambios, contando para ello, con elementos, recursos y estrategias adecuados que le permitan permanecer vigentes en el mercado.

La organización CLINIDENT – Clínica de Estética Dental- siendo consciente de la necesidad de estandarizar y mejorar sus procesos requiere el establecimiento, documentación e implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)

basado en la NTC ISO 9001:2008; con el fin de aumentar la capacidad de la organización en cuanto a la satisfacción de los requisitos y necesidades del cliente.

Dado que la empresa prestadora de servicios en estética dental CLINIDENT es una organización dedicada a ofrecer servicios de consulta odontológica y complementarios<sup>1</sup>, la satisfacción del cliente es la variable de mayor importancia, por cuanto ésta ofrece una medida de eficiencia de la empresa en el servicio, lo cual contribuye determinadamente en la fidelización del usuario.

Muchos de los problemas actuales al interior de la organización se presentan debido al desconocimiento acerca de cómo se deben realizar los diferentes procesos administrativos, financieros, contables, de suministros, en la parte técnica y operativa, generando sobre-costos, sobrecarga de trabajo, subutilización de recursos, insatisfacción de los clientes y de los miembros de la empresa, es decir una serie de problemas administrativos y técnicos que afectan gravemente el progreso de la organización.

La implementación de un sistema de gestión de calidad permitirá la adecuada administración de los procesos con el fin de enfocarlos a la plena satisfacción de los clientes y el mejoramiento continuo de los mismos.

Por otra parte, se presentan dentro de la empresa algunos sucesos que afectan el desarrollo, imagen y crecimiento de la misma:

1. La inasistencia de los pacientes: Clinident cuenta con un promedio de 150 usuarios citados diariamente. Un 85% asisten cumplidamente a la cita, un 5% cancela la cita, y un 10% no asiste. El porcentaje de inasistencia representa un gran problema para la Clínica afectando: el desempeño y

---

<sup>1</sup> Ortodoncia, Rehabilitación Oral, Periodoncia, Endodoncia, Cirugía maxilofacial y Ortopedia maxilar

motivación de los odontólogos, haciéndoles perder dinero y tiempo, la labor del área de mercadeo debido a que ellas son en gran parte responsables por la asistencia de los usuarios, y a la Clínica en forma general porque no se atienden otros usuarios en esos espacios y se dejan de generar ingresos importantes para la empresa.

2. La demora en la atención del usuario: Esta situación se presenta por dos causas; la primera por el retraso de algún usuario demorando así toda la consulta del odontólogo y afectando a los demás usuarios de ese especialista. La segunda algunos procedimientos odontológicos pueden extenderse, o no está asignado el tiempo indicado para este, lo que conlleva a ocupar más tiempo con un usuario y por ende al retraso en la atención de los siguientes usuarios. El no asignar el tiempo indicado para un procedimiento, porque la persona encargada de asignar las citas a los usuarios no conocen con exactitud el tiempo del proceso, de esta manera comete errores.
3. La falta de un sistema de inventarios: Debido a la ausencia de control y organización, no existe un manejo adecuado de inventarios para los insumos que se manejan dentro de la Clínica, es decir no hay un número mínimo de existencias (stock de seguridad), que garantice el correcto y continuo funcionamiento de la empresa.
4. La presencia de problemas diarios con usuarios insatisfechos: El manejo que se debe dar a inconvenientes que se presentan dentro de la Clínica como retrasos en la consulta, formas de pago que no están bien definidas, usuarios que no tienen claras las políticas de la empresa, es decir diferentes circunstancias que deben resolverse y que los miembros de la empresa no tienen claro el proceso que se debe realizar para dar solución,

debido a la ausencia de documentación de los procesos y las funciones de cada cargo no están definidas.

5. La falta de metas determinadas para las diferentes áreas de la empresa: Los empleados dentro de la organización se ven afectados cuando la gerencia menosprecia la labor que desempeñan los diferentes cargos, asegurando ausencia de eficiencia y compromiso, cuando no existe ningún tipo de medida de desempeño ni objetivos claros con los que se puedan evaluar.

Es importante recordar que las organizaciones son tan eficientes como lo son sus procesos<sup>2</sup>. Por desgracia la mayoría de ellas son sumamente ineficaces e ineficientes, lo cual significa tener clientes descontentos y que se desperdicie dinero, por que los procesos no se operan en forma eficaz.

Debido a estas situaciones las organizaciones deben trabajar en la aplicación de herramientas que incentiven el mejoramiento continuo de los procesos administrativos y propicie el diseño y establecimiento de un sistema formal de actuaciones y desempeños con el propósito de trabajar en equipo para alcanzar las metas previstas, facilitando la definición de los procesos de toma de decisiones, de ejecución y de comunicación.

Un sistema de gestión de calidad es una gran herramienta para CLINIDENT, porque permite renovar los procesos administrativos que se realizan, lo cual hace una constante actualización; además, permitirá que la organización sea más eficiente y competitiva, fortalezas que le ayudarán a permanecer y liderar el mercado.

---

<sup>2</sup> **NAVARRO**. Eduardo. Gestión y Reingeniería de procesos

Para la aplicación del SGC es necesario que en la organización exista una buena comunicación entre todos los órganos que la conforman, y que los empleados estén bien compenetrados con la organización, porque ellos pueden ofrecer mucha información valiosa para llevar a cabo de forma óptima este proceso.

La implementación llevará a adoptar una cultura organizacional con base en la motivación colectiva de los empleados, que tendrá como fin el aumento de la satisfacción de los clientes y la mejora continua en el desempeño global de la Organización.

## 2. GENERALIDADES DE LA EMPRESA

**RAZÓN SOCIAL:** JAIRO ALBERTO DURÁN PINZÓN  
**NIT:** 91.100.183-1  
**DIRECCIÓN:** Carrera 27 No. 36-38 Of. 204-205-206-207-208-209  
Edificio Suramericana  
**TELÉFONOS:** 6346480 FAX: 6352939

### 2.1. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA<sup>3</sup>

Clinident es una clínica de estética dental especializada en la sonrisa. La sonrisa era un tema que no preocupaba mucho; hoy se ha convertido en la parte más importante del rostro de la persona. Es el punto de atención en cualquier rostro pues es innegable que una bella sonrisa constituye la mejor carta de presentación. La sonrisa es imagen, seguridad, estatus, autoestima, sentirse bien y verse atractivo independiente de la profesión, cargo, sexo y edad. La condición de verdadera clínica permite tener en el mismo lugar 25 Odontólogos especializados en todas las áreas trabajando en equipo: Odontólogos estéticos, ortodoncistas, periodoncistas, rehabilitadores, endodoncistas, cirujanos, implantólogos, patólogos, ortopedista maxilar. Además de 28 personas pertenecientes a el área administrativa.

CLINIDENT se ha propuesto ser la mejor alternativa y no ahorra esfuerzo en mantener esa promesa, generando propuestas que orienten a la total satisfacción de las expectativas de sus clientes.

Esto implica estar al día en tecnología de punta, capacitación permanente y técnicas avanzadas resaltando la pasión por el servicio en la cual el cliente es su

---

<sup>3</sup> [www.clinidentbucaramanga.com](http://www.clinidentbucaramanga.com)

razón de ser. Se propone contribuir al desarrollo económico del país fomentando empresa y generando empleo.

CLINIDENT fue creada el 16 de enero de 2001, con matrícula No.05-085326-01 de la señalada fecha; se identifica con el NIT No.91.100.183-1 y está representada legalmente por el Doctor Jairo Alberto Durán Pinzón, quien es el único propietario. Es una institución del sector salud cuya actividad comercial está orientada a la prestación de servicios odontológicos.



**Imagen 1. Fachada principal de CLINIDENT**

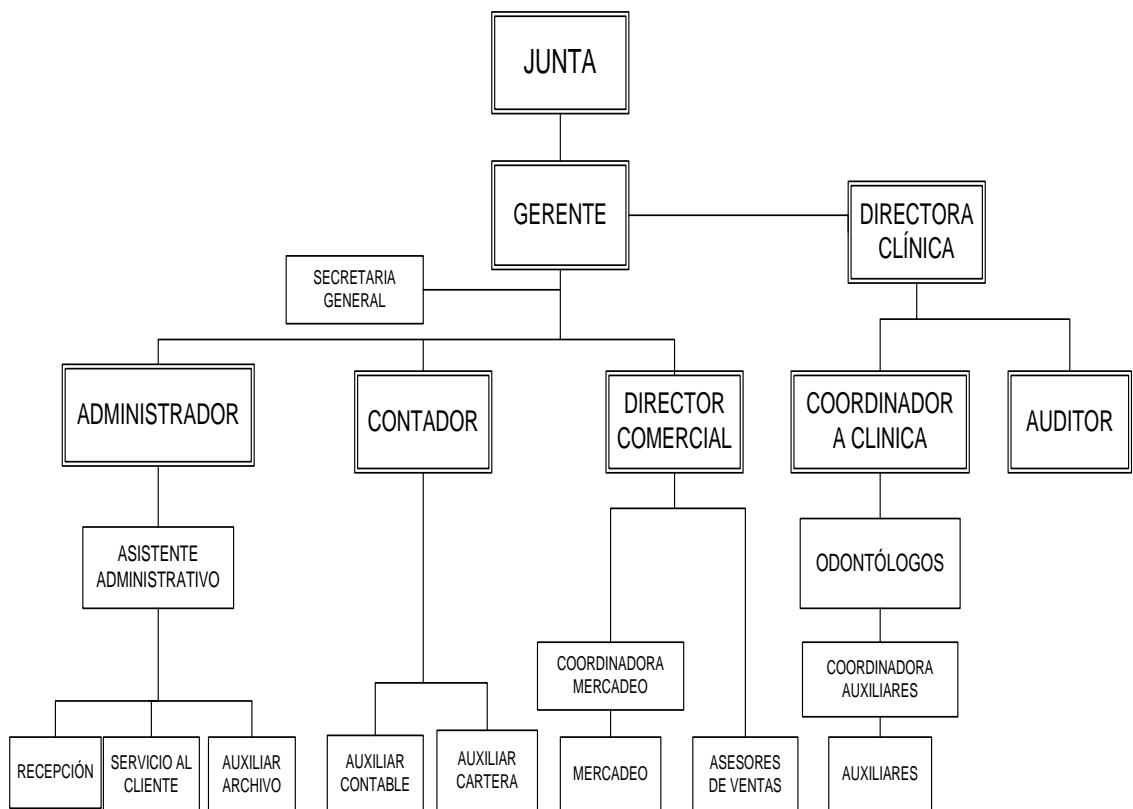
## **2.2. RESEÑA HISTÓRICA**

CLINIDENT es el resultado de una idea visionaria generada en el año 2000 por el Dr. Jairo A. Durán Pinzón; el objetivo primordial, era el de convocar a los mejores odontólogos especialistas a fin de que los usuarios pudieran encontrar en un mismo lugar todos los servicios relacionados con el ramo.

Actualmente, existe un equipo de trabajo integrado por mas de 25 Odontólogos especializados en todas las áreas: Odontólogos estéticos, ortodoncistas, periodoncistas, rehabilitadores, endodoncistas, cirujanos, implantólogos, patólogos, ortopedista maxilar; igualmente 28 personas que se desempeñan en el área administrativa y auxiliares de odontología.

Además, se cuenta con una cómoda y funcional planta física, equipos de última tecnología que conllevan a una eficiente, eficaz y oportuna atención de la base de usuarios, la cual suma alrededor de 10.000 pacientes.

### 2.3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



**Figura1. Organigrama**

**Fuente: Empresa Clinident**

## **2.4. MISIÓN<sup>4</sup>**

Ser la Clínica de Estética Dental líder en diseño de sonrisa. Promover el compromiso, sentido de pertenencia y el bienestar entre todos los empleados.

## **2.5. VISIÓN**

*Propuesta en el año 2006*

En el año 2010 ser reconocida Nacional e Internacionalmente como una de las mejores Clínica del país por su respaldo científico y tecnología de punta.

## **2.6. PRINCIPIOS ORGANIZACIONALES<sup>5</sup>**

- **RESPONSABILIDAD:** Tenemos cuidado al hacer nuestros trabajos.
- **HONESTIDAD:** El conocimiento profesional en beneficio del paciente.
- **COMPROMISO:** Actuamos convencidos de que nuestras acciones son reflejo de lo que amamos.
- **CONFIABILIDAD:** Damos seguridad y garantía en los tratamientos
- **OPORTUNIDAD:** Disponibilidad de atención inmediata según la necesidad
- **VOCACION DE SERVICIO:** El personal de la clínica siempre a disposición del cliente
- **CALOR HUMANO:** Atención cálida, humana, amable y cordial
- **AFECTO:** Establecemos relaciones con nuestros pacientes
- **TRABAJO EN EQUIPO:** Odontólogos Generales y Especialistas en un mismo lugar

---

<sup>4</sup> [www.clinidentbucarmanga.com](http://www.clinidentbucarmanga.com)

<sup>5</sup> [www.clinidentbucarmanga.com](http://www.clinidentbucarmanga.com)

## **2.7. BENEFICIOS DE LA EMPRESA**

### **2.7.1 Tecnología**

- DISEÑO DE SONRISA COMPUTARIZADO
- LÁSER DE DIODO para tejidos blandos y blanqueamiento
- BLANQUEAMIENTO ZOOM: resultados inmediatos
- PROPHIFLEX: aire comprimido que elimina manchas
- CAVITRON: ultrasonido para retirar cálculos

### **2.7.2 Calidad**

La empresa cuenta con profesionales especializados en todas las áreas de la Odontología quienes trabajan en equipo para que los clientes tengan la mejor atención de acuerdo a su necesidad. Nuestra tecnología es de actualidad y trabajamos con los mejores materiales y con los mejores laboratorios. Nuestro equipo está conformado por 25 Odontólogos especializados (estéticos y especialistas), dirigidos por la Dra. Clara Combariza, Universidad Nueva York.

### **2.7.3 Comodidad**

- Todos los especialistas en el mismo lugar
- Jornada Continua de 7:00 a.m. - 8:00 p.m. de lunes a sábado
- Parqueadero para nuestros clientes en el edificio
- Planes de pago personalizados

## 2.7.4 Servicios

Todo en Odontología General y Especializada.

- **Diseño de Sonrisa.** Lograr que unos dientes sanos luzcan espectacularmente bellos.
- **Diseño de Sonrisa Computarizado.** Se analizan con el paciente los resultados, antes de realizar los procedimientos. Usted puede ver como va quedar su sonrisa.
- **Estética.** Corrección de la forma, color, posición y tamaño con procedimientos sencillos (sin ortodoncia)
- **Blanqueamiento Láser.** Ante la colocación de un gel con peróxido de hidrogeno activado por una fuente de láser.
- **Blanqueamiento Convencional.** Colocación de cubetas con una sustancia blanqueadora ya sea en la clínica o dándole al paciente material para que lo haga en su casa.
- **Blanqueamiento Zoom.** Es un nuevo sistema de blanqueamiento; otra alternativa cuando se requieren resultados rápidos. El procedimiento es similar al blanqueamiento láser, ofreciendo las mismas ventajas de control de sensibilidad.
- **Contorneado de Encías con láser.** En caso de una encía alta se hace un recorte para que al reír no se vean encías si no dientes.
- **Eliminación de lesiones de tejido blando con láser.** Corte de frenillo con láser
- **Coronas Inceram (solo porcelana):** Sin estructura metálica para brindar dientes mas naturales
- **Coronas EMPRESS 2 :** Sistema que reúne las características ideales para poder ofrecer lo mas avanzado e innovador en estética en el mundo de la odontología moderna

- **Coronas Procera:** Son coronas sin metal; diseñadas y fabricadas por computador. Se hace un escaneado de la pieza a remplazar vía Internet es enviada a Estados Unidos donde es realizada la copia y devuelta para colocarle la cerámica.

*Ventajas:*

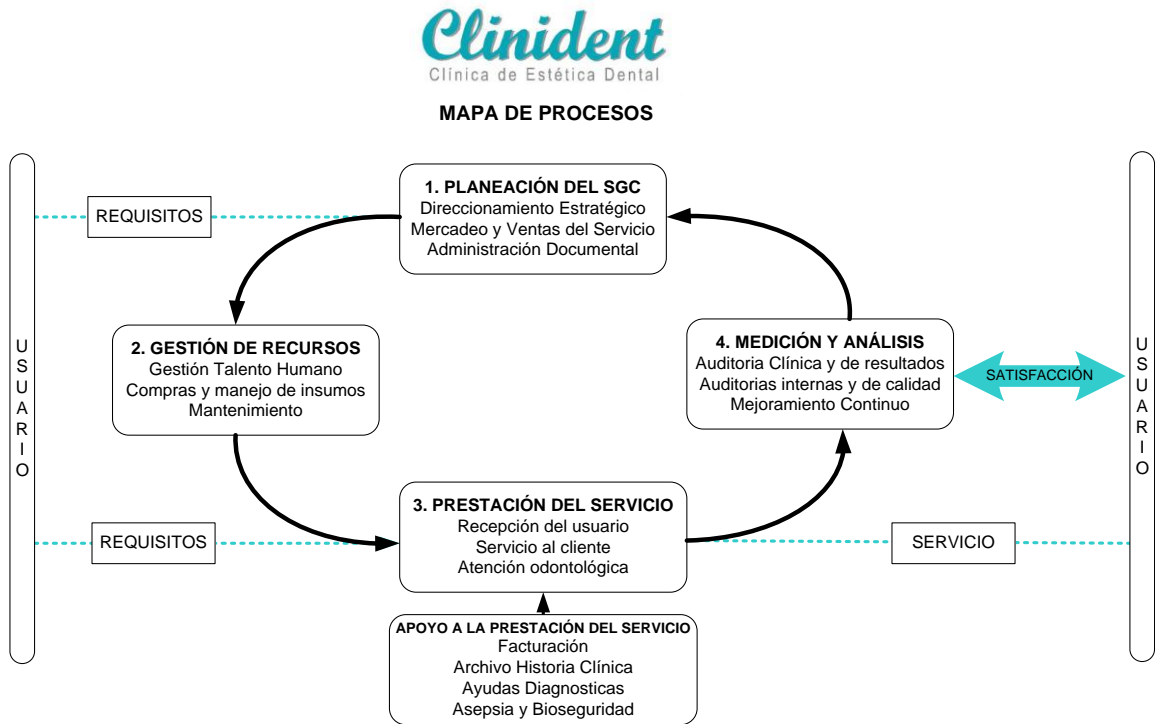
- \* Alta estética con ajuste perfecto, coincidencia de color resistencia y duración, excelentes resultados estéticos superiores.
  - \* Sistema Cerek
  - \* Fabricación de coronas sin metal en menos de una hora.
- **Láminas en Porcelana.** Se adhieren al diente como un lente de contacto, corrigiendo defectos de forma y color
  - **Carillas en Resina**
  - **Incrustaciones.** En porcelana, compomero y resina
  - **Limpieza de dientes con ultrasonido.** (Cavitron) Reemplaza las curetas y los raspadores con los que retiramos los cálculos, por lo tanto genera más comodidad para el paciente.
  - **Limpieza de dientes con profiflex.** Limpieza profunda a base de aire comprimido y bicarbonato. Elimina manchas causadas por el consumo de sustancias cromogénicas, por ejemplo cigarrillo, café y bebidas oscuras, las cuales afectan el color de los dientes.
  - **Ortodoncia.** Cuando los dientes están en mala posición se corrige con brackets.
  - **Ortodoncia estética.** Otro ejemplo de avances en la actualidad, es la posibilidad de ofrecer tratamientos de ortodoncia que logren movimientos de los dientes en periodos más cortos de tiempo, además se cuenta con aparatología estética (Brackets invisibles) fabricados en porcelana del mismo color de los dientes.

- **Ortodoncia con brackets de Autoligado**

*Ventajas:*

- \* Reduce el tiempo del tratamiento
  - \* Reduce el número de visitas del paciente a la consulta
  - \* Reduce el número de emergencias
  - \* Reduce las molestias
- **Ortodoncia Invisible:** Pequeños movimientos que se realizan a los dientes a través de placas transparentes, sin necesidad de brackets.
  - **Ortopedia Maxilar.** Prevenir y corregir mal posiciones de maxilares y dientes con aparatos removibles a Temprana edad.
  - **Endodoncia.** En caso de dolencias en el nervio o sensibilidad en los dientes.
  - **Implantes.** Reemplazo de uno o varios dientes con aditamentos colocados dentro del hueso.
  - **Periodoncia.** Cuando hay problemas de sangrado lo más probable es que se trate de una enfermedad en las encías y en los tejidos de soporte del diente.
  - **Rehabilitación.** Reemplazo de uno o varios dientes.
  - **Patología Oral.** Tratamiento de lesiones de la boca.
  - **Cirugía Oral.** Exodoncias de dientes.
  - **Cirugía Maxilofacial.** Corrección de malformaciones faciales.
  - **Cirugía de incluidos**
  - **Odontopediatria.** Adaptación y tratamientos en niños.
  - **Rayos X.** Toma de radiografías periapicales para observar imágenes de los dientes y su estructura de los dientes.

## 2.8 MAPA DE PROCESOS



**Figura 2: Mapa de procesos Clinident**

**Fuente: Empresa Clinident**

## **3. MARCO TEÓRICO**

### **3.1 DEFINICIONES**

#### **3.1.1 Proceso**

En la actualidad se pueden encontrar diferentes definiciones de la palabra proceso, una de las más sencillas y actuales es la que lo conceptualiza como “una secuencia de actividades que tienen la finalidad de lograr algún resultado, generalmente crear un valor agregado para el cliente”. La serie de Normas de Calidad ISO 9000:2000 en el apartado 3.4.1 define un “Proceso” como: “Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados”. Un proceso encierra actividades interrelacionadas en las que un grupo de personas asignan recursos (maquinaria, infraestructura, equipo, etc.) de una organización teniendo como propósito obtener un producto o servicio para un cliente interno o externo, en apoyo de los objetivos de la organización.

#### **3.1.2 Procedimiento**

Se define como la forma como se realizan las actividades en un proceso. Los procedimientos son una descripción detallada de cómo se hace el proceso en la práctica, permitiendo visualizar como funciona y como se ejecutan las actividades. Para una mejor utilización, los procedimientos se expresan en documentos que contienen el objeto y el campo de aplicación de una actividad; que debe hacerse y quien debe hacerlo; cuando, donde y como se debe llevar a cabo; que materiales, equipos y documentos deben utilizarse; y como debe controlarse y registrarse.

### **3.1.3 Actividades**

Es el conjunto de tareas desarrolladas para el desempeño de un procedimiento. La secuencia ordenada de actividades da como resultado un subproceso o un proceso.

### **3.1.4 Subproceso**

Son partes definidas que hacen parte de un proceso, su identificación es de gran utilidad permitiendo separar los problemas que pueden presentarse y facilitar distintos tipos de mejoras dentro de un mismo proceso.

## **3.2. MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS**

### **3.2.1 Identificación de los procesos**

La identificación de un proceso es una actividad de vital importancia para la organización, donde se definen los procesos claves con el propósito de precisar cuales de ellos son los que determinan la razón de ser de la empresa y así mismo soportan la misión de la organización. Para realizar correctamente esta fase es necesaria la participación de miembros de la empresa que conozcan a fondo el funcionamiento de la misma.

Esta etapa puede hacerse, realizando un análisis desde que un cliente entra a la organización hasta que sale, identificando cuales son las interacciones entre el y la empresa, que áreas intervienen directamente y cuales son de apoyo en la prestación del servicio. Consiste en realizar un mapa general de los procesos, con una visión panorámica de los mismos.

### **3.2.2 Clasificación de los Procesos**

Al tener la identificación de los procesos principales en la organización se procede a realizar una clasificación de acuerdo a un mapa general donde se relacionan cada uno de ellos. Esta actividad es esencial para la organización, debido a que

en esta etapa se definen las salidas o resultados que se generan y se establece donde inicia el siguiente pasó del proceso en general, además se define las personas o persona responsable por el correcto funcionamiento del proceso.

Los procesos de una empresa se pueden clasificar en procesos gerenciales, operativos y de apoyo. Los gerenciales son aquellos que se realizan con el fin de brindar dirección a toda la organización, en los cuales se ejecuta una planeación organizacional y estratégica. Este tipo de procesos son responsabilidad de la gerencia de la empresa y se desarrollan bajo su guía y liderazgo.

Los procesos operativos también llamados de realización o técnicos son definidos como las acciones donde se manufactura un producto o en los que se presta un servicio. Y los de apoyo son aquellos que sirven de soporte o apalancan el desarrollo de los demás procesos.

### **3.2.3 Mapa De Procesos**

Un mapa de procesos es un grafico funcional que permite mostrar como fluye el trabajo a través de la organización, la realización de este documento es una actividad compleja que requiere la implicación de personas que conocen a fondo el conocimiento de la empresa.

La simbología utilizada en la confección del Mapa de proceso debe ser solo la de rectángulos y flechas direccionales, pues con ello se facilita comprender y entender, a simple vista, el contenido de este valioso documento<sup>6</sup>.

Es importante que la empresa diseñe instrumentos para obtener la información de retroalimentación que le permita conocer cuales son las necesidades y expectativas que tienen los clientes. También es primordial destacar que el mapa

---

<sup>6</sup> [www.gestiopolis.com](http://www.gestiopolis.com)

de proceso debe revisarse cada cierto período de tiempo con el propósito de mantenerlo actualizado.

#### **3.2.4 Diagrama de Flujo**

El diagrama de flujo describe en forma detallada la secuencia de actividades y el flujo de información (clientes, empleados, equipos o materiales) que hacen parte de un proceso. Estos diagramas son sencillos de elaborar y facilitan la identificación de operaciones esenciales para lograr un buen desempeño y aquellas en las que se presentan los errores de mayor frecuencia.

#### **3.2.5 Manual de Procesos y Procedimientos**

Un manual de procesos y procedimientos es un documento que contiene la descripción de actividades que se desarrollan en la realización de las funciones dentro de la empresa. Este manual sirve como guía metodológica y es una herramienta que permite a las distintas áreas de la organización, de manera efectiva, sencilla y práctica, operar los diferentes procedimientos, con información consistente, necesaria y suficiente para facilitar la relación con los destinatarios y beneficiarios.

En el manual se describen las partes que intervienen en los procesos precisando su responsabilidad y participación. En el se encuentra información como: formularios, autorizaciones o documentos necesarios, máquinas o equipo de oficina a utilizar y cualquier otro dato necesario que permita la correcta ejecución de las actividades dentro de la empresa.

En este documento se registra la información básica para el adecuado funcionamiento de todos los puestos de trabajo, facilitando las labores de auditoría, evaluación y control interno. Además permite una comunicación oportuna de todos los cambios en las rutinas de trabajo que se generen.

Tener este documento aporta beneficios importantes a la organización, entre los más reconocidos están los siguientes<sup>7</sup>:

- Reducción de gastos generales
- Control de las actividades
- Mejoramiento de la eficiencia de operación y reducción de costos
- Sistematización de actividades
- Información de actividades
- Adiestramiento
- Guía de trabajo a ejecutar
- Revisión constante y mejoramiento de las políticas y procedimientos
- Auditoria administrativa de políticas, procedimientos y controles

### **3.2.6 Manual De Funciones**

El manual de funciones constituye una herramienta importante dentro de la organización ya que permite a cada miembro de la empresa conocer lo que debe hacer, según el grado salarial y el nivel jerárquico en que se encuentra ubicado dentro de la organización. Este documento pretende mejorar la calidad, eficacia y productividad del talento humano y su principal objetivo es propiciar en la empresa la dinámica del cambio tendiente al logro de la competitividad.

En este manual se describe todas las funciones específicas y responsabilidades que deben desempeñar cada uno de los cargos que existen dentro de la organización, es importante que este documento se este actualizando continuamente de acuerdo al progreso y mejoras dentro de la empresa. En este documento se consigna además de las funciones de cada uno de los cargos,

---

<sup>7</sup> **Franklin**, Enrique Benjamín. Organización y Métodos, Un enfoque Competitivo. Editorial Mc Graw Hill. 2002

información como la siguiente: los requisitos para ocupar un respectivo cargo (educación, experiencia etc.), las habilidades que se deben poseer para desempeñar el puesto de trabajo adecuadamente y las condiciones de trabajo a que va estar expuesto.

### **3.2.7 Mejoramiento de Procesos**

El mejoramiento de procesos es un medio eficiente para desarrollar cambios positivos que van a permitir ahorrar dinero tanto para la empresa como para los clientes. Para James Harrington mejorar un procedimiento significa cambiarlo para hacerlo mas efectivo, eficiente y adaptable a las diferentes áreas de la organización, que cambiar y como cambiar, depende del enfoque específico del empresario y del proceso.

Un plan de mejora requiere que se desarrolle en la empresa un sistema que permita: Contar con empleados hábiles, entrenados para hacer el trabajo bien, motivados que pongan empeño en su trabajo, que busquen realizar las operaciones de manera óptima y sugieran mejoras. Para lograr un mejoramiento en los procesos, se debe contar con procedimientos estandarizados, asegurándose de que todos los miembros de la organización trabajen en igual forma frente a condiciones similares.

Según Joseph M. Juran, para realizar un cambio adecuado en un proceso se debe seguir la siguiente secuencia de actividades:

- Primero es necesario probar que el cambio significativo es necesario.
- Identificar los proyectos que van a justificar los esfuerzos para alcanzar una mejora.
- Organizarse para asegurar que tenemos los nuevos conocimientos requeridos, para tener una acción eficaz.
- Analizar el comportamiento actual.
- Si existiera alguna resistencia al cambio, debemos negociarla.

- Tomar las acciones correspondientes para implementar la mejora.
- Por ultimo, instituir los controles necesarios para asegurar los nuevos niveles de desempeño.

### **3.3 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

#### **3.3.1 Control de Calidad**

Parte de la gestión de calidad orientada a cumplir con los requisitos del cliente<sup>8</sup>, es el proceso de verificación de los productos mediante inspecciones para la identificación de productos no conformes.

#### **3.3.2 Aseguramiento de la Calidad**

Parte de la gestión de orientada a proporcionar confianza en que se cumplirán los requisitos del cliente.

#### **3.3.3 Calidad Total**

La calidad total es una estrategia para tomar decisiones, coordinar acciones y dirigir actividades enfocadas a conseguir la competitividad de la empresa, persiguiendo la mejora continua de los productos y/o servicios, los procesos y la organización para lograr una mayor satisfacción del cliente.

#### **3.3.4 Sistema de Gestión de Calidad**

Los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad establecidos en la Norma ISO 9001: 2008, además del aseguramiento de la calidad del producto y/o servicio, pretenden conseguir también la satisfacción del cliente.

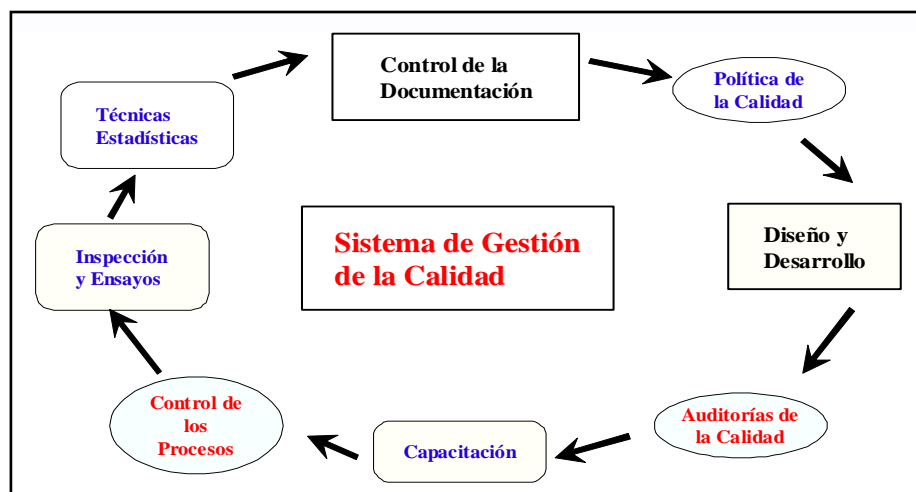
El sistema de gestión de la calidad es el conjunto de elementos interrelacionados de una empresa por los cuales se administra en forma planificada la calidad de la misma y sus principales elementos son:

---

<sup>8</sup> Memorias Diplomado en sistemas de integrados de gestión HSEQ 2008

- 1.- La estructura de la organización
- 2.- La estructura de responsabilidades
- 3.- Procedimientos
- 4.- Procesos.
- 5.- Recursos.

El sistema de gestión de la calidad en una organización tiene como punto de apoyo el manual de calidad, y se completa con una serie de documentos adicionales como manuales, procedimientos, instrucciones técnicas, registros y sistemas de información. El sistema de gestión debe mejorar continuamente la eficacia y eficiencia del desempeño de la organización. Gestionar una organización incluye gestionar la calidad entre otras disciplinas de gestión.



**Figura 3: Modelo Sistema de Gestión de Calidad**

**Fuente: Pagina web gestiopolis**

La gestión basada en procesos es ampliamente usada en la actualidad y ha llevado a desarrollar una estructura para las normas revisadas. Esta nueva

estructura basada en procesos es consistente con el ciclo de mejora: Planificar-Hacer-Verificar-Actuar<sup>9</sup>.

La documentación es el soporte del sistema de gestión de la calidad, pues en ella se plasman no sólo las formas de operar de las organizaciones sino toda la información que permite el desarrollo de todos los procesos y la toma de decisiones.

Existen diversas metodologías para la implementación de sistemas de gestión de la calidad, y en todas sus autores coinciden en considerar la elaboración de la documentación como una etapa importante, con una tendencia a reducir el enfoque de esta cuestión para ofrecer algunos consejos para la elaboración de los documentos (fundamentalmente del Manual de Calidad y los procedimientos).

### **3.3.5 Manual de Calidad**

El Manual de la calidad es el documento principal del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC). Muestra un resumen del SGC de la organización y debe ser utilizado conjuntamente con el resto de documentos del sistema como, por ejemplo, los procedimientos e instrucciones que derivan del propio Manual.

Debe contener la política de la calidad, la estructura organizativa de la organización y una breve explicación de cada uno de los requisitos aplicables de la norma de referencia utilizada (ISO 9001:2008). Por ello, constituye un excelente documento para la formación del personal y para entregar a cualquier parte interesada (clientes, proveedores, socios, etc.) que desee conocer la actividad y el funcionamiento general de la organización.

---

<sup>9</sup> **INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION ICONTEC.** Directrices para la Documentación del Sistema de Gestión de la Calidad. Guía Técnica Colombiana 10013. Bogota D.C. ICONTEC. 2002.

El manual de calidad especifica la [política](#) de calidad de la empresa, realizada para conseguir los objetivos de aseguramiento de la misma, de una forma similar en toda la empresa. El manual de calidad debe contener los siguientes elementos:

1. El alcance del sistema de gestión de Calidad
2. Las Exclusiones
3. Los procedimientos obligatorios o referencia de los mismos
4. Descripción de la interacción de los procesos.

### **3.3.6 Política de calidad**

La política de calidad se define como las intenciones globales y orientación de una organización respecto a la calidad, debe contener en que se quiere destacar la empresa con referencia al mercado.

### **3.3.7 Principios de un Sistema de Gestión de Calidad**

#### **3.3.7.1 Principio 1: Enfoque al cliente**

La organización debe implementar estrategias que le permitan:

- ✓ Medir la satisfacción de sus clientes
- ✓ Comunicarse con sus cliente
- ✓ Conocer las necesidades actuales y futuras de sus clientes
- ✓ Cumplir con los requerimientos de sus clientes
- ✓ Satisfacer los requisitos y esforzarse por exceder las expectativas
- ✓ Preservación del producto y/o servicio
- ✓ Seguimiento y medición del producto y/o servicio

#### **3.3.7.2 Principio 2: Liderazgo**

La organización debe fomentar el liderazgo en los miembros de su organización, permitiendo que las personas se encuentren motivadas hacia el alcance de los

objetivos y metas. Este principio se debe aplicar cuando la empresa posee una visión definitiva y cada empleado conoce las metas que persigue.

#### **3.3.7.3 Principio 3: Participación del personal**

El personal es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización. La participación del personal y el desarrollo de sus capacidades y potencialidades son básicos para mantener en funcionamiento un sistema de gestión de la calidad. La participación del personal dentro de una organización permite que las personas se vuelvan creativas y aporten ideas para mejorar.

#### **3.3.7.4 Principio 4: Enfoque de procesos**

La organización debe estructurarse mediante procesos, estableciendo objetivos para cada uno de ellos. Analizar y decidir basándose en procesos permite un mejor uso de los recursos y en general una mejor gestión. El personal de una organización debe conocer lo que tiene que hacer, las actividades a realizar, los resultados a esperar, las herramientas e información para realizarlo.

#### **3.3.7.5 Principio 5: Enfoque sistémico de la gerencia**

El enfoque sistemático se basa en que todo este relacionado. Cada área dentro de la organización debe conocer cual es su aporte y como afecta el desempeño de las demás áreas. Se debe Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema.

#### **3.3.7.6 Principio 6: Mejoramiento Continuo**

El mejoramiento continuo es un proceso que representa la base de la calidad y refleja lo que se necesita para ser competitivo a lo largo del tiempo. La importancia de esta herramienta radica en que con su aplicación se puede contribuir a mejorar las debilidades y afianzar las fortalezas de los procesos y las entidades. El mejoramiento continuo es la aplicación de estrategias para

aumentar permanentemente la capacidad de cumplir con las necesidades y expectativas de los clientes.

### **CICLO PHVA**

El ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), es un concepto ideado originalmente por Shewhart, pero adaptado a lo largo del tiempo por algunos de los más importantes personajes del mundo de la calidad. El Ciclo PHVA básico se conoce comúnmente como el Círculo Deming. Consiste en una serie de cuatro elementos que se llevan a cabo consecutivamente:

1. **P: PLANEAR:** establecer los planes. Identificar la situación y definirla concretamente, determinando el grado de importancia de la misma, observar las características del problema, buscar las causas que conducen al efecto indeseado, elaborar un plan de acción para bloquear las causas y solucionar el problema, crear indicadores para evaluar la situación específica posteriormente.
2. **H: HACER:** en esta parte se refiere a la implementación del plan.
3. **V: VERIFICAR:** verificar si los resultados concuerdan con lo planeado, compararlos con los indicadores que se fijaron como objetivo, para poder asegurar que el cambio, fue implementado y efectivo.
4. **A: ACTUAR:** actuar para corregir los problemas encontrados, prever posibles problemas, mantener y mejorar.

#### **3.3.7.7 Principio 7: Enfoque de hechos en la toma de decisiones**

La organización debe tener un sistema eficiente para la toma de decisiones, y éstas deben tomarse basándose, en la medida de lo posible en el análisis de datos y a partir de la mejor información. Se aplica este principio cuando las decisiones están precedidas de un análisis cuantitativo de las causas como de las consecuencias.

### **3.3.7.8 Principio 8: Relación mutuamente benéfica con el proveedor**

Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor. Este principio se aplica cuando a los proveedores se tiene en cuenta para el cumplimiento de los requisitos de cliente y en la participación de los beneficios generales.

### **3.3.8 Auditoria**

La auditoria es un proceso de tres etapas:

1. El auditor verifica los documentos
2. El auditor verifica que los documentos se aplique tal como están escritos
3. El auditor verifica que estos documentos sirvan para que la empresa alcance los objetivos.

## **3.4 SISTEMAS DE INDICADORES DE GESTIÓN**

Un sistema de indicadores es una herramienta de medición para las variables asociadas a las metas. Los indicadores pueden ser cualitativos o cuantitativos. En el diseño y desarrollo de los indicadores se deben identificar las necesidades propias del área involucrada, aspecto fundamental para el mejoramiento de la calidad, debido a que son medios económicos y rápidos de identificación de problemas.

Los indicadores de gestión tienen como propósitos principales dentro de la organización<sup>10</sup>:

- Evaluar el desempeño del proceso contra las metas de mejoramiento
- Establecer si el proceso es estable
- Fijar el nivel de desempeño alcanzado

---

10 **MARIÑO** Navarrete Hernando, Gerencia de Procesos Editorial Alfa omega. Colombia 2001

- Proveer medios para evaluar medidas correctivas y preventivas
- Mostrar tendencias, efectividad y proveer señales oportunas de precaución
- Facilitar la comunicación entre el responsable del proceso y quienes lo operan
- Establecer el grado de mejoramiento obtenido

Cada indicador debe poseer las siguientes características:

1. Medible: Es decir que la característica descrita debe ser cuantificable en términos ya sea del grado o frecuencia de la cantidad.
2. Entendible: El medidor o indicador debe ser reconocido fácilmente por todos aquellos que lo usan.
3. Controlable: El indicador debe ser controlable dentro de la estructura de la organización.

## **4. DIAGNÓSTICO**

El objetivo principal del diagnóstico es hacer una descripción detallada del estado inicial de la organización respecto al grado de cumplimiento de los requisitos exigidos para la NTC ISO 9001-2008 para sistemas de gestión de calidad.

Para la realización la actividad se utilizó una lista de chequeo que evaluó cada uno de los numerales que hacen parte de la Norma ISO 9001:2008.

Con la realización del diagnóstico se obtuvo información que permitió determinar las fortalezas y debilidades de la empresa con relación a la Norma para un sistema de gestión de calidad. Se identificaron los requisitos y numerales que no se están cumpliendo para iniciar con el diseño y documentación respectiva.

### **4.1. DIAGNOSTICO DEL ESTADO DE CUMPLIMIENTO CON LOS REQUERIMIENTOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2008 PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

Se ejecutó la revisión desde el numeral 4. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD hasta el punto 8. MEDICIÓN, ANALISIS Y MEJORA.

Para facilitar esta actividad se manejan los mismos numerales que se encuentran en la Norma.

#### **4.1.1. Numeral 4: Sistema de gestión de calidad**

- **4.1 Requisitos generales**

La empresa cumple algunos ítems de este requisito, encontrándose lo siguiente:

- 4.1.a Están identificados los procesos necesarios para un sistema de gestión de calidad (Mapa de Procesos)
- 4.1.b Se ha determinado la secuencia e interacción de estos procesos (Mapa de procesos)
- 4.1.c No se encuentran establecidos los criterios y métodos para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces.
- 4.1.d La organización asegura la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos
- 4.1.e No se realiza seguimiento, medición y análisis de los procesos.
- 4.1.f No hay implementadas acciones que permitan alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de los procesos.

- **4.2 Requisitos de la documentación**

- 4.2.1 Generalidades**

La empresa no cumple con este numeral, por no existir evidencia de:

- 4.2.1.a** Una declaración documentada de la política y de los objetivos de calidad
    - 4.2.1.b** Un manual de calidad
    - 4.2.1.c** Documentación de los procedimientos requeridos por la norma NTC ISO 9001:2008
    - 4.2.1.d** Documentación de los procedimientos necesarios para asegurarse de la planificación, operación y control
    - 4.2.1.e** Los registros requeridos por la norma NTC ISO 9001:2008

- 4.2.2 Manual de Calidad**

La organización no ha documentado un manual de calidad que cumpla con los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008, debido a que ésta norma no se ha implementado y por lo tanto no existía la necesidad de realizarlo.

#### **4.2.3 Control de los documentos:**

La empresa no presenta la documentación e implementación de los procedimientos para el control de los documentos.

#### **4.2.4 Control de los registros:**

No se presentan mecanismos para la documentación del manejo y control de los registros generados por las actividades administrativas y operativas.

### **4.1.2. Numeral 5: Responsabilidad de la Dirección**

- **5.1 Compromiso con la dirección:**

La empresa no cumple con la mayoría de los numerales debido a que:

**5.1.a** Se evidencia un compromiso por parte la dirección con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de calidad

**5.1.b** No tiene política de calidad.

**5.1.c** No ha establecido los objetivos de calidad.

**5.1.d** No evidencia revisiones por la dirección.

**5.1.e** Se presenta disponibilidad de los recursos.

- **5.2 Enfoque al cliente**

La empresa mantiene contacto con los clientes, siendo política de ésta determinar los requisitos de los clientes y satisfacer las necesidades, con el objeto de aumentar su potencial de mercado.

- **5.3 Política de calidad**

Se cumple con los requisitos y necesidades de sus clientes pero no se ha definido por escrito la política de calidad.

- **5.4 Planificación**

- **5.4.1. Objetivos de la calidad:**

- La alta dirección no ha definido los objetivos de calidad, sin embargo los objetivos para la prestación del servicio están establecidos, pero aun no se han determinado dentro de las funciones y niveles pertinentes dentro de la organización.

- **5.4.2. Planificación del sistema de gestión de la calidad**

- **5.4.2.a** La alta dirección no ha revisado que la planificación del sistema de gestión de calidad se realice con el fin de cumplir con los requisitos citados en el numeral 4.1. y con los objetivos de calidad.

- **5.4.2.b** La alta dirección no se asegura del mantenimiento de la integridad del sistema de gestión de calidad cuando se planifican e implementan cambios.

- **5.5 Responsabilidad, autoridad, y comunicación**

- **5.5.1 Responsabilidad y Autoridad**

- En la empresa la alta dirección no tiene definido las responsabilidades y autoridades.

- **5.5.2 Representante de la dirección**

- La alta dirección de la empresa no tiene designado un miembro de la dirección para ser su representante, por lo tanto no cumple con ninguno de los ítems que comprenden este numeral.

### **5.5.3 Comunicación interna**

La alta dirección no tiene establecido los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y que se efectuó considerando la eficacia del sistema de gestión de calidad.

- **5.6 Revisión por la dirección**

#### **5.6.1 Generalidades**

La empresa no cumple con este requisito debido a que no existe ningún procedimiento que permita una revisión periódica del funcionamiento del sistema de gestión de calidad.

#### **5.6.2 Información para la revisión**

No se cuenta con la información de entrada para la revisión por la dirección, debido a que en la empresa no se encuentra implementado un sistema de gestión de calidad.

#### **5.6.3 Resultados de la revisión**

El presente requisito no se cumple por falta de revisiones por la dirección.

### **4.1.3. Numeral 6: Gestión de los Recursos**

- **6.1 Provisión de recursos**

La empresa cumple parcialmente con este requisito debido a que se tiene determinado y proporcionado los recursos necesarios para aumentar la satisfacción de los clientes y cumplir con sus requisitos, falta determinar los recursos necesarios para implementar y mantener el sistema de gestión de calidad y el mejoramiento de la eficacia del mismo.

- **6.2 Recursos humanos**

- **6.2.1. Generalidades**

- Se cumple con este requerimiento debido a que el personal que realiza trabajos en la empresa es competente y cuenta con la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas.

- **6.2.2. Competencia, toma de conciencia y formación**

- **6.2.2.a.** No se ha determinado los perfiles y competencias necesarias para el personal que realiza trabajos en la empresa y afecta la calidad del servicio.

- **6.2.2.b.** No existen planes de formación que aseguren una mejora en la competencia del personal.

- **6.2.2.c.** No se presentan evaluaciones de las acciones tomadas debido a que no se ha tomado ninguna acción de formación.

- **6.2.2.d.** El personal de la empresa es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades pero desconocen los objetivos de calidad debido a que estos no están definidos.

- **6.2.2.e.** Se mantienen registros donde se evidencie la educación, la formación, habilidades y experiencia de algunos empleados que laboran en la empresa.

- **6.3 Infraestructura**

- La empresa cumple parcialmente con esta exigencia ya que cuenta con la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con la prestación del servicio, pero no cuenta con un plan de mantenimiento de los equipos utilizados.

- **6.4 Ambiente de trabajo**

La empresa determina y gestiona el ambiente de trabajo necesario para lograr el desarrollo de las labores.

#### **4.1.4. Numeral 7: Realización del Producto**

- **7.1 Planificación de la realización del servicio**

La organización desarrolla los procesos necesarios para la prestación del servicio, pero no existe una planificación coherente con los requisitos de las otras áreas del sistema de gestión de calidad.

**7.1.a.** Los objetivos de calidad no están definidos, sin embargo se encuentran determinados los requisitos del servicio.

**7.1.b.** Se presentan los procesos, documentos y asignación de recursos necesarios para el servicio.

**7.1.c.** Existe evidencia de las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayo específicas para el servicio así como los criterios de aceptación para el mismo.

**7.1.d.** Se presentan los registros necesarios que proporcionen evidencia de que los procesos de realización y la prestación del servicio cumplen con los requisitos.

- **7.2. Procesos relacionados con el cliente**

**7.2.1. Determinación de los requisitos relacionados con el servicio**

**7.2.1.a.** La empresa ha determinado los requisitos específicos por el cliente, incluyendo los exigidos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma.

**7.2.1.b.** La empresa tiene definido los requisitos no establecidos por el cliente pero necesarios para la prestación del servicio.

**7.2.1.c.** La empresa tiene definido de forma parcial los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el servicio.

**7.2.1.d.** Están determinado los requisitos adicionales.

**7.2.2. Relación de los requisitos relacionados con el servicio**

La organización revisa y evalúa la capacidad de cumplir con los requisitos del servicio antes de comprometerse a la prestación del mismo. No se mantienen registros de los resultados de la revisión ni de las acciones tomadas por la misma.

**7.2.3. Comunicación con el cliente**

La organización ha determinado e implementado dispositivos eficaces para la comunicación con el cliente, solicitando información sobre la prestación del servicio, sin embargo no existe una retroalimentación con el cliente.

- **7.3 Diseño y desarrollo**

Se excluirá del sistema de gestión de calidad el numeral 7.3. de la norma ISO 9001:2008, porque la estructura de los procedimientos clínicos están previamente definidos por la dirección y descritos en los protocolos odontológicos.

- **7.4. Compras**

**7.4.1. Proceso de compras**

La empresa se asegura de que los productos adquiridos cumplan con los requisitos de compra especificados. Pero no existe un documento donde se registre la selección, evaluación y re-evaluación de los proveedores.

#### **7.4.2. Información de las compras**

La organización describe las exigencias para la aprobación del producto, pero no existe una descripción de los requisitos relacionados con los procedimientos, procesos, equipos y los requisitos del sistema de gestión de calidad.

#### **7.4.3. Verificación de los productos comprados**

La organización ha establecido e implementado las actividades de inspección necesarias para asegurarse de que el producto comprado cumpla con los requisitos de compra especificados.

- **7.5 Producción y prestación del servicio**

#### **7.5.1. Control de la producción y prestación del servicio**

La organización cumple en parte con este ítem debido a que demuestra una planificación de la prestación del servicio bajo condiciones controladas, sin embargo no existen documentos que demuestren el control en las actividades anteriormente mencionadas.

#### **7.5.2. Validación de los procesos de producción y prestación del servicio**

La empresa no cumple con este requisito no existe validación de los procesos de prestación de servicios, no se puede demostrar la capacidad de estos procesos para alcanzar los resultados planificados.

#### **7.5.3. Identificación y trazabilidad**

Se cumple con este requerimiento debido a que se ha identificado el servicio a prestar por medios adecuados a través de toda la prestación del mismo, y se encuentra documentado e implementado garantizando la identificación y trazabilidad.

#### **7.5.4. Propiedad del cliente**

No se cumple con esta exigencia, la organización no evidencia una forma para identificar, verificar, proteger y salvaguardar los bienes que son propiedad del cliente suministrados para su utilización o incorporación dentro de la prestación del servicio.

#### **7.5.5. Preservación del producto**

La organización preserva la conformidad de los productos que hacen parte del servicio durante el proceso interno y la entrega al destino previsto.

- **7.6 Control de los dispositivos de seguimiento y medición**

La organización no tiene determinado el seguimiento y medición a realizar. No se ha identificado los dispositivos de medición y seguimiento necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del servicio con los requisitos del cliente.

#### **4.1.5. Numeral 8: Medición, Análisis y Mejora**

- **8.1 Generalidades**

La organización no cumple con este requisito no existe una planificación e implementación de los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora.

- **8.2 Seguimiento y medición**

##### **8.2.1. Satisfacción del cliente**

Este requerimiento se cumple en parte debido a que se obtiene la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización pero estos datos no son utilizados y no existe un seguimiento a la misma.

### **8.2.2. Auditoría Interna**

No se cumple este requisito en la organización no existe un programa de auditorías internas, no se ha definido un proceso documento para la planificación y realización de la misma, y no se ha realizado ninguna auditoría interna.

### **8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos**

La organización aplica métodos para el seguimiento, medición y control de los procesos, sin embargo no se presenta un análisis de los resultados.

### **8.2.4. Seguimiento y medición del producto**

La organización realiza seguimiento y medición de la prestación del servicio, durante la ejecución de este. Se mantiene evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación.

- **8.3 Control del producto no conforme**

No se cumple con este requisito no se ha definido los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento de un servicio no conforme.

- **8.4 Análisis de datos**

La organización cumple en parte con este requerimiento debido a que se han determinado y recopilado datos que proporcionen información sobre: La satisfacción del cliente, la conformidad con los requisitos del cliente, las características y tendencias de los procesos y productos. Sin embargo falta análisis de los datos y evaluación para identificar oportunidades de mejora.

- **8.5 Mejora**

- **8.5.1. Mejora continua**

- No se cumple con esta exigencia porque la organización no realiza ningún tipo de mejora continua al sistema de gestión de calidad.

- **8.5.2. Acción correctiva**

- No se presenta un proceso documentado que permita implementar y verificar la toma de acciones para eliminar la causa de no conformidades.

- **8.5.3. Acción preventiva**

- La organización no posee un proceso documentado que permita la implementación y verificación de acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales.

## **4.2. RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO**

La tabla que se muestra a continuación proporciona el porcentaje de cumplimiento en el que se encuentra la empresa de acuerdo al análisis realizado anteriormente. Se diligenció teniendo en cuenta los siguientes parámetros. Para efectos de cálculo del nivel total de cumplimiento, el registro del nivel por cada numeral se da por medio de unos (1) en cada casilla hasta llegar al nivel de cumplimiento encontrado en el diagnóstico. A cada parámetro le corresponde una porción de cumplimiento con lo que se obtendrá un porcentaje por numeral y así calcular la participación final de cumplimiento.

- NA: Requisito no aplicable bajo los parámetros de exclusión de ISO 9001:2008.
- NO: Requisito aplicable, pero no diseñado, ni desarrollado, ni implementado. Porcentaje 10%

- IDEA: Requisito en proceso de diseño o desarrollo como especificación del Sistema de Gestión de Calidad. Porcentaje 25%
- DOCUMENTADO: Requisito Implementado, con resultados, registros y evidencias. Porcentaje 50%
- IMPLEMENTADO: Requisito Implementado y auditado con resultados conformes. Porcentaje 75%
- REGISTROS DE IMPLEMENTACIÓN: Requisito implementado, auditado y en proceso de mejoramiento continuo. Porcentaje 100%

Ítem	Núm. ISO	REQUISITO	NA	NO	IDEA	DOCUMENTADO	IMPLEMENTADO	REQUISITO IMPLEMENTADO Y AUDITADO	TOTAL
1	4.1	<b>REQUISITOS GENERALES</b>	0	0	2	0	0	0	25%
2	4.1	Se encuentran identificados los procesos			1				
3	4.1	Se ha definido la interacción de los procesos			1				
4	4.2	<b>REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN</b>	0	6	0	0	0	0	10%
5	4.2.2	Tienen un Manual de Calidad		1					
6	4.2.3	Tiene procedimiento para el control de documentos (procedimientos, guía para elaboración de procedimientos, instrucciones, manuales, etc.)		1					
7	4.2.3	Tienen guía para elaborar documentos		1					
8	4.2.3	Tienen un inventario de la documentación existente y de la faltante		1					
9	4.2.4	Existe un procedimiento para la administración de los registros de calidad		1					
10	4.2.4	Existe un inventario de registros de calidad		1					

11	5.1	<b>COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN</b>	0	4	0	0	0	0	10%
12	5.1	Se tiene una política de calidad		1					
13	5.1	Se han analizado o se tienen objetivos que se relacionan con calidad		1					
14	5.1	Ha difundido la política de calidad		1					
15	5.1	Se llevan a cabo revisiones del SGC		1					
16	5.4	<b>PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD</b>	0	2	0	0	0	0	10%
17	5.4.1	Los objetivos de calidad han sido establecidos en las funciones y niveles pertinentes.		1					
18	5.4.2	Se planifican los cambios que pueden afectar la integridad del SGC		1					
19	5.5	<b>RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN</b>	0	2	2	1	0	0	24%
20	5.5.1	Se tienen definidas las responsabilidades de las personas que puedan afectar la calidad según la ISO 9001:2008		1					
21	5.5.1	Se tiene organigrama				1			
22	5.5.2	Se ha seleccionado el representante de la dirección		1					
23	5.5.3	Se han establecido los procesos de comunicación			1				
24	5.5.3	Se han efectuado mejoras en los procesos de comunicación			1				
25	5.6	<b>REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>	0	1	0	0	0	0	10%
26	5.6	Se han establecido las entradas, los resultados y otras características del proceso de revisión por la dirección		1					
27	6.1	<b>PROVISIÓN DE RECURSOS</b>	0	0	1	0	0	0	25%
28	6.1	Existe una metodología para la asignación sistemática de los recursos			1				
29	6.2	<b>RECURSOS HUMANOS</b>	0	2	0	1	0	0	23%
30	6.2.2	Se ha determinado la competencia del personal que realiza trabajos que afectan a la calidad del producto/servicio		1					
31	6.2.2	Existe una metodología que permita identificar las necesidades de formación y suministrar la misma al personal del SGC		1					

32	6.2.2	Se mantienen registros que evidencien la educación, formación, habilidades y experiencia.				1			
<b>33</b>	<b>7.1</b>	<b>PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO Y / O SERVICIO</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>58%</b>
34	7.1	Se planifican los procesos para la realización del producto y la prestación del servicio			1				
35	7.1	Se han determinado los requisitos del producto/servicio						1	
36	7.1	Se han establecido los registros que evidencian el cumplimiento de los requisitos por parte de los procesos de realización del producto y sus resultados				1			
<b>37</b>	<b>7.2</b>	<b>PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>75%</b>
38	7.2.1/ 7.2.2	Tienen una metodología para gestionar los pedidos, convenios o intercambios, presentación de ofertas o ventas (ventas nacionales y de exportación)					1		
39	7.2.3	Se han establecido los procesos de comunicación con el cliente					1		
40	7.2.3	Se han efectuado mejoras en los procesos de comunicación con el cliente					1		
<b>41</b>	<b>7.3</b>	<b>DISEÑO Y DESARROLLO</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
42		Existe una metodología que establezca el control que se debe efectuar durante diseño y/o desarrollo del producto o servicio	1						
43		El personal es competente para estas actividades	1						
<b>44</b>	<b>7.4</b>	<b>COMPRAS</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>16%</b>
45	7.4.1	Conocen cuáles son los proveedores que más afectan la calidad		1					
46	7.4.1	Se tienen criterios para evaluar los proveedores		1					
47	7.4.1	Se tiene una metodología para seleccionar, registrar y calificar periódicamente a los proveedores que se han considerado críticos		1					

48	7.4.1	Tienen un plan de selección y calificación de proveedores		1					
49	7.4.1	Se tiene una metodología para realizar el proceso de compras			1				
50	7.4.1	Se tiene una metodología para realizar el proceso de importaciones			1				
51	7.4.2	Se tienen datos o información de las materias primas a comprar o servicios a subcontratar			1				
<b>52</b>	<b>7.5</b>	<b>PRODUCCIÓN Y / O PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>42%</b>
53	7.5.1	Se tiene una descripción completa de los procesos de realización del producto o prestación de servicio			1				
54	7.5.2	Existen procesos que requieran validación?		1					
55	7.5.3	Se tiene una metodología que identifique la información de enlace y/o la ruta para la trazabilidad?						1	
56	7.5.3	Se identifican los productos?						1	
57	7.5.4	Existe una metodología para el tratamiento del producto suministrado por el cliente		1					
58	7.5.5	Existe una metodología para la preservación del producto durante el proceso interno			1				
59	7.5.5	Existe una metodología que describa actividades para la preservación del producto durante el despacho, distribución y entrega de los productos			1				
<b>60</b>	<b>7.6</b>	<b>CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10%</b>
61		Conocen cuales son los equipos de medición que pueden afectar la calidad del producto		1					
62		Tienen una metodología que describa la gestión metrológica de la empresa		1					
63		Existe un responsable de la función metrológica de la empresa		1					
64		Tienen establecido un sistema de codificación para los instrumentos y equipos de medición		1					

<b>65</b>	<b>8.2</b>	<b>SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>28%</b>
66	8.2.1	Se realiza seguimiento a la satisfacción del cliente				1			
67	8.2.2	Existe un procedimiento para auditorias internas de calidad		1					
68	8.2.2	Existe un sistema o forma de evaluación y selección de auditores internos de calidad		1					
69	8.2.2	Están formados los candidatos seleccionados para las auditorias internas de calidad		1					
70	8.2.2	Se ha elaborado un programa de auditorias internas de calidad		1					
71	8.2.3	Se aplican métodos para la medición de los procesos			1				
72	8.2.3	Tienen definidos indicadores de desperdicios, devoluciones, quejas, reclamos, acciones de mejoramiento, auditorias internas de calidad			1				
73	8.2.4	Tienen metodologías para la medición y seguimiento del producto (materias primas, producto en proceso, producto terminado)				1			
74	8.2.4	Tienen metodologías para la evaluación y seguimiento de la prestación del servicio					1		
75	8.2.4	Se han definido los criterios de aceptación			1				
76	8.2.4	Se tienen definidos los métodos específicos para medición y seguimiento del producto			1				
77	8.2.4	Se tienen definidos los métodos específicos para medición y seguimiento del servicio			1				
<b>78</b>	<b>8.3</b>	<b>CONTROL DEL PRODUCTO Y / O SERVICIO NO CONFORME</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10%</b>
79	8.3	Existe un procedimiento para el control de productos o servicios no conformes		1					

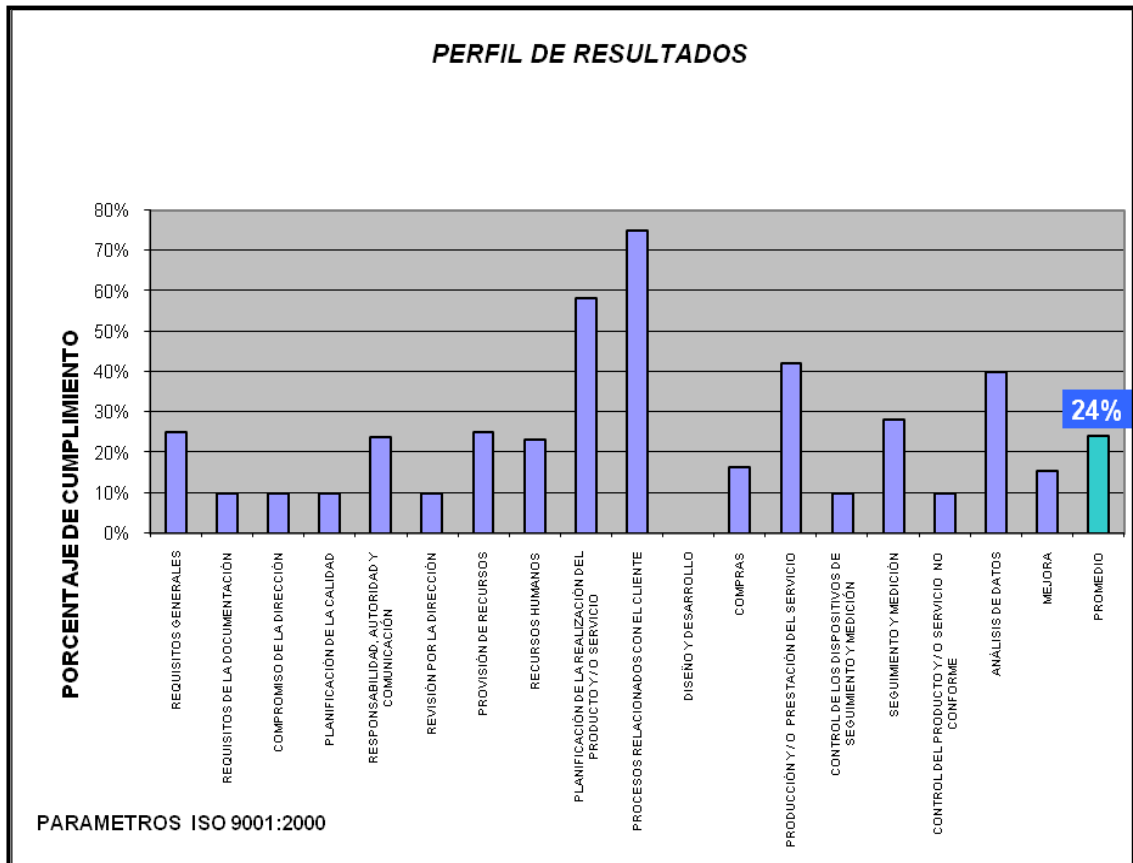
80	8.4	<b>ANÁLISIS DE DATOS</b>	0	1	0	3	0	0	40%
81	8.4	El análisis de datos se aplica a la satisfacción del cliente				1			
82	8.4	El análisis de datos se aplica a la conformidad del producto				1			
83	8.4	El análisis de datos se aplica a las características y tendencias de los procesos y los productos				1			
84	8.4	El análisis de datos se aplica a los proveedores		1					
85	8.5	<b>MEJORA</b>	0	8	1	1	0	0	16%
86	8.5.1	Existe mejora demostrable a través de las auditorias internas		1					
87	8.5.1	Existe mejora demostrable a través de la política de calidad		1					
88	8.5.1	Existe mejora demostrable a través de los objetivos de calidad		1					
89	8.5.1	Existe mejora demostrable a través del análisis de los datos			1				
90	8.5.1	Existe mejora demostrable a través de las acciones correctivas		1					
91	8.5.1	Existe mejora demostrable a través de las acciones preventivas		1					
92	8.5.1	Existe mejora demostrable a través de la revisión por la dirección		1					
93	8.5.2	Tienen un procedimiento para implementar y verificar la eficacia de las acciones correctivas		1					
94	8.5.3	Tienen un procedimiento para implementar y verificar la eficacia de las acciones preventivas		1					
95		Tienen una metodología para la atención de quejas y reclamos				1			
96		<b>PROMEDIO</b>	0,2	1,5	1	0,7	0,4	0	24%

**Tabla 1. Resultado del Diagnóstico**

**Fuente: Autor-Tutor**

Con el diagnóstico realizado se puede concluir que: La empresa cumple con los requisitos de la norma en un 24%, es decir la mayoría de los numerales de la

Norma no están siendo cumplidos por la empresa, se identificaron aquellos requisitos que se cumplen en la organización, los que exigen documentación e implementación y los que no aplican a la organización.



**Grafico 1. Porcentaje de cumplimiento de los requisitos**

**Fuente: Autor**

## RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO

NUMERAL	REQUISITOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
4.1	REQUISITOS GENERALES	25%
4.2	REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN	10%
5.1	COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN	10%
5.4	PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD	10%
5.5	RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN	24%
5.6	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	10%
6.1	PROVISIÓN DE RECURSOS	25%
6.2	RECURSOS HUMANOS	23%
7.1	PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO Y / O SERVICIO	58%
7.2	PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE	75%
7.3	DISEÑO Y DESARROLLO	0%
7.4	COMPRAS	16%
7.5	PRODUCCIÓN Y / O PRESTACIÓN DEL SERVICIO	42%
7.6	CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	10%
8.2	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	28%
8.3	CONTROL DEL PRODUCTO Y / O SERVICIO NO CONFORME	10%
8.4	ANÁLISIS DE DATOS	40%
8.5	MEJORA	13%
<b>PROMEDIO</b>		<b>24%</b>

**Tabla 2. Porcentaje de cumplimiento inicial**

**Fuente: Autor**

De acuerdo a lo anterior y al nivel de cumplimiento de cada numeral de la Norma ISO 9001:2008 se pueden presentar algunas conclusiones y sugerencias:

- Se tiene identificados los procesos necesarios para el sistema de gestión de calidad, sin embargo no esta claro la interacción entre ellos. Para esta labor se reevaluaran y se establecerán caracterizaciones para cada uno de ellos, así como un mapa que permita un panorama general de la interacción.
- Se deben elaborar los procedimientos de control de documentos y de control de registros tal como lo exige la norma ISO 9001:2008.
- La empresa no posee una política de calidad ni objetivos de calidad, por lo tanto se hace necesario la creación de estos elementos que marque una dirección a tomar, basada en los principios del mejoramiento continuo y de la satisfacción del cliente.

- Se desarrollará e implementará un procedimiento documentado que defina las guías y pautas para realizar una revisión por la dirección tal como lo establece la norma ISO 9001:2008.
- En necesario definir el perfil de cada cargo en cuanto a la educación, formación, habilidad, experiencia y riesgos requeridos por la empresa.
- Se debe elaborar un plan e historial de mantenimiento de los equipos de oficina y clínicos.
- Desarrollar un procedimiento documentado que estandarice y establezca el control del proceso de compras.
- Realizar evaluación y re-evaluación a los proveedores, desarrollando e implementando un procedimiento documentado que describa los criterios y formatos a utilizar.
- Se desarrollará un procedimiento que describa los criterios, formatos y metodología para una auditoria interna al Sistema de Gestión de la Calidad.
- Es necesario desarrollar el concepto de acciones correctivas y acciones preventivas, con el fin de que las acciones de mejora sean enfocadas hacia la raíz del problema. Para esto se debe definir un procedimiento de mejoramiento continuo.
- Realizar un procedimiento para establecer el manejo con el servicio no conforme y las quejas y reclamos presentadas por los clientes.
- Es necesario diseñar indicadores que permitan el seguimiento y evaluación del desempeño de los procesos del sistema de gestión de calidad.
- Con el diagnóstico realizado es necesario diseñar, documentar e implementar lo anterior para lograr el funcionamiento del sistema de gestión de calidad y de esta forma lograr la certificación para la empresa en la norma ISO 9001:2008.

## **5. PLANIFICACIÓN**

Terminado el diagnóstico de la empresa CLINIDENT – Clínica de Estética Dental respecto al cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2008, se dió inicio a la planificación del sistema de gestión de calidad, estableciendo las actividades a realizar para el desarrollo del proyecto.

- Elección del representante por la dirección
- Definición del alcance y exclusiones del sistema de gestión de calidad
- Definición de la política de calidad
- Definición de los objetivos de calidad
- Revisión del mapa de procesos
- Sensibilización y capacitación del personal
- Documentación del sistema de gestión de calidad
- Implementación del sistema de gestión de calidad
- Seguimiento y evaluación del sistema de gestión de calidad

### **5.1 REPRESENTANTE POR LA DIRECCIÓN**

De acuerdo con el requisito de la norma ISO 9001:2008, numeral 5.5.2., la gerencia debe nombrar un representante de la dirección que estará a cargo de la responsabilidad del sistema de gestión de calidad. La gerencia nombró para esta labor al Coordinador Clínico, quien contara con la autoridad para asegurar el funcionamiento del sistema

## **5.2 ALCANCE Y EXCLUSIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

El alcance define los productos o servicios que hacen parte del sistema de gestión de calidad. El alcance para Clinident fue determinado por el Gerente y Director Clínico, con el fin de abarcar todos los servicios que presta la empresa, por lo tanto quedo definido de la siguiente manera:

“El alcance del Sistema de Gestión de la Calidad que se implementa en CLINIDENT Clínica de Estética Dental abarca la prestación de servicios de odontología asistenciales en el ámbito de la consulta externa especializada, odontología estética, ortodoncia, periodoncia, rehabilitación oral, endodoncia, cirugía maxilofacial, implantología y ortopedia maxilar”.

Del Sistema de Gestión de la Calidad que se implementa en CLINIDENT Clínica de Estética Dental se excluye el siguiente numeral de la norma ISO 9001:2008:

Se excluirá del sistema de gestión de calidad el numeral 7.3. Diseño y desarrollo del producto o servicio, de la Norma ISO 9001:2008 debido a que la estructura de los procedimientos clínicos están previamente definidos por la dirección y descritos en los protocolos odontológicos.

## **5.3 POLÍTICA DE CALIDAD**

Para definir la política de calidad de la empresa, se utilizó la matriz “Necesidades de la empresa vs. Necesidades del Cliente”, la cual permite que se enfoque en ambas partes y sea beneficiosa para la empresa y para los clientes. Esta metodología permite que el sistema de gestión de calidad esté basado en raíces sólidas que conlleven al mejoramiento continuo y la satisfacción de los clientes.

Las necesidades de la empresa y del cliente fueron definidas por el Gerente, el Director Clínico, el Director Administrativo, Coordinador Clínico y Coordinador de Apoyo (Autor del proyecto), igualmente ellos mismos realizaron el desarrollo de la matriz teniendo en cuenta los criterios de calificación (Tabla. 2) y asignando los puntajes, obteniendo los siguientes resultados:

Establecer la relación de impacto según calificación:
0: Ninguna
1: Baja
2: Media Baja
3: Media
4: Media Alta
5: Alta

**Tabla 3. Criterios de calificación, matriz “Necesidades de la empresa vs. Necesidades de los clientes”.**

**Fuente: Tutor**

**MATRIZ NECESIDADES DE LA EMPRESA VERSUS  
NECESIDADES DEL CLIENTE**

		<b>NECESIDADES DEL CLIENTE</b>									
		1	2	3	4	5	6	7	8	<b>TOTAL</b>	
		Innovación tecnológica	Todos los especialistas	Personal calificado	Flexibilidad de horarios	Materiales de alta calidad	Garantía en el servicio	Ubicación adecuada	Atención oportuna		
<b>NECESIDADES DE LA EMPRESA</b>	1	Innovación tecnológica	5	4	0	0	5	5	0	0	<b>19</b>
	2	Personal comprometido y capacitado	2	5	5	3	2	4	0	5	<b>26</b>
	3	Mejor ambiente laboral	0	1	5	0	0	0	0	0	<b>6</b>
	4	Satisfacción de los clientes	5	5	5	5	5	5	5	5	<b>40</b>
	5	Posicionamiento nacional e internacional	5	5	3	2	5	4	2	4	<b>30</b>
	6	Aumentar la liquidez	2	3	4	5	2	2	2	4	<b>24</b>
	7	Organización Estandarización procesos. SGC.	3	2	5	1	3	5	1	5	<b>25</b>
<b>TOTAL</b>			<b>22</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>16</b>	<b>22</b>	<b>25</b>	<b>10</b>	<b>23</b>	<b>170</b>

**Tabla 4. Matriz Necesidades del cliente vs. Necesidades de la empresa**

**Fuente: Empresa**

Definidos los puntajes su suman filas y columnas (Tabla 4), obteniéndose un resultado para cada necesidad de la empresa y del cliente, las que alcanzaron el mayor puntaje son las necesidades que tienen en cuenta para desarrollar la política de calidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, y la opinión de la gerencia fue definida la política de calidad de la siguiente forma:

“CLINIDENT Clínica de Estética Dental centra su política de calidad en incrementar la satisfacción de sus clientes a través de la continua innovación tecnológica en odontología e implantes, materiales de alta calidad, sustentado en un recurso humano profesional calificado, capacitado en los últimos avances en odontología, con elevado nivel de responsabilidad, compromiso y con conocimientos y experiencia en todas las ramas de la odontología, logrando de esta forma una gestión efectiva, análisis permanente de los resultados y el mejoramiento continuo de los procesos”.

#### **5.4 OBJETIVOS DE CALIDAD**

Los objetivos de calidad fueron definidos por el Gerente, el Director Clínico, el Director Administrativo, el Coordinador Clínico, el Coordinador de Apoyo (Autor del proyecto) y el Asesor en calidad, basados en la política de calidad y buscar que sean medibles para darle cumplimiento a la misma.

Se definen seis objetivos de calidad y fueron los siguientes:

- Mantener un personal calificado y comprometido.
- Implementar y mantener un sistema de gestión de calidad.
- Satisfacer las necesidades del clientes
- Garantizar a los pacientes altos estándares de bioseguridad.
- Mantener a disposición de los pacientes un equipo integral de especialistas en todas las ramas de la odontología.
- Poner a disposición de los pacientes los mejores materiales y laboratorios en el mercado.

## 5.5 INDICADORES DE CALIDAD

Definidos los objetivos de calidad, se establecieron los indicadores que permitirán realizar el seguimiento, nivel de cumplimiento y evaluación de los mismos. A continuación se dan a conocer los indicadores de calidad:

OBJETIVOS DE CALIDAD					
OBJETIVO DE LA CALIDAD	INDICADOR	FORMULA DE CÁLCULO	META	FRECUENCIA	RESPONSABLE
Mantener un personal calificado y comprometido	Cumplimiento plan de capacitación y formación	No. de capacitaciones	NA	Mensual	Director Administrativo
Implementar y mantener un sistema de gestión de calidad.	Avance de implementación del S.G.C	% de avance del sistema de gestión de calidad en Clinident	100%	Mensual	Coordinador de Apoyo
Satisfacer las necesidades del cliente.	Cientes satisfechos	(No. de clientes que se encuentran satisfechos con Clinident / No. total de clientes encuestados) * 100	90%	Mensual	Gerente General
Garantizar a los pacientes altos estándares de bioseguridad.	Indicador de bioseguridad	% de cumplimiento respecto a la evaluación Estándares de Bioseguridad	90%	Bimensual	Coordinador Clínico
Mantener a disposición de los pacientes un equipo integral de especialistas en todas las ramas de la odontología.		¿Se cuenta con doctores y especialistas en todas las ramas de la odontología?	SI	Semestral	Coordinador Clínico
Poner a disposición de los pacientes los mejores materiales y laboratorios en el mercado.	Reevaluación proveedores	(No. de proveedores reevaluados que superan puntaje de 3.0 / No. de proveedores totales)* 100%	95%	Semestral	Asistente Administrativo

**Tabla 5. Indicadores de Calidad**

**Fuente: Autor-Tutor**

## 5.6 MAPA DE PROCESOS

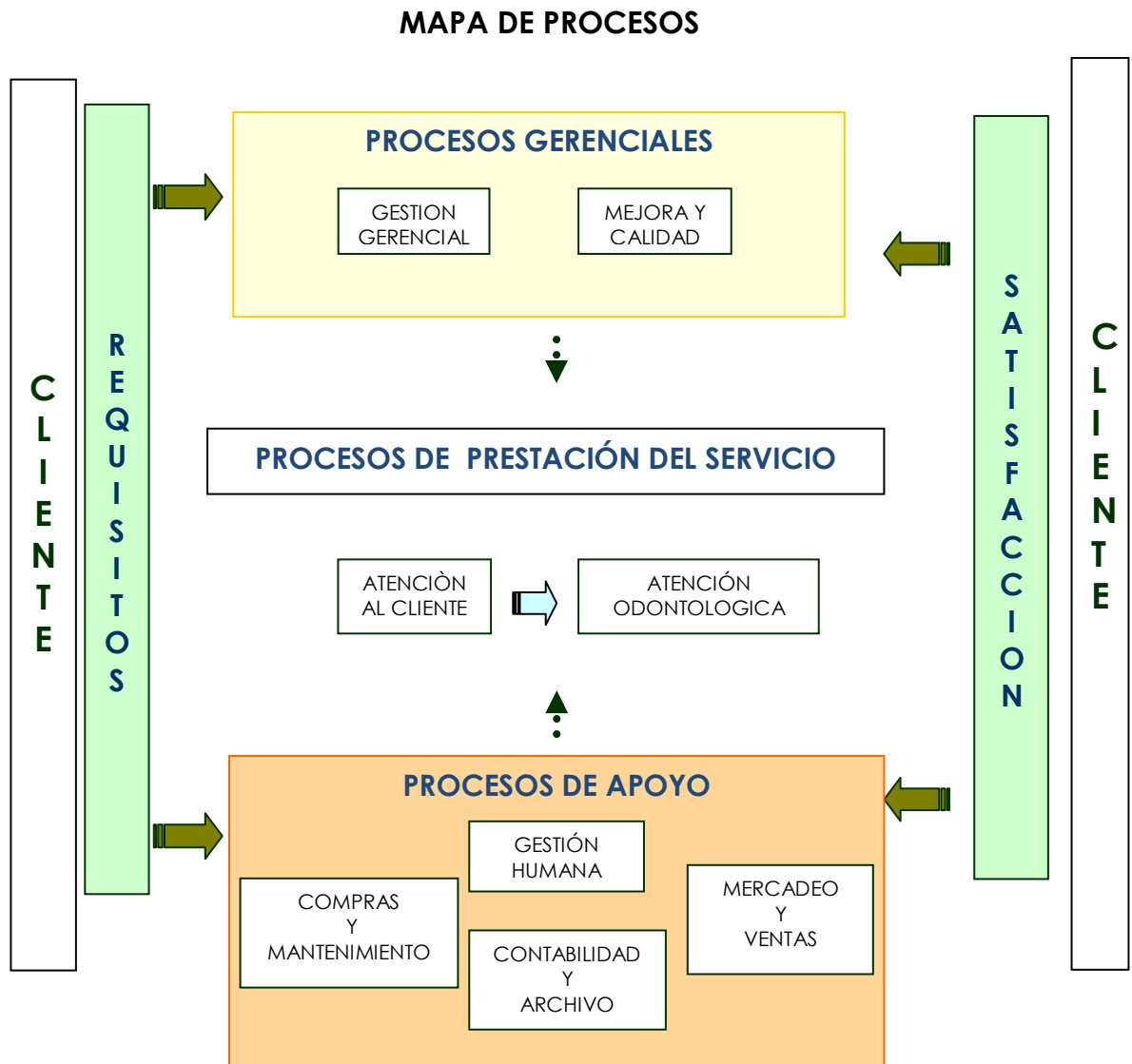
El mapa de procesos (Figura. 2) se modificó porque no mostraba claramente la relación e identificación de los procesos que hacen parte de la empresa. Se evaluaron los que se habían definido anteriormente y para la nueva organización y para su definición se tuvo en cuenta la siguiente clasificación:

- \* Procesos Gerenciales: Procesos enfocados en el direccionamiento de la empresa y toma de decisiones a largo plazo
- \* Procesos de Prestación del servicio: Son los procesos relacionados con los servicios que se prestan al cliente con alto nivel de calidad
- \* Procesos de Apoyo: Procesos relacionados para apoyar las actividades de la empresa como son Mercadeo y Ventas, Gestión Humana, Contabilidad y Archivo, Compras y Mantenimiento.

Teniendo en cuenta la clasificación anterior y la operación de la empresa se definen ocho procesos para el sistema de gestión de calidad que son:

1. Gestión Gerencial
2. Mejora y Calidad
3. Atención al Cliente
4. Atención Odontológica
5. Compras y Mantenimiento
6. Gestión Humana
7. Mercadeo y Ventas
8. Contabilidad y Archivo

Los procesos, la clasificación y la interacción entre ellos se presentan en el siguiente mapa de procesos:



**Figura 4. Mapa de procesos**

**Fuente: Autor**

### **5.6.1 Proceso de Gestión Gerencial**

El proceso de Gestión gerencial abarca las actividades relacionadas con la planificación y direccionamiento estratégico, control y seguimiento de los procesos de la empresa. Incluye el mejoramiento continuo y la toma de decisiones con

respecto al desempeño del sistema de gestión de calidad y de los procesos mediante la revisión por la dirección.

El responsable del proceso de gestión gerencial es el gerente de Clinident, quien se encarga de las labores que abarca el numeral cinco de la norma ISO 9001:2008 responsabilidad por la dirección.

### **5.6.2 Proceso de Mejora y Calidad**

El proceso de gestión de mejora y calidad encierra todas las actividades relacionadas con el mantenimiento del sistema de gestión de la calidad.

Se presentan actividades como: actualizar los documentos de acuerdo al procedimiento control de documentos y control de registros, vigilar que se cumplan los requisitos exigidos por la norma ISO 9001:2008 y las guías y protocolos impuestos por la empresa, realizar seguimiento a las disposiciones tomadas, planear y llevar a cabo las auditorias internas, proyectar junto con el Gerente las revisiones por la dirección y hacer seguimiento a las acciones correctivas y preventivas abiertas.

El responsable directo de este proceso es el Coordinador de Apoyo (Autor del proyecto) de Clinident- Clínica de Estética Dental.

### **5.6.3 Proceso de Atención al Cliente**

El proceso de atención al cliente abarca todas las actividades relacionadas con la recepción y servicio al cliente. Se incluye las actividades desde que el cliente ingresa a la empresa, se ofrece la información acorde a las necesidades, se pasa para la prestación del servicio requerido y se programa una próxima cita.

La recepción es la encargada de recibir y atender personal y telefónicamente al cliente de acuerdo a sus requerimientos y necesidades. Servicio al cliente tiene a su cargo la explicación y cotización de los tratamientos a realizar, así como dar a conocer el portafolio y beneficios de Clinident.

Igualmente este proceso es responsable de la recepción y atención oportuna de los clientes y al cumplimiento de las agendas programadas.

El responsable directo es el Coordinador Clínico por ser el encargado de coordinar la atención odontológica que esta relacionada directamente con este proceso.

#### **5.6.4 Proceso de Atención Odontológica**

El proceso de atención odontológica es uno de los más importantes dentro de la operación de la empresa debido a que es el que agrega mayor valor al cliente.

Las actividades inician desde la valoración inicial donde se diagnóstica el estado general del cliente, seguido de la valoración especializada la cual es requerida de acuerdo a las necesidades de cada cliente, este conjunto de evaluaciones dan como resultado el plan de tratamiento y se procede a realizar los procedimientos odontológicos requeridos.

También se tienen actividades que están implícitas en la prestación del servicio como lo son la preparación de material y alistamiento de instrumental según las necesidades de cada procedimiento, así mismo la esterilización del instrumental utilizado y el cumplimiento de las normas de bioseguridad.

Por último la auditoría de historias clínicas hace parte de este proceso ya que permite el seguimiento y evaluación de los tratamientos realizados.

### **5.6.5 Proceso de Mercadeo y Ventas**

El proceso de mercadeo y ventas comprende las actividades de promocionar, vender y ofrecer los servicios de la clínica. Está dividido en dos secciones el mercadeo interno y el mercadeo externo.

El mercadeo interno está conformado por los auxiliares de mercadeo quienes se encargan de atender telefónicamente a los cliente brindando información acorde a sus necesidades, realizar llamadas con el fin de asignar citas para continuar o iniciar un tratamiento, mantener las agendas de los odontólogos ocupadas con citas programadas y confirmar esas agendas para garantizar un alto porcentaje de asistencia.

El mercadeo externo esta a cargo de los asesores de comerciales quienes realizan visitas empresariales con el objetivo de lograr convenios y atraer nuevos clientes.

El responsable de este proceso es el Director Comercial, quien dirigirá el grupo de mercadeo interno y externo y realizará la planeación, ejecución y seguimiento de estrategias de mercadeo y publicidad.

### **5.6.6 Proceso de Gestión Humana**

El proceso de gestión humana encierra las actividades relacionadas con el manejo del talento humano de la empresa, orientadas hacia la satisfacción de necesidades de personal competente para la organización.

Este proceso está a cargo de establecer y ajustar la estructura organizacional, definir el organigrama, las funciones de cada cargo y determinar las competencias según los requerimientos de la empresa para cada uno de ellos (educación, experiencia y habilidades).

A partir de estos parámetros realizar la selección del personal adecuado, la identificación de necesidades de capacitación, elaboración e implementación del plan de formación y la evaluación del personal.

El responsable de este proceso es el Director Administrativo.

#### **5.6.7 Proceso de Contabilidad y Archivo**

El proceso de Contabilidad y Archivo como su nombre lo indica reúne las actividades del área contable y del área de archivo.

El área de contabilidad comprende las actividades relacionadas con mantener actualizada la información contable de la empresa, presentando informes internos exigidos por la empresa y externos exigidos por los entes del estado. Entre las actividades internas se encuentra el actualizar la información en el software contable, realizar los soportes de los movimientos generados, elaborar estados financieros, programar los pagos para las fechas establecidas a los proveedores y hacer seguimiento a los clientes para el cobro de cartera.

El área de archivo abarca las actividades relacionadas con mantener el orden y control del archivo de historias clínicas y el archivo general. Incluye la recepción, distribución y archivo de historias clínicas.

Este proceso también incluye la auditoría de cuentas que consiste en la revisión de la cuentas por cobrar presentadas por los odontólogos.

Debido a que se presenta mayor enfoque hacia el área contable, por ser un área muy importante para la operación de la empresa, se definió como responsable de este proceso al Auxiliar contable.

#### **5.6.8 Proceso de Compras y Mantenimiento**

El proceso de compras y mantenimiento abarca las actividades relacionadas con proveer a la empresa material y suministros necesarios para el cumplimiento de las labores y asegurar el mantenimiento de los equipos.

Para el área de compras se desarrollan actividades como realizar inventario de materiales, compra de materiales según las necesidades, evaluación, selección y reevaluación de proveedores. Para el área de mantenimiento se tiene la planeación y ejecución del mantenimiento de equipos de oficina y equipos clínicos.

El responsable de este proceso es el Asistente Administrativo debido a que es el encargado de supervisar el mantenimiento, aprobar y controlar las ordenes de compra.

#### **5.7 DISEÑO DE INDICADORES DE GESTIÓN**

Los indicadores de gestión de los procesos del sistema de gestión de calidad además de ser un requisito de la norma ISO 9001:2008 son una herramienta que permite realizar seguimiento, evaluación y análisis al desempeño de cada uno de estos. Además se convierten en una fuente de acciones de mejora para la empresa.

En Clinident- Clínica de estética dental se diseñaron indicadores acordes con las necesidades de cada proceso, cada uno de ellos esta a cargo de un responsable

quien tendrá la tarea de realizar su análisis y seguimiento. Para el diseño de los indicadores se procedió a identificar elementos que permitan evaluar el desempeño de cada proceso, esta actividad se realizó con la colaboración de los responsables de cada uno de ellos. Se obtuvieron algunos datos que merecían ser controlados y analizados para lograr una evaluación de su funcionamiento.

El coordinador de apoyo diseñó indicadores teniendo en cuenta la información anterior y su utilidad para cada proceso. A continuación se dan a conocer los indicadores definidos los cuales fueron aprobados por cada uno de los responsables de cada proceso:

### INDICADORES DE GESTIÓN

PROCESO	NOMBRE INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FÓRMULA DE CÁLCULO	META	FRECUENCIA DE ANÁLISIS	RESPONSABLE
Atención al cliente	Atención	% de clientes encuestados que opinan que la atención es buena	$(\# \text{ de cliente que opinan que la atención es buena} / \# \text{ total de clientes encuestados}) * 100$	NA	Mensual	Coordinador Clínico
		% de clientes encuestados que opinan que la atención es regular	$(\# \text{ de cliente que opinan que la atención es regular} / \# \text{ total de clientes encuestados}) * 100$	NA		
		% de clientes encuestados que opinan que la atención es mala	$(\# \text{ de cliente que opinan que la atención es mala} / \# \text{ total de clientes encuestados}) * 100$	NA		
	% Clientes que entendieron la explicación del tratamiento	% de clientes encuestados que entendieron la explicación del tratamiento que se les va a realizar	$(\# \text{ de clientes que entendieron la explicación del tratamiento} / \# \text{ total de clientes encuestados}) * 100$	NA	Mensual	Coordinador Clínico
	% Clientes que fueron atendidos a la hora de la cita	% de clientes encuestados que fueron atendidos a la hora de la cita	$(\# \text{ de clientes que fueron atendidos a la hora de la cita} / \# \text{ total de clientes encuestados}) * 100$	NA	Mensual	Coordinador Clínico

	Recepción	% de clientes encuestados que la recepción es buena	(# de cliente que opinan que la recepción es buena / # total de clientes encuestados) * 100	NA	Mensual	Coordinador Clínico
		% de clientes encuestados que opinan que la recepción es regular	(# de cliente que opinan que la recepción es regular / # total de clientes encuestados) * 100	NA		
		% de clientes encuestados que opinan que la recepción es mala	(# de cliente que opinan que la recepción es mala / # total de clientes encuestados) * 100	NA		
Atención Odontológica	Pacientes iniciados	% de iniciados	(# de pacientes iniciados/ # de pacientes valorados) * 100	75%	Mensual	Coordinador Clínico
	Odontólogos	% de clientes encuestados que opinan que los odontólogos son buenos	(# de clientes que opinan que los odontólogos son buenos / # total de clientes encuestados) * 100	NA	Mensual	Coordinador Clínico
		% de clientes encuestados que opinan que los odontólogos son regulares	(# de clientes que opinan que los odontólogos son regulares / # total de clientes encuestados) * 100	NA		
		% de clientes encuestados que opinan que los odontólogos son malos	(# de clientes que opinan que los odontólogos son malos / # total de clientes encuestados) * 100	NA		
	% Clientes satisfechos	% de clientes encuestados que opinan que se encuentran satisfechos con clinident	(# de clientes que se encuentran satisfechos con clinident / # total de clientes encuestados) * 100	NA	Mensual	Coordinador Clínico
	Capacidad utilizada	% de Capacidad utilizada de la instalada	( Numero de horas utilizadas/ Numero de horas instaladas) *100	80%	Diaria	Coordinador Clínico
	Bioseguridad	Cumplimiento de los estándares de bioseguridad	% de cumplimiento respecto a la evaluación Estándares de Bioseguridad	90%	Mensual	Coordinador Clínico
	Odontólogos de todas las especialidades	Odontólogos de todas las especialidades	Se cuenta con doctores y especialistas en todas las ramas de la odontología?	SI	Bimensual	Coordinador Clínico
	Proporción de reporte de garantías	% de eventos reportes de garantía	(Numero de reporte de garantía gestionados/ Numero de reportes de garantía)*100	100%	Mensual	Coordinador Clínico

<b>Compras y Mantenimiento</b>	Cumplimiento de presupuesto para compras	% de Monto utilizado para compras de material del presupuesto asignado	(Monto utilizado para compras / Monto asignado por presupuesto)*100	100%	Mensual	Auxiliar de compras
	Reevaluación proveedores	Proveedores reevaluados con puntaje mayor a 3.0	(No. de proveedores reevaluados que superan puntaje de 3.0 / No. de proveedores totales)* 100%	95%	Anual	Asistente Administrativo
<b>Contabilidad y Archivo</b>	Entrega de estados financieros	SI / NO	Cumplimiento en la entrega de informes financieros del mes anterior en los cinco primeros días hábiles del mes	SI	Mensual	Auxiliar Contable
<b>Mejora y Calidad</b>	Acciones Correctivas cumplidas	% de acciones correctivas cumplidas	(Acciones Correctivas cerradas / Total de acciones correctivas propuestas) *100	100%	Semestral	Coordinador de apoyo
	Acciones Preventivas cumplidas	% de acciones preventivas cumplidas	(Acciones Preventivas cerradas / Total de acciones Preventivas propuestas) *100	100%	Semestral	Coordinador de apoyo
	Avance de implementación del S.G.C	% de avance de implementación del S.G.C	Tabla de avance de Clinident	100%	Semestral	Coordinador de apoyo
<b>Gestión Gerencial</b>	Costos	% de Costos	(Costos totales/ Ingresos generados)*100	NA	Mensual	Gerente
	Gastos	% de Gastos	(Gastos totales/ Ingresos generados)*100	NA	Mensual	Gerente
	Utilidad	% de Utilidad	(Utilidad Neta/ Ingresos generados)*100	15%	Mensual	Gerente
	Satisfacción del cliente	% de satisfacción del cliente	Promedio mensual de encuestas de satisfacción del cliente ("su opinión es importante")	NA	Mensual	Gerente
<b>Gestión Humana</b>	Incapacidades	Numero de días de Incapacidades	Suma de numero de días por incapacidades	NA	Mensual	Director Administrativo
	Rotación	Numero de empleados que ingresan , No de empleados que salen y promedio de empleados	((Numero de empleados que ingresan + Numero de empleados que salen)/ 2)/ Promedio de empleados *100	NA	Mensual	Director Administrativo
	Cumplimiento plan de capacitación y formación	Numero de capacitaciones realizadas	Numero de capacitaciones realizadas	NA	Mensual	Director Administrativo
	Permisos	Numero de permisos por personas al mes	Numero de permisos autorizados / total de personal	NA	Mensual	Director Administrativo

<b>Mercadeo y Ventas</b>	Mercadeo diario	# de llamadas realizadas	Suma de numero de llamadas realizadas	80	Diaria	Director Comercial o Administrativo
		# de citas programadas	Suma del numero de citas programadas	30	Diaria	Director Comercial o Administrativo
	Citas mercadeo para el día	% de citas dadas por mercadeo para el día	(# de pacientes citados por mercadeo/ # de pacientes citados) * 100	40%	Diaria	Director Comercial o Administrativo
		% de asistencia de citas dadas por mercadeo para el día	(# de pacientes atendidos de citas por mercadeo/ # de pacientes atendidos) * 100	50%	Diaria	Director Comercial o Administrativo
	Asistencia Diaria	Numero de pacientes citados	Suma de numero de pacientes citados	170	Diaria	Director Comercial o Administrativo
		Numero de pacientes atendidos	Suma de numero de pacientes atendidos	150	Diaria	Director Comercial o Administrativo
		% de pacientes que asistieron	(No. De pacientes que asistieron / No. De pacientes citados) * 100	85%	Diaria	Director Comercial o Administrativo
		% de pacientes cancelados	(No. De pacientes que cancelaron / No. De pacientes citados) * 100	5%	Diaria	Director Comercial o Administrativo
		% de pacientes que no asistieron	(No. De pacientes que no asistieron / No. De pacientes citados) * 100	10%	Diaria	Director Comercial o Administrativo
	Facturación Odontólogos	Valor de los procedimientos realizados en odontología general	Suma del valor de los procedimientos realizados en odontología general	\$100.000 por hora	Diaria	Director Comercial o Administrativo
		Valor de los procedimientos realizados en ortodoncia	Suma del valor de los procedimientos realizados en ortodoncia	\$200.000 por hora	Diaria	Director Comercial o Administrativo
		Valor de los procedimientos realizados en periodoncia	Suma del valor de los procedimientos realizados en periodoncia	\$ 1.000.000	Diaria	Director Comercial o Administrativo
	Pacientes iniciados	% de iniciados	(# de pacientes iniciados/ # de pacientes valorados) * 100	75%	Mensual	Director Comercial o Administrativo
	Implantes realizados	# de implantes realizados	Suma de los implantes realizados	40	Mensual	Director Comercial o Administrativo
	Convenios nuevos	Numero de convenios acordados en el mes	Suma de numero de convenios nuevos logrados en el mes	NA	Mensual	Director Comercial o Administrativo

	Pacientes nuevos área comercial	Numero de valoraciones o pacientes nuevos por parte del área comercial	Suma de numero de valoraciones que ingresaron por parte del área comercial	NA	Mensual	Director Comercial o Administrativo
		Numero de valoraciones o pacientes nuevos que iniciaron tratamiento remitidos por el área comercial	Suma de números valoraciones iniciados remitidos por el área comercial	NA	Mensual	Director Comercial o Administrativo
	Ingresos	Ingresos generados	Suma de ingresos generados	NA	Mensual	Director Comercial o Administrativo

**Tabla No. 6 Indicadores de Gestión**

**Fuente: Autor**

## **6. SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN**

La capacitación y sensibilización de personal sobre el sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2008 se realizó con el fin de de comunicar a todas las personas que hacen parte de la organización la importancia de su labor en cada uno de los procesos de la empresa y su efecto en la calidad de la prestación del servicio. Las capacitaciones están basadas en temas como la calidad, motivación del personal, satisfacción del cliente y los beneficios de la implementación del sistema de gestión de calidad en la empresa.

Con la sensibilización del personal se busca disminuir la tensión en él, generada durante el desarrollo del proyecto y comprometerla, crear conciencia del avance que se logra con la implementación del sistema.

La sensibilización estuvo a cargo del consultor externo contratado por la empresa y el coordinador de apoyo (Autor del proyecto). Las capacitaciones se realizan en las instalaciones de la empresa enfocadas en los temas que abarcan la calidad de una organización.

### **6.1. METODOLOGÍA DE CAPACITACIÓN**

Las capacitaciones se realizan al mismo tiempo que se ejecutan las actividades de implementación del sistema de gestión de calidad, donde se contó con la participación de todo el personal de la empresa.

El proceso de sensibilización inicia con una reunión donde participaron los cargos directivos y jefes de área, en la que se dio a conocer el proyecto iniciado por la empresa, la importancia del sistema de gestión de calidad, el compromiso y la

participación que van adquirir con las actividades establecidas para la implementación, mantenimiento y mejoramiento del sistema.

Igualmente se realizó una primera reunión con los cargos operativos, donde se elaboró una presentación y se expusieron temas como: misión, visión, política de calidad, objetivos de calidad, definición de calidad, beneficios y principios del sistema de gestión de calidad y normas ISO.

Después de tener las bases del sistema de gestión de calidad se desarrolló una reunión en la que se instruyó temas como control de documentos y control de registros.

Para las etapas de elaboración e implementación de manuales, procedimientos, guías, protocolos y demás documentos, se realizó reuniones grupales o individuales según lo requerido.

Igualmente se efectuó actividades de capacitación a lo largo del desarrollo de las diferentes etapas de diseño, documentación, implementación y evaluación del sistema de gestión de calidad

A parte de las capacitaciones realizadas, se elaboraron plegables que se entregaron y expusieron en cartelera al personal de la empresa. Con el motivo de mantener un personal competente y comprometido se diseñó un plan de capacitación y formación basado en los perfiles y necesidades de los cargos y de la empresa (Anexo 1).

## 6.2. CAPACITACIONES REALIZADAS

A continuación se muestra las capacitaciones realizadas en el proceso de sensibilización de los diferentes temas del sistema de gestión de calidad:

TEMA	RESPONSABLE	OBJETIVOS	DURACION	ASISTENTES
Conceptos Básicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asesor de Calidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fundamentos de Calidad</li> <li>Sistemas de gestión de Calidad</li> <li>Normatividad ISO 9001:2008</li> </ul>	1 hora	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gerente</li> <li>Director Clínico</li> <li>Director Administrativo</li> <li>Coordinador Clínico</li> <li>Auditor Clínico</li> <li>Coordinador de Apoyo</li> </ul>
Conceptos Básicos y planificación del S.G.C.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asesor de Calidad</li> <li>Coordinador de Apoyo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fundamentos de Calidad</li> <li>Beneficios y principios del S.G.C.</li> <li>Misión, Visión, Política de Calidad</li> <li>Objetivos de Calidad</li> <li>Mapa de procesos</li> <li>Organigrama</li> </ul>	1 hora y 30 minutos	Todo el personal

Manual de Funciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinador de Apoyo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrega, explicación y socialización del manual de funciones por cargo</li> </ul>	30 minutos por cargo	Todo el personal
Guías y protocolos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinador de Apoyo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrega, explicación y socialización de las guías por áreas y de los protocolos clínicos.</li> </ul>	30 minutos por área	Todo el personal
Procedimientos obligatorios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesor de Calidad</li> <li>• Coordinador de Apoyo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de documentos</li> <li>• Control de registros</li> <li>• Servicio no conforme</li> <li>• Acciones preventivas y correctivas</li> <li>• Quejas y reclamos de los clientes</li> </ul>	1 hora	Todo el personal

<p>Formación de Auditores</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesor de Calidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitar al personal como auditores internos del sistema de gestión de calidad.</li> </ul>	<p>10 horas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinador Clínico</li> <li>• Coordinador de Apoyo</li> <li>• Asistente Administrativo</li> <li>• Auxiliar Administrativo</li> </ul>
-------------------------------	---	--	-----------------	--

**Tabla 7. Capacitaciones**

**Fuente: Autor**

## **7. DOCUMENTACIÓN**

Para soportar el funcionamiento del sistema de gestión de calidad es importante diseñar la documentación acorde a las necesidades de la empresa y requisitos de la norma ISO 9001:2008.

La documentación del sistema es desarrollada por el Coordinador de Apoyo (Autor del proyecto), con aportes realizados por los responsables de los procesos y el personal relacionado directamente con el documento a realizar.

Una vez elaborado, revisado y aprobado el documento se realiza la distribución y difusión para su implementación.

### **7.1. ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS**

Antes de iniciar la etapa de documentación fue necesario diseñar una metodología para la elaboración y control de documentos, con el fin de dar cumplimiento al numeral 4.2.3. (Control de documentos) de la norma ISO 9001:2008.

En Clinident-Clínica de estética dental se desarrolló el procedimiento elaboración y control de documentos, en el cual está definido todos los pasos para elaborar un documento a incluir dentro del sistema de gestión de calidad, así mismo define los elementos necesarios para su control.

El procedimiento elaboración y control de documentos (Anexo 2), define en forma general lo siguiente:

- Descripción de las actividades a seguir para la elaboración de un documento

- El responsable de la elaboración, revisión y aprobación de los documentos para su posterior utilización.
- Un sistema de codificación de la documentación, que esta ligada al tipo de documento a realizar.
- Un sistema de control de cambios en los documentos, el cual proporciona el número de versión del documento y la fecha en la que esta se realizó.
- Pautas para realizar el encabezado de los documentos.
- Establecimiento de un mecanismo de control de los documentos, con la utilización del Listado Maestro de Documentos (FO-001) que establece el código, el nombre, la ubicación y versión actual de las copias controladas existentes en la organización (Anexo 3).

Así mismo en este procedimiento se define la estructura de la documentación:

**NIVEL I:** Política de Calidad, Objetivos y Manuales del Sistema de Gestión de la Calidad.

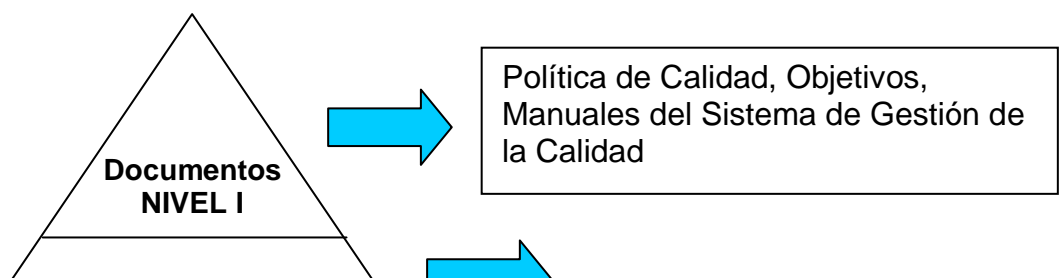
Definen los lineamientos para el desarrollo de las actividades de CLINIDENT-Clínica de Estética Dental, que inciden sobre el desempeño en calidad, haciendo referencia a la estructura organizacional, los procesos y procedimientos.

**NIVEL II:** Procedimientos y guías

Estandarizan la ejecución de un proceso o tarea. Los procedimientos y las guías están diseñados para fines operativos o de aseguramiento.

**NIVEL III:** Registros

Dan la evidencia de actividades desempeñadas o los resultados obtenidos.



Procedimientos y Guías

Formatos, Registros

**Figura 5. Estructura documental de Clinident**

**Fuente: Autor-Tutor**

**7.2. CONTROL DE REGISTROS**

El procedimiento de control de registro da cumplimiento a un requisito de la norma (Numeral 4.2.4.), cuando un formato se desarrolla se sigue las pautas del procedimiento de elaboración y control de documentos, pero al utilizarlo y diligenciarlo, debe cumplir con las condiciones necesarias de los registros para un sistema de gestión de calidad.

En el procedimiento de control de registros (Anexo 4) se utiliza el formato control de registros (FO-003) donde se registra el código, nombre, responsable, almacenamiento (electrónico o físico), recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros.

### **7.3. DESARROLLO DE LA DOCUMENTACIÓN**

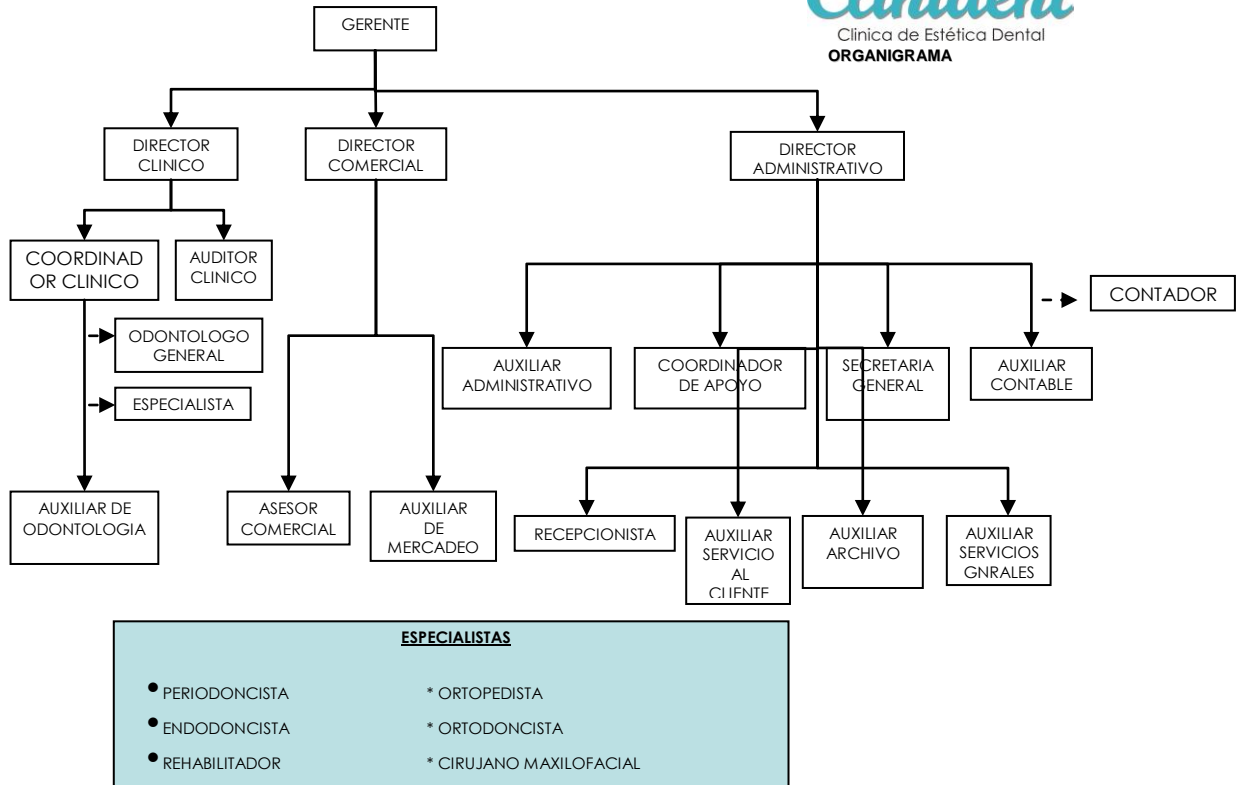
Teniendo en cuenta los dos procedimientos definidos anteriormente, se inicia la elaboración de la documentación que da soporte al sistema de gestión de calidad.

#### **7.3.1. Manual de calidad**

El manual de calidad (Anexo 5) es documentado por el Coordinador de apoyo, teniendo como base la información de la empresa, la política y objetivos de calidad, el mapa de procesos, caracterizaciones, alcance y exclusiones definidos para el sistema de gestión de calidad de Clinident -Clínica de estética dental .

#### **7.3.2. Manual de funciones**

El manual de funciones describe funciones y perfiles requeridos para cada cargo, esta información se recopiló por medio de un cuestionario y entrevistas personales. Antes de iniciar con esta actividad fue necesario revisar el organigrama de la empresa, con ayuda del Director Administrativo, Gerente, Coordinador Clínico y Coordinador de apoyo se realizó la verificación y algunas modificaciones de acuerdo a las necesidades y la organización actual de la empresa, quedando el organigrama de la siguiente forma:



**Figura 5. Organigrama**

**Fuente: Autor**

Con el organigrama definido, se dio inicio a desarrollar la actividad de recolección de información, el objetivo de esta actividad es que cada empleado describa las funciones principales y secundarias que realiza, teniendo estos datos se compararon cargos similares, logrando describir las funciones generales que desarrollan actualmente y las funciones que se querían implementar por la gerencia. Los perfiles de cada puesto de trabajo son definidos por el Director Administrativo teniendo en cuenta que los empleados actuales cumplan con estos requisitos. Con las funciones y perfiles definidos se inició la creación del manual de funciones y responsabilidades, el formato que se utilizó contiene la siguiente información para cada uno de los cargos que hacen parte del organigrama:

- Identificación del cargo
- Sección
- Cargo del jefe inmediato
- Misión del cargo
- Descripción de funciones
- Requisitos del cargo
  - ✓ Educación
  - ✓ Experiencia
  - ✓ Formación
  - ✓ Habilidades
  - ✓ Equivalencia
- Condiciones de trabajo
  - ✓ Ambientales
  - ✓ Riesgos

Dentro del manual de funciones y responsabilidades de Clinident-Clinica de Estética Dental encontramos los siguientes cargos, y anexando como ejemplo el manual de funciones para el Director Administrativo MF-002 (Anexo 6):

<b>CÓDIGO</b>	<b>MANUAL DE FUNCIONES</b>	<b>PROCESO</b>
MF-001	Manual de funciones Gerente	Gestión Gerencial
MF-002	Manual de funciones Director Administrativo	Gestión Humana / Mercadeo y Ventas/ Contabilidad y Archivo / Compras y Mantenimiento / Mejora y Calidad
MF-003	Manual de funciones Director Clínico	Atención Odontológica
MF-004	Manual de funciones Coordinador Clínico	Atención Odontológica
MF-005	Manual de funciones Auditor Clínico	Atención Odontológica
MF-006	Manual de funciones coordinado de apoyo	Mejora y Calidad
MF-007	Manual de funciones Director Comercial	Mercadeo y Ventas
MF-010	Manual de funciones Auxiliar de Archivo	Contabilidad y Archivo

MF-011	Manual de funciones Auxiliar de Servicio al Cliente	Atención al Cliente
MF-012	Manual de funciones Auxiliar de Mercadeo	Mercadeo y Ventas
MF-013	Manual de funciones Recepcionista	Atención al Cliente
MF-014	Manual de funciones Auxiliar Contable	Contabilidad y Archivo
MF-015	Manual de funciones Asesor Comercial	Mercadeo y Ventas
MF-016	Manual de funciones Auxiliar de Odontología	Atención Odontológica
MF-017	Manual de funciones Secretaria General	Gestión Humana / Compras y Mantenimiento / Gestión Gerencial
MF-018	Manual de funciones Auxiliar Administrativo	Compras y Mantenimiento / Contabilidad y Archivo
MF-019	Manual de funciones Auxiliar Servicio Generales	Compras y Mantenimiento

**Tabla 7. Manuales de Funciones del Sistema de Gestión de Calidad.**

**Fuente: Autor**

### **7.3.3. Caracterizaciones de los procesos**

Las caracterizaciones representan las principales actividades de cada proceso así como la interacción entre cada uno de ellos. Las caracterizaciones son elaboradas por el responsable de cada proceso con ayuda del coordinador de apoyo y se desarrollo teniendo en cuenta la siguiente información:

- Responsable del proceso
- Objetivo del proceso
- Alcance del proceso
- Proceso – proveedor del proceso
- Entradas del proceso
- Actividades del proceso
- Responsable de la actividad
- Salidas del proceso
- Documentos y registros relacionados con cada una de las actividades

- Proceso- cliente
- Indicadores de gestión
- Requisito de la norma ISO 9001:2008 que cumple el proceso

Entre las caracterizaciones construidas (Anexo 7) encontramos los siguientes:

<b>CÓDIGO</b>	<b>CARACTERIZACIONES</b>	<b>PROCESO</b>
CR-001	Caracterización proceso mejora y calidad	Mejora y Calidad
CR-002	Caracterización proceso gestión gerencial	Gestión Gerencial
CR-003	Caracterización proceso gestión humana	Gestión Humana
CR-004	Caracterización proceso Atención al cliente	Atención al Cliente
CR-005	Caracterización proceso compras y mantenimiento	Compras y Mantenimiento
CR-006	Caracterización proceso contabilidad y archivo	Contabilidad y Archivo
CR-007	Caracterización proceso atención odontológica	Atención Odontológica
CR-008	Caracterización proceso mercadeo y ventas	Mercadeo y Ventas

**Tabla 8. Caracterizaciones que hacen parte del Sistema de Gestión de Calidad**

**Fuente: Autor**

#### **7.3.4. Procedimientos**

Los procedimientos se diseñaron con el fin de dar cumplimiento a los requisitos de la norma ISO 9001:2008 con respecto a los lineamientos obligatorios, se realizó la definición y secuencia de las actividades a seguir para cada uno de ellos. Se estableció solo seis documentos (Anexo 2, 4, 8, 9, 10 y 11) para el sistema de gestión de calidad de la empresa y son los siguientes:

<b>CÓDIGO</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>PROCESO</b>
PR-001	Elaboración y control de documentos	Mejora y Calidad
PR-002	Control de registros	Mejora y Calidad
PR-003	Acciones correctivas y preventivas	Todos los procesos
PR-004	Auditoria interna	Mejora y Calidad
PR-005	Control del servicio no conforme	Atención al Cliente / Atención Odontológica
PR-006	Revisión por la dirección	Gestión Gerencial

**Tabla 9. Procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad**

**Fuente: Autor**

### 7.3.5. Guías

Las guías son desarrollados con el objetivo de que todos los empleados de la empresa estandaricen las actividades que realizan. Se elaboran con la colaboración de las personas involucradas en la guía a diseñar.

Las guías proporcionan una descripción más detallada y específica de la realización de las actividades dentro de un proceso.

Para el sistema de gestión de calidad se elaboraron las guías que se mencionan a continuación, se anexa como ejemplo la guía de selección y vinculación de personal GU-018 (Anexo 12).

<b>CÓDIGO</b>	<b>GUIA</b>	<b>PROCESO</b>
GU-001	Preservación de materiales	Compras y Mantenimiento
GU-002	Atención personalizada del usuario por primera vez	Atención al Cliente
GU-003	Atención personalizada usuario programado	Atención al Cliente
GU-004	Usuario para atención oportuna de urgencia	Atención al Cliente
GU-005	Programación próxima cita	Atención al Cliente
GU-006	Retiro de estudios	Atención al Cliente

GU-007	Cuadre de Caja Principal	Atención al Cliente
GU-008	Cuadre de Caja	Atención al Cliente
GU-009	Atención telefónica del usuario	Atención al Cliente / Mercadeo y Ventas
GU-010	Confirmación Consulta General	Mercadeo y Ventas
GU-011	Confirmación Consulta Ortodoncia	Mercadeo y Ventas
GU-012	Confirmación Consulta Rehabilitación	Mercadeo y Ventas
GU-013	Llamada Telefónica diaria	Mercadeo y Ventas
GU-014	Evolución listado de odontólogo	Mercadeo y Ventas
GU-015	Cotización	Atención al Cliente
GU-016	Cumplimiento Programación	Atención al Cliente
GU-017	Fotografía	Atención al Cliente
GU-018	Selección y vinculación de personal	Gestión Humana
GU-019	Propiedad del cliente	Atención Odontológica
GU-021	Suspensión Disciplinaria	Gestión Humana
GU-022	Terminación Unilateral	Gestión Humana
GU-023	Nomina de Personal	Gestión Humana
GU-024	Capacitación	Gestión Humana
GU-025	Recepción, distribución y archivo de historias clínicas	Contabilidad y Archivo
GU-026	Quejas y reclamos	Atención al cliente / Atención Odontológica / Mercadeo y Ventas
GU-027	Recepción, distribución y archivo de historias laborales	Gestión Humana
GU-028	Recaudo Corriente	Contabilidad y Archivo
GU-029	Recaudo Cartera	Contabilidad y Archivo
GU-030	Cuentas por pagar	Contabilidad y Archivo
GU-031	Caja Menor	Contabilidad y Archivo
GU-032	Compra a proveedores	Compras y Mantenimiento
GU-033	Arqueo de caja	Contabilidad y Archivo
GU-034	Arqueo de caja menor	Contabilidad y Archivo
GU-035	Evaluación, selección y reevaluación de proveedores	Compras y Mantenimiento
GU-036	Contratación de Odontólogos	Gestión Humana

**Tabla 10. Guías del sistema de gestión de calidad**

**Fuente: Autor**

### 7.3.6. Protocolos

Los protocolos se elaboran para el área clínica es decir para el proceso de atención odontológica, con ellos se busca establecer las pautas para realizar cada uno de los procedimientos odontológicos que se ofrecen en la empresa. Estos documentos son desarrollados por el coordinador de apoyo con la colaboración de los especialistas según el protocolo a realizar y contando con la revisión y aprobación del director clínico, siguiendo los lineamientos del procedimiento de elaboración y control de documentos (PR -001).

Teniendo en cuenta que Clinident- Clínica de estética dental ofrece servicios en todas las ramas de la odontología se elaboran protocolos de los procedimientos clínicos más importantes, a continuación se mencionan los realizados y anexando como ejemplo el de valoración de odontología general PT-002 (Anexo 13):

CÓDIGO	PROTOCOLO	PROCESO
PT-001	Tratamiento Ortodoncia	Atención Odontológica
PT-002	Valoración de Odontología General	Atención Odontológica
PT-003	Elaboración y diligenciamiento de la historia clínica	Atención Odontológica
PT-006	Núcleos Rehabilitación	Atención Odontológica
PT-007	Prótesis Removible	Atención Odontológica
PT-008	Prótesis Total	Atención Odontológica
PT-009	Prótesis Fija	Atención Odontológica
PT-010	Manejo de laboratorios	Atención Odontológica
PT-011	Fase Higiénica	Atención Odontológica
PT-012	Operatoria dientes anteriores y posteriores	Atención Odontológica
PT-013	Resina estética	Atención Odontológica
PT-014	Blanqueamiento	Atención Odontológica
PT-015	Endodoncia uní, bi y multirradicular	Atención Odontológica
PT-016	Retratamiento uní, bi y multirradicular	Atención Odontológica
PT-017	Márgenes	Atención Odontológica

PT-018	Exodoncia Simple	Atención Odontológica
PT-020	Tratamiento Ortopedia	Atención Odontológica

**Tabla 11. Protocolos del sistema de gestión de calidad**

**Fuente: Autor**

### 7.3.7. Formatos

Los formatos son elaborados con el objetivo de registrar evidencia de cada una de las actividades realizadas en la organización, algunos formatos que ya existían están modificados de acuerdo al procedimiento elaboración y control de documentos (PR-001), otros están diseñados con el fin de dar cumplimiento a algunos numerales de la norma ISO 9001: 2008 que requerían de ellos. Son documentados por el coordinador de apoyo con la colaboración de las personas que involucraban el formato a diseñar.

Los siguientes formatos hacen parte del sistema de gestión de calidad de la empresa:

CÓDIGO	FORMATO	PROCESO
FO-001	Listado maestro de documentos	Mejora y Calidad
FO-002	Listado maestro de documentos externos	Mejora y Calidad
FO-003	Control de Registros	Mejora y Calidad
FO-004	Plan de auditoria	Mejora y Calidad
FO-005	Lista de Verificación de Auditoria	Mejora y Calidad
FO-006	Programa de Auditorias	Mejora y Calidad
FO-007	Reporte de Auditorias	Mejora y Calidad
FO-008	Acciones de mejora	Todos los procesos
FO-009	Reporte de garantía	Atención Odontológica
FO-010	Registro Inicial de Pacientes	Atención al Cliente
FO-011	Valoración	Atención al Cliente / Atención Odontológica
FO-012	Cotización	Atención al Cliente

FO-013	Medición de Indicadores	Todos los procesos
FO-014	Retiro Voluntario del tratamiento de ortodoncia	Atención al Cliente / Atención Odontológica
FO-015	Pedido de Aditamentos e Implantes	Atención Odontológica / Compras y Mantenimiento
FO-016	Historia Clínica Odontológica	Atención al Cliente / Atención Odontológica / Mercadeo y Ventas / Contabilidad y Archivo
FO-017	Estado de Cuenta	Atención al Cliente / Atención Odontológica / Contabilidad y Archivo
FO-018	Estado de Cuenta Ortodoncia	Atención al Cliente / Atención Odontológica / Contabilidad y Archivo
FO-019	Entrega de Aditamentos e Implantes	Atención Odontológica
FO-020	Su opinión es muy importante	Atención al cliente / Mejora y Calidad
FO-024	Planilla Mercadeo Diario	Mercadeo y Ventas
FO-026	Calificación hojas de vida	Gestión Humana
FO-029	Carta de afiliación voluntaria	Gestión Humana
FO-030	Autorización consignación	Gestión Humana
FO-031	Registro de Vacaciones	Gestión Humana
FO-032	Registro de Libranzas	Gestión Humana
FO-033	Registro de Licencias	Gestión Humana
FO-034	Registro de Permisos	Gestión Humana
FO-035	Registro de Incapacidades	Gestión Humana
FO-036	Registro de ingresos y retiros de personal	Gestión Humana
FO-037	Horas extras	Gestión Humana
FO-038	Control de Registro entrada de personal	Gestión Humana
FO-039	Control de Registro salida de personal	Gestión Humana
FO-040	Nomina	Gestión Humana
FO-042	Hoja de Control	Gestión Humana
FO-045	Orden de compra	Compras y Mantenimiento
FO-046	Planilla de Arqueo de caja	Contabilidad y Archivo / Atención al Cliente
FO-053	Tarea	Atención al Cliente / Atención Odontológica/ Mercadeo y Ventas

FO-054	Planilla de inconformidades de pacientes	Atención al Cliente / Atención Odontológica/ Mercadeo y Ventas
FO-055	Consentimiento de Ortodoncia	Atención al Cliente / Atención Odontológica
FO-056	Historia Clínica de Ortodoncia	Atención al Cliente / Atención Odontológica
FO-057	Programación de capacitación y formación	Gestión Humana
FO-058	Listado de asistencia	Gestión Humana
FO-059	Orden de laboratorio	Atención Odontológica / Mercadeo y Ventas
FO-060	Inscripción proveedores	Compras y Mantenimiento
FO-061	Evaluación de proveedores	Compras y Mantenimiento
FO-062	Listado de proveedores	Compras y Mantenimiento
FO-063	Reevaluación de proveedores	Compras y Mantenimiento
FO-064	Auditoria de historias clínicas de rehabilitación	Atención Odontológica
FO-065	Auditoria de historias clínicas de ortodoncia y ortopedia	Atención Odontológica
FO-066	Auditoria de historias clínicas de odontología general	Atención Odontológica
FO-067	Auditoria de historias clínicas de cirugía y endodoncia	Atención Odontológica
FO-068	Auditoria de historias clínicas de periodoncia	Atención Odontológica
FO-069	Historial de Mantenimiento	Compras y Mantenimiento
FO-070	Acta de revisión por la dirección	Gestión Gerencial
FO-071	Plan de mantenimiento	Compras y Mantenimiento
FO-072	Custodia de Historias Clínicas	Contabilidad y Archivo

**Tabla 12. Formatos del sistema de gestión de calidad**

**Fuente: Autor**

### **7.3.8. Manual de Bioseguridad**

A parte del manual de calidad y de funciones elaborados se diseñó un manual de bioseguridad, con el fin de definir y estandarizar las actividades relacionadas con esta área para la atención odontológica. El manual de bioseguridad es desarrollado por el Coordinador Apoyo soportado por el conocimiento del

Coordinador Clínico y teniendo en cuenta las normas de la secretaria de salud para esta actividad.

### **7.3.9. Plan de Calidad**

El plan de calidad es un documento que se realizó con el objetivo de identificar las actividades que se ejecutan desde que un cliente ingresa a la organización hasta que sale de ella. Para ello se utilizó el documento PC-001 (Anexo 15) donde se identifican y definen los procesos que intervienen, las actividades, el responsable, los documentos que hacen referencia a la actividad a ejecutar, los registros que son diligenciados y utilizados y los recursos necesarios para su desarrollo.

## **8. IMPLEMENTACIÓN**

La elaboración de la documentación se hace paralelamente con la implementación del sistema. Los responsables de ejecutar esta etapa del proyecto fueron el Coordinador de Apoyo (Autor del proyecto) y los responsables de cada proceso.

La implementación consistió en la difusión y aplicación de toda la documentación diseñada en el capítulo anterior.

### **8.1. COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE LAS DIRECTRICES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

Para iniciar la etapa de implementación es necesario que todos los que hacen parte de la organización conozcan los fundamentos del sistema de gestión de calidad. Esta actividad se realiza mediante capacitaciones antes mencionadas donde se explica la importancia del proyecto que la empresa iniciaría, con el objetivo de comprender los cambios planteados y los nuevos elementos a desarrollar dentro de las actividades diarias.

Se da a conocer a todo el personal la política de calidad y los objetivos de ésta, tratando de que comprendan y entiendan de una forma clara la primera, también se socializó el mapa de procesos dentro de la empresa, donde cada miembro de la organización identificó a que proceso pertenecía. Adicionalmente se plantean elementos adicionales como la misión y visión de la empresa.

Junto con estos temas, comunicados y socializados mediante capacitaciones y folletos, se realizó énfasis en otros temas como lo son principios del sistema de gestión de calidad y fundamentos de la normas ISO,

## **8.2. ENTREGA Y SOCIALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN**

A medida que se elaboran los documentos: manuales, procedimientos, guías, protocolos y formatos del sistema de gestión de calidad con el fin de dar cumplimiento a cada uno de los requisitos de la norma ISO 9001:2008, se iba comunicando a cada involucrado dentro de estos documentos para que iniciara su utilización e implementación.

Se entrega a cada responsable de proceso una carpeta con la misión, visión, política de calidad, objetivos de calidad, mapa de procesos, la caracterización, los procedimientos que hacían parte de su proceso y los indicadores de gestión.

En esta etapa se realizan charlas y reuniones con el personal de la empresa, con el fin de socializar la documentación entregada, manejo de formatos diligenciamiento y almacenamiento, teniendo en cuenta que la documentación entregada era modificable de acuerdo a las necesidades que se presentaran.

A cada trabajador se le hizo entrega y explicación del manual de funciones correspondiente, se realizó socialización de las guías por procesos y se dio a conocer los protocolos a los odontólogos que prestan sus servicios a la empresa.

### **8.3. SOCIALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS EXIGIDOS POR LA NORMA ISO 9001:2008**

Los procedimientos obligatorios de la norma ISO 9001:2000, son de vital importancia para el correcto funcionamiento del sistema de gestión de calidad y son de interés común dentro de la empresa, por lo tanto fueron socializados y continuamente recordados en las diferentes capacitaciones con el fin de buscar el conocimiento y aplicación de ellos:

#### **8.3.1. Procedimiento Elaboración y control de documento (PR-001)**

Este procedimiento fue el primero que se desarrolló debido a que con la ejecución de este, se da cumplimiento al numeral 4.2.3. de la norma ISO 9001:2008, así mismo se fue implementando en toda la documentación del sistema de gestión de calidad que sería adaptada y desarrollada.

Se realizó la socialización de este procedimiento enfocándose en los pasos a seguir para elaborar y modificar un documento. Con esta información se fue asignando un código a la documentación que se iba desarrollando o adaptando, se registró un número de versión y fecha de versión para cada uno de ellos, y se realizó la revisión y aprobación.

Con la entrega de los documentos, cuando era necesario realizar un cambio se seguía el procedimiento definido para estos. Como evidencia del control de la documentación en el listado maestro de documentos (Anexo 3) se observa las versiones de todos los documentos que hacen parte del sistema de gestión de calidad.

### **8.3.2. Procedimiento Control de registro (PR-002)**

El procedimiento de control de registros fue comunicado y socializado a toda la organización enfocándose en la importancia que tiene el correcto diligenciamiento para evidenciar las actividades que la empresa realiza. Se explicó que es necesario mantener algunos elementos que exige la norma ISO 9001:2008 en todos los registros como los son la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición los cuales están recopilados en el formato de control de registros (FO-003) (Anexo 14).

Para la implementación de este procedimiento fue necesario averiguar donde se almacenaban cada uno de los formatos diligenciados que se manejan dentro de la organización e identificar con numeración cada archivo y gaveta que guardan registros físicos. Para un registro de almacenamiento electrónico se consultó la carpeta y computador donde se mantenía.

Además de esto se definió el responsable por la custodia de cada registro así como la forma de recuperación, el tiempo de retención y su disposición final.

### **8.3.3. Procedimiento Acciones correctivas y preventivas (PR-003)**

El procedimiento de acciones correctivas y preventivas fue comunicado y socializado mediante una capacitación donde se expuso los conceptos de acción correctiva, acción preventiva, acción de mejora, no conformidad, así como la importancia de estas acciones dentro de la organización ya que ellas evidencia el mejoramiento continuo del sistema de gestión de calidad.

Igualmente se entregaron folletos y se expuso la información en cartelera para que todos los miembros de la empresa recordaran estos conceptos.

Con la socialización realizada el siguiente paso fue crear conciencia en todo el personal de las acciones realizadas, ya que muchas veces las acciones correctivas, preventivas o de mejora se realizan inconscientemente y con la implementación del sistema de gestión de calidad es necesario dejar evidencia de estas, por lo tanto se debe registrar la información en el formato Acciones de mejora FO-008 (Anexo 17), como soporte del análisis realizado a la no conformidad encontrada y la acción a realizar para eliminarla.

Las acciones de mejora eran comunicadas al coordinador de apoyo quien con el responsable de abrir cada acción diligenciaban el respectivo formato. En la siguiente tabla se relacionan las acciones correctivas, preventivas y de mejora desarrolladas hasta el momento de la primera auditoria interna.

<b>Proceso</b>	<b>Número Acciones Correctivas</b>	<b>Número Acciones Preventivas</b>	<b>Número Acciones de Mejora</b>
Atención al Cliente	1	1	1
Atención Odontológica	2	8	0
Gestión Gerencial	0	0	0
Mejora Continua	0	0	0
Contabilidad y Archivo	0	0	1
Gestión Humana	1	0	0
Mercadeo y Ventas	2	0	0
Compras y Mantenimiento	0	0	2
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>4</b>
	<b>19</b>		

**Tabla 13. Acciones correctivas, preventivas y de mejora desarrolladas**

**Fuente: Autor**

#### **8.3.4. Procedimiento Auditoria Interna (PR-004)**

El procedimiento de auditoria interna fue explicado en forma general a todos los miembros de la empresa, donde se resaltó la importancia y los objetivos de realizar una auditoria interna.

La capacitación para las personas que fueron seleccionadas para ser auditor interno fue realizada por el asesor de calidad, el Ingeniero Camilo Arias, la capacitación tuvo una intensidad de 10 horas y a ella asistieron la Dra. Sandra Roa, Coordinadora Clínica; Yolanda Castro, Asistente Administrativo; Alicia Medina, Auxiliar Administrativo; y Laura Beltrán, Coordinador de Apoyo.

En la capacitación se expuso las bases de la norma ISO 9001:2008, se explicaron cada uno de los numerales que hacen parte de la norma, se socializó el procedimiento de auditoria interna PR-004 y los formatos que hacen parte de la auditoria. Teniendo como base esta información se continuó a desarrollar el plan de auditoria y las listas de verificación donde contaron con la orientación del asesor de calidad para elaborarlas. En el siguiente capítulo llamado evaluación del sistema de gestión de calidad, se realizara un mayor énfasis en el procedimiento de auditoria interna.

#### **8.3.5. Procedimiento Control del servicio no conforme (PR-005)**

Para Clinident- Clínica de estética dental, el servicio no conforme hace referencia al servicio que no cumple con las expectativas del cliente. Este servicio no conforme es detectado después de la prestación del servicio, por lo tanto para identificar y controlar el servicio no conforme se desarrollo el formato de reporte de garantía FO-009 (Anexo 16), donde se registra la situación presentada y el plan a seguir para solucionarlo.

La garantía se presenta cuando los objetivos del tratamiento que se realizó un paciente no se cumplieron satisfactoriamente, como por ejemplo las reparaciones de resina anterior o posterior, el fracaso de un implante, una corona que no ajusta a las necesidades del cliente o cualquier otro caso donde el paciente presente una inconformidad real con el tratamiento efectuado.

Para la implementación de este procedimiento se enfocó la sensibilización en las áreas que tienen una relación directa con el cliente, como lo son recepción, servicio al cliente y atención odontológica. Se responsabilizó al coordinador clínico y auditor clínico de identificar y realizar seguimientos a los casos de servicio no conforme, con la colaboración de recepcionistas, auxiliares de servicio al cliente y odontólogos.

En la siguiente tabla se muestra los reportes de auditoria que se presentaron hasta el momento de la primera auditoria interna.

<b>Fecha última Atención</b>	<b>Tratamiento realizado</b>	<b>Reporte</b>	<b>Plan a seguir</b>
Enero 6 de 2009	Resina mesial del 17	Reparación de la resina	Realizar de nuevo como garantía
Noviembre 11 de 2008	Resina estética del 11	Fractura de la resina realizada	Realizar de nuevo la resina estética como garantía por tiempo.
Febrero 2 de 2009	Resina anterior de dos superficies diente 21	La resina realizada no tuvo adhesión	Realizar nuevamente el procedimiento como garantía por tiempo

Septiembre 19 de 2008	Corona en porcelana del 36	Fractura de la corona	Retirar la corona y hablar con el laboratorio que realizo la corona para garantía del mismo y repetir tratamiento
Febrero 4 de 2009	Prótesis total superior	Se soltó el diente 21 de la prótesis, ocasionando acabado interno con burbujas y flancos irregulares	Retirar coronar y hablar con el laboratorio que realizo la prótesis para garantía y repetir el tratamiento al paciente
Enero 22 de 2009	Resina de 3 superficies anteriores	La resina no tuvo adhesión	Repetir resina como garantía por tiempo

**Tabla 14. Servicios no conformes presentados.**

**Fuente: Autor**

Para definir el plan a seguir en cada caso fue necesario definir el tiempo de garantía para cada procedimiento o área.

#### **8.4. SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES Y UTILIZACIÓN DE FORMATOS**

Con la entrega y socialización de la documentación que hace parte del sistema de gestión de la empresa se procedió a verificar que el personal realizara las actividades según lo descrito en los procedimientos, guías, manuales y protocolos. Igualmente se verificó el correcto diligenciamiento y utilización de los formatos.

Fue necesario realizar varias rondas de verificación y explicar nuevamente la necesidad de implementar adecuadamente todos los elementos que hacen parte del sistema de gestión de calidad así como resolver dudas sobre ellos.

#### **8.5. MEDICIÓN DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD Y DE LOS PROCESOS**

En esta etapa se realizó seguimiento y análisis a cada uno de los indicadores establecidos tanto para los objetivos de calidad, como cada uno de los procesos, buscando la generación de mejora continua dentro de la organización. El análisis de los indicadores se registra en el formato FO-013, un ejemplo de esto se muestra en el anexo 21.

## **9. EVALUACIÓN**

Después de haber cumplido con las etapas de diagnóstico, planificación, sensibilización, capacitación, documentación e implementación se procedió a realizar una evaluación del sistema de gestión de calidad de Clinident- Clónica de Estética Dental, teniendo en cuenta los siguientes objetivos:

- Determinar si el sistema de gestión de calidad es conforme con los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2008.
- Determinar si el sistema de gestión de calidad es conforme con las disposiciones planteadas.
- Determinar si el sistema de gestión de calidad se ha implementado eficazmente.

Las evaluaciones realizadas al sistema de gestión de calidad de la empresa, son planteadas por la misma norma ISO 9001:2008, las cuales son revisión por la dirección (numeral 5.6) y la auditoria interna (numeral 8.2.2).

### **9.1 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN**

La revisión por la dirección es el proceso mediante el cual la alta dirección revisa el sistema de gestión de calidad, con el objeto de garantizar la conveniencia, adecuación y eficacia continua.

La revisión gerencial se realizó en una reunión programada por el Coordinador de Apoyo, la cual se llevó a cabo según el procedimiento documentado Revisión por la dirección PR-006 (Anexo 11).

Los asistentes a esta reunión fueron:

- Gerente
- Director Administrativo
- Coordinador Clínico (Representante por la Dirección)
- Coordinador de Apoyo

En la reunión realizada se analizaron cada uno de los aspectos que se mencionan a continuación, estableciendo las decisiones y acciones a tomar para cada uno de ellos.

- Revisión de la vigencia de la política de calidad.
- Revisión de la vigencia de los objetivos de calidad.
- Revisión del indicador del nivel de satisfacción del cliente en los últimos 6 meses.
- Revisión de los resultados de la última auditoria interna realizada y del estado de las acciones correctivas propuestas para el cierre de las no conformidades encontradas.
- Análisis de todos los indicadores de gestión de cada uno de los procesos del sistema de gestión de calidad.
- Revisión del estado de las acciones correctivas y preventivas propuestas fuera de auditorias internas.
- Identificación y análisis de cambios que podrían afectar la integridad del sistema de gestión de calidad.
- Recomendaciones para la mejora.
- Acciones propuestas para la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad.
- Acciones propuestas para la mejora del servicio en relación con los requisitos del cliente.

Los resultados obtenidos están registrados en el acta de revisión por la dirección FO-070 (Anexo 18).

## **9.2 AUDITORÍA INTERNA**

Las auditorías internas de calidad es el proceso por medio del cual la organización verifica el cumplimiento de la norma ISO 9001:2008 y de los demás requisitos del sistema de gestión de calidad establecidos por la empresa. Con la auditoría interna se logra identificar las fallas existentes en cada uno de los procesos de la empresa.

La primera auditoría se desarrolló teniendo en cuenta lo establecido en el procedimiento de auditoría interno PR-004 (Anexo 9).

### **9.2.1 Planeación de la Auditoría**

En esta etapa se definieron los parámetros a seguir para el desarrollo de la auditoría interna:

- **Programa de auditoría:** En esta etapa se definió las posibles fechas en la que se realizaría la auditoría interna, la pre-auditoría y la auditoría de certificación. Esta información se registró en el programa de auditoría FO-004 (Anexo 19).
- **Conformación de equipo auditor:** El equipo auditor fue seleccionado por el Gerente y Director Clínico de la empresa. Esta conformado por el Coordinador Clínico, Asistente Administrativo, Auxiliar Administrativo y Coordinador de Apoyo, quienes asistieron a la capacitación para formación de auditores internos.

- **Desarrollo del plan de auditoria:** Con el equipo auditor conformado se realizó una reunión donde se definió:
  - ✓ Objetivo de la auditoria: Verificar el cumplimiento de los requisitos exigidos por la norma ISO 9001:2008.
  - ✓ Alcance de la auditoria: Todos los procesos del sistema de gestión de calidad.
  - ✓ Auditor interno encargado: El responsable del equipo auditor de realizar la auditoria interna para cada uno de los procesos del sistema de gestión de calidad.
  - ✓ Auditado: El responsable para cada uno de los procesos a auditar.
  - ✓ Fecha y hora de la auditoria: Se definió para cada proceso la fecha y hora de la auditoria interna.
  - ✓ Criterios de Auditoria: Corresponde a los numerables aplicables de la norma ISO 9001:2008 para cada uno de los procesos.
  
- **Elaboración de las listas de verificación:** Para realizar las listas de verificación cada auditor interno estudio la documentación del sistema de gestión de calidad correspondiente al manual de calidad, caracterización de los procesos y los criterios de auditoria, con el fin de obtener las preguntas a realizar en la auditoria indicando el requisito de la norma ISO 9001:2008 al que hace referencia. Las listas de verificación se desarrollaron teniendo en cuenta el formato FO-005 y en el anexo 20 contiene un ejemplo de está.

## 9.2.2 Ejecución de la Auditoria

La auditoria interna se realizo los días 30 y 31 de marzo de 2009, se desarrolló en las siguientes etapas:

- **Reunión de apertura:** Antes de iniciar la auditoria interna, se realizó una reunión con el fin de informar a todo el personal sobre el proceso a desarrollar y dar a conocer el plan de auditoria.
- **Desarrollo de la auditoria:** En esta etapa se realizo la auditoria para cada uno de los procesos. El auditor interno por medio de la observación y con el apoyo de las preguntas previamente definidas en las listas de verificación, entrevistaba al responsable de cada uno de los procesos solicitando documentos y registros con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos y recolectar evidencia objetiva necesaria para la generación de los hallazgos.
- **Reunión de cierre:** En esta reunión se presentaron los hallazgos encontrados en cada uno de los procesos auditados, con el fin de fueran comprendidos y reconocidos por los auditados.

## 9.2.3 Resultados de la Auditoria y Plan de Acción

Los hallazgos encontrados en la auditoria interna se registraron en el formato reporte de auditoria FO-007 (Anexo 22), donde se plasmó la no conformidad u observación presentada, sus causas, la acción a tomar y el responsable de eliminarla.

Una vez recopilada la información el coordinador de apoyo (autor del proyecto) realizó el informe general de la auditoría presentado a continuación:

**INFORME DE AUDITORIA INTERNA**  
**CLINIDENT-CLINICA DE ESTETICA DENTAL**  
 Marzo 30 y 31 de 2009

N O	PROCESO	NUMERAL DE LA NORMA ISO 9001	TIPO			NO CONFORMIDAD REPORTADA	ACTIVIDADES DE MEJORA
			NC MAY	NC MEN	OBS		
1	Atención Odontológica	7.6	X			No se presenta certificado de calibración de los dispositivos de seguimiento y medición, lo cual va en contra del numeral 7.6 control de los dispositivos de seguimiento y medición de la norma ISO 9001:2008	Solicitar al proveedor donde se compró estos dispositivos para que expidan un certificado de estos elementos, ya que fueron comprados este mismo mes
2	Atención Odontológica	7.5.3- 4.2.4		X		Se encontró que algunas historias clínicas no se está diligenciando la identificación del usuario lo que puede ir en contra de los numerales 7.5.3 Identificación y trazabilidad y 4.2.4 Control de registros de la norma ISO 9001:2008	Recordar a los odontólogos que prestan servicios odontológicos la importancia del correcto y completo diligenciamiento de la historia clínica del paciente
3	Atención Odontológica / Atención al cliente	4.1		X		No se tiene claridad acerca de a que proceso pertenece cada empleado y acerca de cuáles procedimientos intervienen en estos procesos, lo cual puede ir en contra del numeral 4.1 Requisitos generales de la norma ISO 9001:2008	Programación y ejecución de capacitaciones para reafianzar temas como: Política de calidad, conceptos del S.G.C, procesos en los cuales interviene cada empleado y procedimientos en los cuales cada uno se encuentra incluido.

4	Atención Odontológica / Atención al cliente	8.5.2.- 8.5.3		X		No se tienen claros los conceptos de acciones correctivas y preventivas que están definidos en el procedimiento PR-003 de acciones correctivas y preventivas, lo que puede ir en contra del numeral 8.5.2 y 8.5.3 de la norma ISO 9001:2008	Reafianzar los conceptos de acciones correctivas y preventivas y sobre el procedimiento de acciones correctivas y preventivas (PR-003) para las personas en los procesos de atención al cliente y odontológica
5	Atención al cliente	7.2.3		X		En algunas historias clínicas falta evidencia en la aceptación por parte del cliente del servicio a prestar, lo cual puede ir en contra del numeral 7.2.3 comunicación con el cliente de la norma ISO 9001:2008	Recordar a los auxiliares de servicio al cliente la importancia de la firma del paciente en la cotización como evidencia de su aceptación y revisar diariamente en la auditoria clínica
6	Atención al cliente	7.2.3			X	Las empleadas del área de recepción, deben entregar el buzón de sugerencias formato FO-020, a un numero mayor de clientes.	Solicitar una cantidad determinado de buzón de sugerencias diligenciados a cada recepcionista, para aumentar la muestra de la opinión del cliente
7	Contabilidad y Archivo	4.1	X			No se está realizando la actividad de arqueo de caja que se define en la caracterización de este proceso y en la guía GU-033, , lo cual puede ir en contra del numeral 4.1 de la norma ISO 9001:2008	Implementar nuevamente la guía GU-033 de arqueo caja
8	Compras y Mantenimiento	7.4.1		X		No se han evaluado algunos de los proveedores de la empresa lo que puede ir en contra del numeral 7.4.1 proceso de compras de la norma ISO 9001:2008.	Concluir la labor de envío de los formatos de inscripción de proveedores para realizar la evaluación y la selección.
9	Compras y Mantenimiento	7.4.1		X		No existe evidencia de la reevaluación de algunos de los proveedores, lo que puede ir en contra del numeral 7.4.1 proceso de compras de la norma ISO 9001:2008	Esta actividad esta en proceso, es necesario determinar un plazo para su terminación

10	Compras y Mantenimiento	7.4.3	X			No se está diligenciando el formato de orden de compra FO-45 completamente, falta la verificación del producto comprado, lo que puede ir en contra del numeral 7.4.3 verificación de los productos comprados de la norma ISO 9001:2008	Realizar una charla con la auxiliar de odontología y la secretaria general encargadas de las compras para que completen la información en el formato FO-045 y se aseguren que el producto cumpla con los requisitos de compra especificados
11	Gestión Humana	6.2.2	X			No se encuentran completos los soportes de los perfiles de los siguientes empleados: Jennifer Almeyda, Yanir Quintero y Diana Guerrero lo que va en contra del numeral 6.2.2. proceso de compras de la norma ISO 9001:2008	Pedir los soportes a aquellos empleados a los cuales les faltan algunos documentos.
12	Mejora y Calidad	4.2.3			X	Algunos documentos del sistema de gestión de calidad no estaban en sus puntos de uso, como esta establecido en el listado maestro de documentos FO-001, lo que puede ir en contra del numeral 4.2.3 control de los documentos de la norma ISO 9001:2008	Distribuir todos los que hacen parte del listado maestro de documentos en la ubicación definida según este registro.
13	Gestión Gerencial	5.6	X			No se ha realizado revisión por la dirección, lo que va en contra del numeral 5.6. de la norma ISO 9001:2008	Planeación y ejecución de la revisión por la dirección.
14	Todos los procesos	5.3			X	Falta comprensión de la política de calidad de la empresa	Capacitación sobre la política de calidad de la empresa.

**Tabla 15. Informe de auditoria**

**Fuente: Autor**

### 9.3 ESTADO FINAL DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

Realizadas las actividades de mejora presentadas en el informe de auditoria se evaluaron cada uno de los numerales de la norma ISO 9001:2008, con el fin de obtener su nivel de cumplimiento. Se lograron los siguientes resultados:

#### RESULTADOS FINAL DE CUMPLIMIENTO

NUMERAL	REQUISITOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	PORCENTAJE INICIAL DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE FINAL DE CUMPLIMIENTO
4.1	REQUISITOS GENERALES	25%	100%
4.2	REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN	10%	100%
5.1	COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN	10%	100%
5.4	PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD	10%	100%
5.5	RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN	24%	100%
5.6	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	10%	50%
6.1	PROVISIÓN DE RECURSOS	25%	100%
6.2	RECURSOS HUMANOS	23%	100%
7.1	PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO	58%	100%
7.2	PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE	75%	100%
7.3	DISEÑO Y DESARROLLO	0%	0%
7.4	COMPRAS	16%	100%
7.5	PRODUCCIÓN Y / O PRESTACIÓN DEL SERVICIO	42%	100%
7.6	CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	10%	100%
8.2	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	28%	100%
8.3	CONTROL DEL PRODUCTO Y / O SERVICIO NO CONFORME	10%	100%
8.4	ANÁLISIS DE DATOS	40%	100%
8.5	MEJORA	13%	95%
	<b>PROMEDIO</b>	<b>24%</b>	<b>91%</b>

Tabla 16. Porcentaje final de cumplimiento

Fuente: Autor

La tabla 16 muestra que se obtuvo un resultado final del 91%, lo que indica que el nivel de cumplimiento aumentó notablemente respecto al obtenido en el diagnóstico inicial. Aunque el resultado es positivo falta mejorar un 9% correspondiente en su mayor parte al numeral 5.6 de revisión por la dirección. Esta actividad no ha sido auditada ya que en la auditoria interna no se había realizado ninguna revisión por la dirección.



## 10. CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO

A continuación se presenta un balance del cumplimiento de los objetivos planteados inicialmente, en el comienzo del proyecto.

<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>CUMPLIMIENTO</b>
Identificar, analizar, y diagnosticar el estado actual de los procesos administrativos y evaluar su desempeño de acuerdo a los parámetros de la NTC ISO 9001:2008	El cumplimiento de este objetivo se encuentra en el capítulo cuatro
Capacitar y formar a la organización en temas relacionados con el sistema de gestión de calidad con el fin de generar compromiso del personal con el desarrollo de las actividades relacionadas con el proyecto.	Todo el personal se comprometió con el sistema de gestión de calidad.  El cumplimiento de este objetivo se referencia en el capítulo seis.
Diseñar y desarrollar la documentación de soporte para el Sistema de Gestión de Calidad de acuerdo con los requisitos de la Norma ISO 9001:2008.	En el capítulo 7 se presenta la documentación desarrollada para el cumplimiento de la norma ISO 9001:2008.

<p>Implementar el Sistema de Gestión de Calidad, verificando el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO, con los recursos, herramientas y controles necesarios, y evaluando con indicadores de gestión dicho cumplimiento.</p>	<p>Las actividades ejecutadas para la implementación del sistema de gestión de calidad se presentan en el capítulo 8.</p>
<p>Apoyar y verificar la realización de la primera auditoría interna al SGC, con el fin de detectar las no conformidades y generar acciones correctivas, preventivas y de mejora.</p>	<p>En el capítulo 9 se describe el desarrollo de la primera auditoría interna, así como las actividades de mejora para las no conformidades encontradas.</p>

**Tabla 17. Cumplimiento de los objetivos específicos**

**Fuente: Autor**

## 11. CONCLUSIONES

- Es importante contar con el compromiso, colaboración y participación de todo el personal de la organización, principalmente por parte de la gerencia en todas las actividades establecidas para la implementación del sistema de gestión de calidad.
- El diagnóstico realizado al inicio del proyecto permitió identificar las debilidades y fortalezas en cuanto al cumplimiento de la empresa con los requerimientos de la norma ISO 9001:2008 y realizar un plan de trabajo para alcanzar el desempeño deseado en cada uno de los numerales.
- Los sistemas de gestión de calidad constituyen una herramienta que permite a la empresa tener una operación controlada y definida, causada por la estandarización de los procesos y el control documental.
- La mejora continúa de un sistema de gestión de calidad esta basada en el análisis de los indicadores de gestión, la opinión de los clientes, la participación de todos los miembros de la empresa, la generación de acciones correctivas, preventivas y de mejora, las revisiones por la dirección y los resultados de las auditorias, permitiendo beneficios para los directivos, clientes, empleados y proveedores.
- Los responsables de cada proceso logran adquirir un nivel de conocimiento en el tema de calidad que permite mantener el sistema de la organización.
- Es necesario contar con un asesor experimentada en temas de ISO 9001, para que el proceso de implementación del sistema de gestión de calidad se desarrollo sobre bases firmes.

- Con los resultados obtenidos en el nivel de cumplimiento final la empresa esta lista para la preauditoria y posteriormente solicitar la auditoria de certificación.
- El desarrollo de una practica empresarial para un estudiante, representa un gran aporte para la formación integral del profesional, permitiendo aplicar los conocimientos adquiridos en la universidad en el campo laboral.
- El alcance planteado inicialmente para el proyecto es la implementación del sistema de gestión de calidad para los procesos administrativos, como la empresa realizara la certificación sobre sus servicios fue necesario la implementación del sistema en los procesos clínicos.

## 12. RECOMENDACIONES

- La empresa debe seguir con programas de sensibilización y capacitación con el objeto de mantener la cultura de mejoramiento continuo y el compromiso de todo el personal con el sostenimiento del sistema de gestión de calidad.
- Después de realizar la preauditoria se recomienda desarrollar un plan de acción para eliminar las no conformidades que sean detectadas y lograr que el sistema de gestión de calidad logre un nivel de cumplimiento del 100%.
- Continuar con el programa de auditorias internas con el fin de verificar que el sistema de gestión cumpla con todos los requisitos establecidos por la organización, las disposiciones planificadas y los numerales exigidos por la norma ISO 9001:2008.
- La gerencia debe mantener su compromiso con el sostenimiento del sistema de gestión de calidad proporcionando los recursos necesarios para su funcionamiento.
- Implementar acciones encaminadas a disminuir la alta rotación del personal. Una alta rotación del personal conlleva:
  - ✓ Que no exista un completo desarrollo de las funciones y roles de cada cargo en la clínica.
  - ✓ No permite el mejoramiento continuo.
  - ✓ Una baja en el compromiso con la empresa.
  - ✓ Una baja en la motivación de los empleados.

## BIBLIOGRAFÍA

- **FRANKLIN, Enrique Benjamín**, Organización y Métodos, Un enfoque Competitivo. Editorial Mc Graw Hill. 2002
- **HARRINGTON H.J.**, Mejoramiento de los Procesos. Editorial Mc Graw Hill. 1993
- **INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION ICONTEC**. Sistema de Gestión de Calidad. Fundamentos y Vocabulario NTC ISO 9000. Bogota D.C. ICONTEC. 2000.
- **INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION ICONTEC**. Directrices para la Documentación del Sistema de Gestión de la Calidad. Guía Técnica Colombiana 10013. Bogota D.C. ICONTEC. 2002.
- **MARIÑO, Navarrete Hernando**. Gerencia de Procesos. Editorial Alfaomega. Colombia 2001
- **NAVARRO, Eduardo**. Gestión y Reingeniería de Procesos.
- Pagina Web: [www.gestiopolis.com](http://www.gestiopolis.com)
- Pagina Web: "[http://es.wikipedia.org/wiki/ISO\\_9000](http://es.wikipedia.org/wiki/ISO_9000)"

# **ANEXOS**

# **ANEXO NO. 1**



Clinica de Estética Dental

## PLAN DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN

**CODIGO:** FO-001

**FECHA:** 22/09/08

**VERSION:** 0

**ELABORO:** Coordinador de Apoyo


**REVISION:** Director Administrativo

**APROBO:** Gerente

FECHA		TEMA CAPACITACION	DIRIGIDO A:	RESPONSABLE(S) DE LA CAPACITACION	EMPRESA	INTENS. HORARIA	FECHA REALIZADA			
MES	AÑO						DIA	MES	AÑO	HORA
10	08	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	DIRECTIVOS	CAMILO ARIAS		1	23	11	08	7:00 a.m.
11	09	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	TODO EL PERSONAL	CAMILO ARIAS / LAURA BELTRAN		1	19	01	08	7:00 a.m.
12	09	MANUAL DE FUNCIONES	TODO EL PERSONAL	LAURA BELTRAN		1	17	12	08	8:00 a.m.
01	09	GUIAS Y PROTOCOLOS	TODO EL PERSONAL	LAURA BELTRAN		2	21	01	09	8:00 a.m.
01	09	PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS	TODO EL PERSONAL	CAMILO ARIAS		1	28	01	09	8:00 a.m.
01	09	GESTIÓN EMPRESARIAL	YOLANDA CASTRO	SENA	SENA	30	15	01	09	2:00 p.m.
02	09	COPASO POSITIVO	VANNESA AREVALO	ARP POSITIVA	ARP POSITIVA	30	16	02	09	2:00 p.m.
02	09	BRIGADISTAS POSITIVO	ALICIA MEDINA	ARP POSITIVA	ARP POSITIVA	50	20	02	09	2:00 p.m.
02	09	DIPLOMADO EN SALUD OCUPACIONAL	YOLANDA CASTRO / LAURA BELTRAN	ARP POSITIVA	ARP POSITIVA	110	17	02	09	2:00 p.m.
03	09	AUDITORES INTERNOS	YOLANDA CASTRO/ ALICIA MEDINA / DRA. SANDRA ROA/ LAURA BELTRAN	CAMILO ARIAS		10	05	03	09	9:00 p.m.
03	09	TELEMARKETING	AUXILIARES DE MERCADEO Y AUXILIARES SERVICIO AL CLIENTE	GERMAN SARMIENTO		10	16	03	09	12:00 p.m.

03	09	CLAVES DEL EXITOS EN EL SERVICIO AL CLIENTE	AUXILIARES DE SERVICIO AL CLIENTE	HECTOR LEONARDO MORA	FUNDACION EL MEJOR DIA DE TU VIDA	4	24	03	09	6:00 p.m.
----	----	--	--------------------------------------	-------------------------	--	---	----	----	----	-----------

# **ANEXO NO. 2**

	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-001
		<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

## 1. OBJETIVO

Este procedimiento establece la metodología para elaborar, controlar, modificar o anular documentos que hacen parte del sistema de gestión de calidad de acuerdo con los procesos administrativos y productivos de la empresa.

## 2. ALCANCE

Aplica a todos los documentos internos y externos que hacen parte del Sistema de Gestión de Calidad de Clinident.

## 3. RESPONSABILIDADES

Los documentos relacionados con el Sistema de Gestión de Calidad es responsabilidad integral de la empresa, el Gerente debe ser responsable por el sistema implantado.


El control de documentos es responsabilidad del Coordinador de Calidad.

## 4. DOCUMENTOS ASOCIADOS O DE REFERENCIA

- Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001-2008

## 5. DEFINICIONES

DOCUMENTO	Medio de soporte de la información producida o recibida por la Empresa.
CONTROL DE DOCUMENTOS	Proceso que coordina la identificación, codificación, mantenimiento, distribución y control de la documentación del Sistema de Gestión.
REVISIÓN	Es la actividad de evaluación del contenido y aplicación de un documento.
APROBACIÓN	Actividad que manifiesta la aceptación y conformidad con un documento.
DOCUMENTOS INTERNOS	Aquellos generados por la empresa y que establecen disposiciones sobre el desarrollo de actividades relacionadas con el Sistema de Gestión de la Calidad.

	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-001
		<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente
DOCUMENTOS EXTERNOS	Aquellos generados por organismos externos, que establecen compromisos que debe cumplir la empresa o normas que utiliza para el desarrollo de las actividades relacionadas con el Sistema de Gestión de la Calidad.	
PLAN DE CALIDAD	Documento que especifica qué procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quien debe aplicarlos y cuándo deben aplicarse a un proyecto, proceso, producto o contrato específico (NTC ISO 9000)	
PROCEDIMIENTO	Forma específica para llevar a cabo una actividad o un proceso (NTC ISO 9000)	
MANUAL DE CALIDAD	Documento que especifica el Sistema de Gestión de la Calidad de la organización.	
REGISTRO	Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.	
DOCUMENTO OBSOLETO	Aquel documento de anterior versión o revisión, luego de ser actualizado o cambiado.	
DOCUMENTO ANULADO	Aquel documento que se elimina del Sistema de Gestión de la Calidad.	

## 6. CONDICIONES GENERALES

### 6.1. Estructura de la Documentación


Para el correcto desarrollo de control de documentos en el sistema de calidad, es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones que son aplicables a todos los procedimientos y registros, garantizando su coherencia y homogeneidad.

NIVEL I: Política de Calidad, Objetivos y Manuales del Sistema de Gestión de la Calidad.

Definen los lineamientos para el desarrollo de las actividades de CLINIDENT-Clínica de Estética Dental, que inciden sobre el desempeño en calidad, haciendo referencia a la estructura organizacional, los procesos y procedimientos.

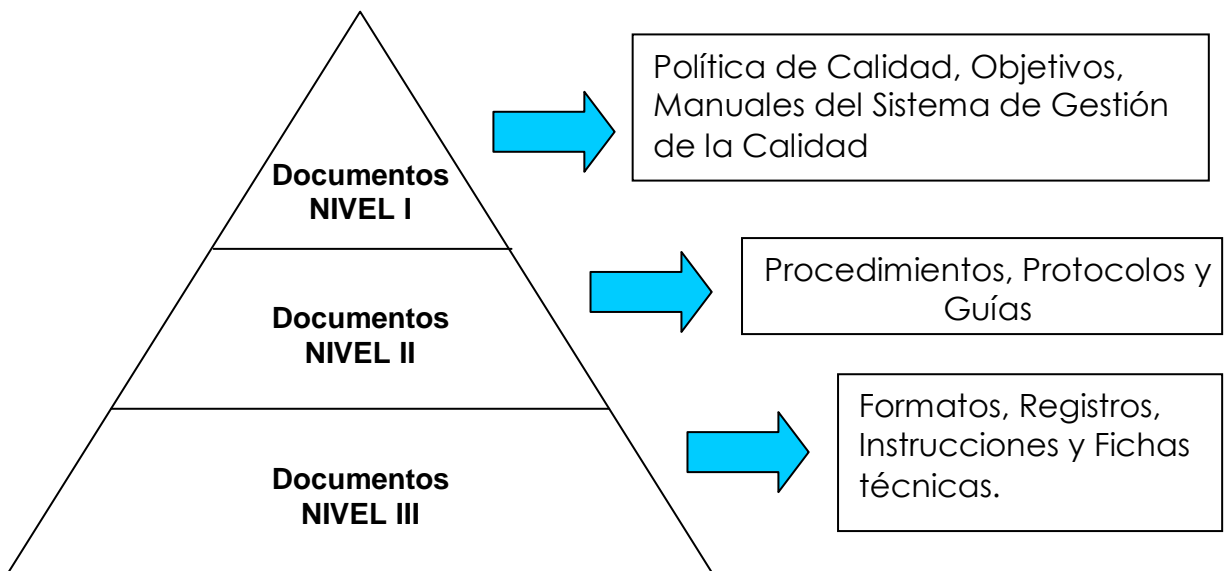
NIVEL II: Procedimientos y guías

Estandarizan la ejecución de un proceso o tarea. Los procedimientos y las guías están diseñados para fines operativos o de aseguramiento.

 Clínica de Estética Dental	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-001
		<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente


### NIVEL III: Registros


Dan la evidencia de actividades desempeñadas o los resultados obtenidos. En este nivel también se consideran las instrucciones de trabajo y fichas técnicas utilizadas en la empresa.

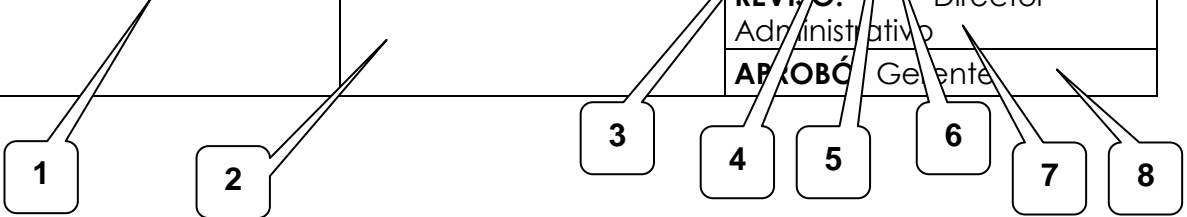


### 6.2. Presentación de la Documentación

Las páginas de los documentos deben contener un encabezado con información que contribuye a la identificación del documento, así:

 Clínica de Estética Dental	<b>PROCEDIMIENTO PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-001
		<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

 Clínica de Estética Dental	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR -001
		<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSION:</b> 1
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente



1. Logotipo de la empresa – Nombre de la empresa
2. Nombre del documento
3. Código del documento

La siguiente es la estructura de codificación para los documentos

**XX-YYY**  
**1 - 2**

**1 – (XX)** Sigla del tipo de documento al cual corresponde así:

<b>MA</b>	Manuales
<b>MF</b>	Manual de Funciones
<b>PR</b>	Procedimiento
<b>PC</b>	Planes de Calidad
<b>FO</b>	Formato
<b>CR</b>	Caracterizaciones
<b>PT</b>	Protocolos
<b>GU</b>	Guías

**2 – (YYY)** Número consecutivo de tres (3) dígitos. Desde (001 a 999)

		<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

4. Fecha de emisión de la revisión del documento, y se llena de siguiente manera:

FECHA: DD/MM/AA

DD: Dígitos que representan el día

MM: Dígitos que representan el número del mes

AA: Corresponde a los dos últimos dígitos del año

5. Número de versión del documento y se utiliza de la siguiente forma:

VERSION Y


Y: Número empleado para discriminar los cambios fundamentales en el diseño del documento

6. Nombre y cargo de quien elaboró el documento.
7. Nombre y cargo de quien revisó el documento.
8. Nombre y cargo de quien aprobó el documento.


Para los formatos se maneja una versión libre por lo cual puede presentar modificaciones en su estructura y encabezado con el fin de preservar la integridad e imagen de los mismos.

### 6.3. Condiciones Generales

- La elaboración de los documentos será responsabilidad de la persona quien realiza la actividad. Antes de emitir cualquier documento, éste es revisado dependiendo del área al que aplique por el Coordinador o responsable de área, y si es necesario se efectúa la corrección del caso; luego se presenta a la persona que lo debe aprobar, siendo el Coordinador o Director o Gerente, para que finalmente decida su emisión.

 Clínica de Estética Dental	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-001
		<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

- Después de aprobar el documento se realiza la actualización en el listado maestro de documentos o de formatos y se imprimen las copias necesarias hacia los diferentes destinos que se requiera.
- Cuando se efectuó un cambio de contenido o de forma en algún documento del Sistema de gestión de calidad este debe ser registrado en la sección "Revisiones del documento" y colocar el número de la revisión.
- Los cambios en los documentos del Sistema de gestión de calidad se revisarán cada vez que sea necesario, tomando en consideración las recomendaciones indicadas en los reportes de auditoría, sugerencias de funcionarios de la empresa o cuando se considere oportuno efectuar modificaciones para mejorar la efectividad del sistema.
- Se marca con un sello húmedo, que lleva la frase "DOCUMENTO CONTROLADO", a cada una de las copias controladas que se distribuya en la empresa. Los documentos originales de elementos relacionados con el Sistema de Gestión requieren este sello y deben permanecer en el archivo.
- Cuando un documento es considerado obsoleto se retira del sitio de ubicación, al tiempo que hace el registro de la revisión vigente en listado maestro de documentos o formatos y se elimina el documento obsoleto.
- Cuando un documento es considerado anulado se retira del sitio de ubicación, al tiempo que hace el registro de la revisión vigente en el listado maestro de documentos o formatos. Los documentos que son anulados son destruidos.
- Los documentos incluidos en el S.G.C que son obsoletos o sean anulados, pueden ser utilizados como papel borrador para uso de la empresa. Para esto deben ser marcados o identificados como documentos de borrador, mediante una línea o una equis(x), de manera que se entienda que su contenido queda cancelado.
- Se verifica que en los sitios de trabajo de la empresa se encuentra disponible la versión vigente de los documentos del Sistema de Gestión que apliquen al área cuando se realicen cambios.


	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-001
		<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

- Entregar copia controlada de los documentos operativos del Sistema de Gestión a cada área de la empresa para la cual se han elaborado y/o a quién Control de Documentos considere necesario.
- Archivar y mantener copias magnéticas de todos los documentos vigentes del Sistema de Gestión. Estas copias debe estar en el ordenador y en un medio magnético para su conservación a posibles inconvenientes que se puedan presentar, y serán ubicados en el archivo de la empresa.
- Se destruyen las copias duras sobrantes de los documentos obsoletos retirados de las áreas de la empresa.
- Toda la organización debe mantener todos los documentos legibles y fácilmente identificables, y por esto, es su responsabilidad solicitar el cambio de los documentos que no cumplan esta condición, y exigir el buen diligenciamiento de los formatos.
- Los documentos externos de la organización son controlados mediante el Listado Maestro de Documentos Externos (FO-002).

#### 6.4. Cuerpo del documento

Todos los documentos del Sistema de Gestión, exceptuando la Política de Calidad, el Manual de Calidad, los Planes de Calidad y los Registros, se elaboran teniendo en cuenta la estructura detallada en el siguiente cuadro:

Capítulos	Manual	Procedimiento
Portada	X	
Contenido	X	
Objetivo	X	X
Alcance	X	X
Responsabilidades	X	X
Documentos asociados o de referencia	X (Opcional)	X (Opcional)
Definiciones	X (Opcional)	X (Opcional)
Condiciones Generales	X	X
Descripción	X	X

	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-001
		<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente
<b>Revisiones del documento</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

- a. **Objetivo:** Indica para qué se hace el documento.
- b. **Alcance:** Indica el ámbito de aplicación del documento (área, proceso o actividad).
- c. **Responsabilidades:** Quien lo debe hacer.
- d. **Documentos asociado o de referencia:** Otros documentos del Sistema de Gestión que aplican al procedimiento o instrucción.
- e. **Definiciones:** Para aclarar y unificar términos a los usuarios del documento.
- f. **Condiciones Generales:** Son los parámetros o lineamientos que deben tenerse en cuenta para el desarrollo de las actividades del procedimiento.
- g. **Descripción:** Numero de actividad, actividad: como hacerlo, responsable: quien lo hace y referencia: documento guía o de registro de la actividad.
- h. **Revisión del documento:** Control de los cambios.

**Nota:** Los documentos de origen externo a la empresa, se pueden homologar al Sistema de Gestión de Calidad conservando su propia estructura.



## 7. DESCRIPCION

N	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO Y/O REGISTRO
1	Identificación de la necesidad de modificar o crear un nuevo documento.	Cualquier Persona	
2	Modificación o elaboración el documento requerido.	Cualquier Persona	
3	Revisión del documento y solicitud de modificación si es necesario.	Gerente / Director	

	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-001
		<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo

		Administrativo/ Coordinador de Apoyo	
--	--	--	--

4	Aprobación del documento	Gerente / Director Administrativo/ Coordinador de Apoyo	
5	Estandarización física del documento de acuerdo a lo definido en el procedimiento de elaboración y control de documentos.	Coordinador de Apoyo	
6	Asignación de código, número y fecha de revisión cuando es un documento nuevo. Cuando se realiza la modificación a un documento se realiza la actualización en su número de versión y fecha.	Coordinador de Apoyo	
7	Registra la actualización o versión en el listado de control de documentos.	Coordinador de Apoyo	FO- 001 Listado maestro de documentos
8	Imprime y le coloca sello húmedo al documento cuando este sea una copia controlada.	Coordinador de Apoyo	
9	Informa al personal involucrado en la aplicación del mismo, la importancia, el contenido y la forma de implementación	Coordinador de Apoyo	
10	Coloca en los puestos de trabajo los documentos que requieren para su implementación de copia física, eliminando el documento que ha perdido validez, asegurándose de que se utiliza la versión pertinente	Coordinador de Apoyo	
11	Trimestralmente graba las copias de seguridad de las versiones de los documentos que hacen parte del sistema	Coordinador de Apoyo	Backup CD

 Clínica de Estética Dental	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-001
		<b>FECHA:</b> 22/09/08
 Clínica de Estética Dental		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente
		<b>APROBÓ:</b> Gerente


## 8. REVISIONES DEL DOCUMENTO

En cada revisión que se efectúe a un documento del Sistema de Gestión de la Calidad, se deben registrar, en la sección REVISIONES DEL DOCUMENTO, los cambios realizados.

La sección de revisiones del documento tendrá la siguiente estructura:

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSION	FECHA	PAG	APROBO	DESCRIPCION DE CAMBIOS
0	22/09/08	Todas	Gerente	Versión Inicial

# **ANEXO NO. 3**

	<b>LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS</b>	<b>CODIGO:</b> FO-001
		<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSION:</b> 0
		<b>ELABORO:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISION:</b> Director Administrativo
		<b>APROBO:</b> Gerente

CÓDIGO DOCUMENTO	NOMBRE	UBICACIÓN	No COPIAS CONTROLADAS	VERSION	FECHA DE APROBACIÓN
CR-001	Caracterización proceso mejora y calidad			0	30/10/08
CR-002	Caracterización proceso gestión gerencial			0	30/10/08
CR-003	Caracterización proceso gestión humana			0	30/10/08
CR-004	Caracterización proceso Atención al cliente			1	09/03/09
CR-005	Caracterización proceso compras y mantenimiento			1	09/03/09
CR-006	Caracterización proceso contabilidad y archivo			0	30/10/08
CR-007	Caracterización proceso atención odontológica			1	09/03/09
CR-008	Caracterización proceso mercadeo y ventas			0	30/10/08
FO-001	Listado maestro de documentos			0	22/09/08
FO-002	Listado maestro de documentos externos			0	22/09/08
FO-003	Control de Registros			0	16/10/08
FO-004	Plan de auditoria			0	16/10/08
FO-005	Lista de Verificación de Auditoria			0	16/10/08
FO-006	Programa de Auditorias			0	16/10/08
FO-007	Reporte de Auditorias			0	16/10/08
FO-008	Acciones de mejora			0	16/10/08
FO-009	Reporte de garantía			0	16/10/08

FO-010	Registro Inicial de Pacientes			0	20/10/08
FO-011	Valoración			0	20/10/08
FO-012	Cotización			1	02/02/09
FO-013	Medición de Indicadores			0	19/12/08
FO-014	Retiro Voluntario del tratamiento de ortodoncia			0	23/01/09
FO-015	Pedido de Aditamentos e Implantes			0	25/02/09
FO-016	Historia Clínica Odontológica			0	20/10/08
FO-017	Estado de Cuenta			0	20/10/08
FO-018	Estado de Cuenta Ortodoncia			0	20/10/08
FO-019	Entrega de Aditamentos e Implantes			0	25/02/09
FO-020	Su opinión es muy importante			0	20/10/08
FO-021	Permisos			0	05/03/09
FO-022	Evaluación por competencias			0	16/03/09
FO-023	Verificación de temperatura y humedad			0	20/04/09
FO-024	Planilla Mercadeo Diario			0	20/10/08
FO-029	Carta de afiliación voluntaria			0	20/10/08
FO-030	Autorización consignación			0	20/10/08
FO-031	Registro de Vacaciones			0	20/10/08
FO-032	Registro de Libranzas			0	20/10/08
FO-033	Registro de Licencias			0	20/10/08
FO-034	Registro de Permisos			0	20/10/08
FO-035	Registro de Incapacidades			0	20/10/08
FO-036	Registro de ingresos y retiros de personal			0	20/10/08
FO-037	Horas extras			0	20/10/08
FO-038	Control de Registro entrada de personal			0	20/10/08

FO-039	Control de Registro salida de personal			0	20/10/08
FO-040	Nomina			0	20/10/08
FO-042	Hoja de Control			0	27/10/08
FO-045	Orden de compra			0	27/10/08
FO-046	Planilla de Arqueo de caja			0	16/02/09
FO-053	Tarea			0	07/11/08
FO-054	Planilla de inconformidades de pacientes			1	28/01/09
FO-055	Consentimiento de Ortodoncia			0	20/11/08
FO-056	Historia Clínica de Ortodoncia			0	20/11/08
FO-057	Programación de capacitación y formación			0	20/11/08
FO-058	Listado de asistencia			0	20/11/08
FO-059	Orden de laboratorio			0	24/11/08
FO-060	Inscripción proveedores			0	24/11/08
FO-061	Evaluación de proveedores			0	24/11/08
FO-062	Listado de proveedores			0	24/11/08
FO-063	Reevaluación de proveedores			0	24/11/08
FO-064	Auditoria de historias clínicas de rehabilitación			0	27/11/08
FO-065	Auditoria de historias clínicas de ortodoncia y ortopedia			0	27/11/08
FO-066	Auditoria de historias clínicas de odontología general			0	27/11/08
FO-067	Auditoria de historias clínicas de cirugía y endodoncia			0	27/11/08
FO-068	Auditoria de historias clínicas de periodoncia			0	27/11/08
FO-069	Historial de Mantenimiento			0	27/11/08
FO-070	Acta de revisión por la dirección			0	12/01/08

FO-071	Plan de mantenimiento			0	09/12/08
FO-072	Custodia de Historias Clínicas			1	26/02/09
GU-001	Preservación de materiales	Administración	1	0	30/03/09
GU-002	Atención personalizada del usuario por primera vez	Recepción Clínica, recepción ortodoncia	2	0	01/10/08
GU-003	Atención personalizada usuario programado	Recepción Clínica, recepción ortodoncia	2	0	01/10/08
GU-004	Usuario para atención oportuna de urgencia	Recepción Clínica, recepción ortodoncia	2	0	01/10/08
GU-005	Programación próxima cita	Recepción Clínica, recepción ortodoncia	2	0	01/10/08
GU-006	Retiro de estudios	Recepción Clínica, recepción ortodoncia	2	0	01/10/08
GU-007	Cuadre de Caja Principal	Recepción Clínica, recepción ortodoncia	2	0	01/10/08
GU-008	Cuadre de Caja	Recepción clínica	1	0	01/10/08
GU-009	Atención telefónica del usuario	Recepción Clínica, recepción ortodoncia, mercadeo	3	0	01/10/08
GU-010	Confirmación Consulta General	Mercadeo	1	0	02/10/08
GU-011	Confirmación Consulta Ortodoncia	Mercadeo	1	0	02/10/08
GU-012	Confirmación Consulta Rehabilitación	Mercadeo	1	0	02/10/08
GU-013	Llamada Telefónica diaria	Mercadeo	1	0	02/10/08

GU-014	Evolución listado de odontólogo	Mercadeo	1	0	02/10/08
GU-015	Cotización	Servicio al cliente	1	0	03/10/08
GU-016	Cumplimiento Programación	Servicio al cliente	1	0	03/10/08
GU-017	Fotografía	Servicio al cliente	1	0	03/10/08
GU-018	Selección y vinculación de personal	Administración	1	1	10/03/09
GU-021	Suspensión Disciplinaria	Administración	1	1	10/03/09
GU-022	Terminación Unilateral	Administración	1	1	10/03/09
GU-023	Nomina de Personal	Administración	1	1	10/03/09
GU-024	Capacitación	Administración	1	1	10/03/09
GU-025	Recepción, distribución y archivo de historias clínicas	Archivo	1	1	25/02/09
GU-026	Quejas y reclamos	Administración	1	1	12/02/09
GU-027	Recepción, distribución y archivo de historias laborales	Administración	1	1	10/03/09
GU-028	Recaudo Corriente	Administración	1	0	27/10/08
GU-029	Recaudo Cartera	Administración	1	0	27/10/08
GU-030	Cuentas por pagar	Administración	1	0	27/10/08
GU-031	Caja Menor	Administración	1	0	27/10/08
GU-032	Compra a proveedores	Administración	1	0	27/10/08
GU-033	Arqueo de caja	Recepción Clínica, recepción ortodoncia	2	0	27/10/08
GU-034	Arqueo de caja menor	Administración	1	0	27/10/08
GU-035	Evaluación, selección y reevaluación de proveedores	Administración	1	0	24/11/08
GU-036	Contratación odontólogos	Administración	1	0	13/03/09
MA-001	Manual de Bioseguridad	Central de esterilización Cirugía Ortodoncia	3	1	16/02/09

MA-002	Manual de Calidad	Administración	1	0	12/03/09
MF-001	Manual de funciones Gerente	Administración	1	1	05/02/09
MF-002	Manual de funciones Director Administrativo	Administración	1	2	19/02/09
MF-003	Manual de funciones Director Clínico	Administración	1	1	05/02/09
MF-004	Manual de funciones Coordinador Clínico	Administración	1	2	19/02/09
MF-005	Manual de funciones Auditor Clínico	Administración	1	1	05/02/09
MF-006	Manual de funciones coordinado de apoyo	Administración	1	1	05/02/09
MF-007	Manual de funciones Director Comercial	Administración	1	2	19/02/09
MF-010	Manual de funciones Auxiliar de Archivo	Administración	1	1	05/02/09
MF-011	Manual de funciones Auxiliar de Servicio al Cliente	Administración	1	1	05/02/09
MF-012	Manual de funciones Auxiliar de Mercadeo	Administración	1	1	05/02/09
MF-013	Manual de funciones Recepcionista	Administración	1	1	05/02/09
MF-014	Manual de funciones Auxiliar Contable	Administración	1	2	19/02/09
MF-015	Manual de funciones Asesor Comercial	Administración	1	1	05/02/09
MF-016	Manual de funciones Auxiliar de Odontología	Administración	1	1	05/02/09
MF-017	Manual de funciones Secretaria General	Administración	1	1	05/02/09
MF-018	Manual de funciones Auxiliar Administrativo	Administración	1	2	19/02/09
MF-019	Manual de funciones Auxiliar Servicio Generales	Administración	1	1	05/02/09
PR-001	Elaboración y control de documentos	Administración	1	0	22/09/08
PR-002	Control de registros	Administración	1	0	22/09/08
PR-003	Acciones correctivas y preventivas	Administración	1	0	22/09/08
PR-004	Auditoria interna	Administración	1	0	22/09/08

PR-005	Control del servicio no conforme	Administración	1	1	24/02/09
PR-006	Revisión por la dirección	Administración	1	0	01/12/08
PT-001	Tratamiento Ortodoncia	Clínica, Ortodoncia	2	0	27/10/08
PT-002	Valoración de Odontología General	Clínica	1	0	02/03/09
PT-003	Elaboración y diligenciamiento de la historia clínica	Clínica, Cirugía , Ortodoncia	3	0	02/03/09
PT-004	Urgencia	Clínica	1	0	13/04/09
PT-006	Núcleos Rehabilitación	Clínica, Cirugía	2	0	24/11/08
PT-007	Prótesis Removible	Clínica, Cirugía	2	0	27/11/08
PT-008	Prótesis Total	Clínica, Cirugía	2	0	27/11/08
PT-009	Prótesis Fija	Clínica, Cirugía	2	0	27/11/08
PT-010	Manejo de laboratorios	Clínica, Administración	2	0	09/12/08
PT-011	Fase Higiénica	Clínica	1	0	09/12/08
PT-012	Operatoria dientes anteriores y posteriores	Clínica	1	0	09/12/08
PT-013	Resina estética	Clínica	1	0	09/12/08
PT-014	Blanqueamiento	Clínica	1	0	09/12/08
PT-015	Endodoncia uní, bi y multiradicular	Clínica	1	0	09/12/08
PT-016	Retratamiento uní, bi y multiradicular	Clínica	1	0	09/12/08
PT-017	Márgenes	Clínica	1	0	09/12/08
PT-018	Exodoncia Simple	Cirugía	1	0	09/12/08
PT-020	Tratamiento Ortopedia	Clínica	1	0	09/12/08
PT-021	Auditoria de Historias Clínicas	Administración	1	0	09/12/08



# **ANEXO NO. 4**

# **ANEXOS**

# **ANEXO NO. 1**



Clinica de Estética Dental

## PLAN DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN

**CODIGO:** FO-001

**FECHA:** 22/09/08

**VERSION:** 0

**ELABORO:** Coordinador de Apoyo


**REVISION:** Director Administrativo

**APROBO:** Gerente

FECHA		TEMA CAPACITACION	DIRIGIDO A:	RESPONSABLE(S) DE LA CAPACITACION	EMPRESA	INTENS. HORARIA	FECHA REALIZADA			
MES	AÑO						DIA	MES	AÑO	HORA
10	08	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	DIRECTIVOS	CAMILO ARIAS		1	23	11	08	7:00 a.m.
11	09	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	TODO EL PERSONAL	CAMILO ARIAS / LAURA BELTRAN		1	19	01	08	7:00 a.m.
12	09	MANUAL DE FUNCIONES	TODO EL PERSONAL	LAURA BELTRAN		1	17	12	08	8:00 a.m.
01	09	GUIAS Y PROTOCOLOS	TODO EL PERSONAL	LAURA BELTRAN		2	21	01	09	8:00 a.m.
01	09	PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS	TODO EL PERSONAL	CAMILO ARIAS		1	28	01	09	8:00 a.m.
01	09	GESTIÓN EMPRESARIAL	YOLANDA CASTRO	SENA	SENA	30	15	01	09	2:00 p.m.
02	09	COPASO POSITIVO	VANNESA AREVALO	ARP POSITIVA	ARP POSITIVA	30	16	02	09	2:00 p.m.
02	09	BRIGADISTAS POSITIVO	ALICIA MEDINA	ARP POSITIVA	ARP POSITIVA	50	20	02	09	2:00 p.m.
02	09	DIPLOMADO EN SALUD OCUPACIONAL	YOLANDA CASTRO / LAURA BELTRAN	ARP POSITIVA	ARP POSITIVA	110	17	02	09	2:00 p.m.
03	09	AUDITORES INTERNOS	YOLANDA CASTRO/ ALICIA MEDINA / DRA. SANDRA ROA/ LAURA BELTRAN	CAMILO ARIAS		10	05	03	09	9:00 p.m.
03	09	TELEMARKETING	AUXILIARES DE MERCADEO Y AUXILIARES SERVICIO AL CLIENTE	GERMAN SARMIENTO		10	16	03	09	12:00 p.m.

03	09	CLAVES DEL EXITOS EN EL SERVICIO AL CLIENTE	AUXILIARES DE SERVICIO AL CLIENTE	HECTOR LEONARDO MORA	FUNDACION EL MEJOR DIA DE TU VIDA	4	24	03	09	6:00 p.m.
----	----	--	--------------------------------------	-------------------------	--	---	----	----	----	-----------

# **ANEXO NO. 2**

 Clínica de Estética Dental	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-001
		<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

## 7. OBJETIVO

Este procedimiento establece la metodología para elaborar, controlar, modificar o anular documentos que hacen parte del sistema de gestión de calidad de acuerdo con los procesos administrativos y productivos de la empresa.

## 8. ALCANCE

Aplica a todos los documentos internos y externos que hacen parte del Sistema de Gestión de Calidad de Clinident.

## 9. RESPONSABILIDADES

Los documentos relacionados con el Sistema de Gestión de Calidad es responsabilidad integral de la empresa, el Gerente debe ser responsable por el sistema implantado.


El control de documentos es responsabilidad del Coordinador de Calidad.

## 10. DOCUMENTOS ASOCIADOS O DE REFERENCIA

- Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001-2008

## 11. DEFINICIONES

DOCUMENTO	Medio de soporte de la información producida o recibida por la Empresa.
CONTROL DE DOCUMENTOS	Proceso que coordina la identificación, codificación, mantenimiento, distribución y control de la documentación del Sistema de Gestión.
REVISIÓN	Es la actividad de evaluación del contenido y aplicación de un documento.
APROBACIÓN	Actividad que manifiesta la aceptación y conformidad con un documento.
DOCUMENTOS INTERNOS	Aquellos generados por la empresa y que establecen disposiciones sobre el desarrollo de actividades relacionadas con el Sistema de Gestión de la Calidad.

	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-001
		<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente
DOCUMENTOS EXTERNOS	Aquellos generados por organismos externos, que establecen compromisos que debe cumplir la empresa o normas que utiliza para el desarrollo de las actividades relacionadas con el Sistema de Gestión de la Calidad.	
PLAN DE CALIDAD	Documento que especifica qué procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quien debe aplicarlos y cuándo deben aplicarse a un proyecto, proceso, producto o contrato específico (NTC ISO 9000)	
PROCEDIMIENTO	Forma específica para llevar a cabo una actividad o un proceso (NTC ISO 9000)	
MANUAL DE CALIDAD	Documento que especifica el Sistema de Gestión de la Calidad de la organización.	
REGISTRO	Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.	
DOCUMENTO OBSOLETO	Aquel documento de anterior versión o revisión, luego de ser actualizado o cambiado.	
DOCUMENTO ANULADO	Aquel documento que se elimina del Sistema de Gestión de la Calidad.	

## 12. CONDICIONES GENERALES

### 6.1. Estructura de la Documentación


Para el correcto desarrollo de control de documentos en el sistema de calidad, es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones que son aplicables a todos los procedimientos y registros, garantizando su coherencia y homogeneidad.

NIVEL I: Política de Calidad, Objetivos y Manuales del Sistema de Gestión de la Calidad.

Definen los lineamientos para el desarrollo de las actividades de CLINIDENT-Clínica de Estética Dental, que inciden sobre el desempeño en calidad, haciendo referencia a la estructura organizacional, los procesos y procedimientos.

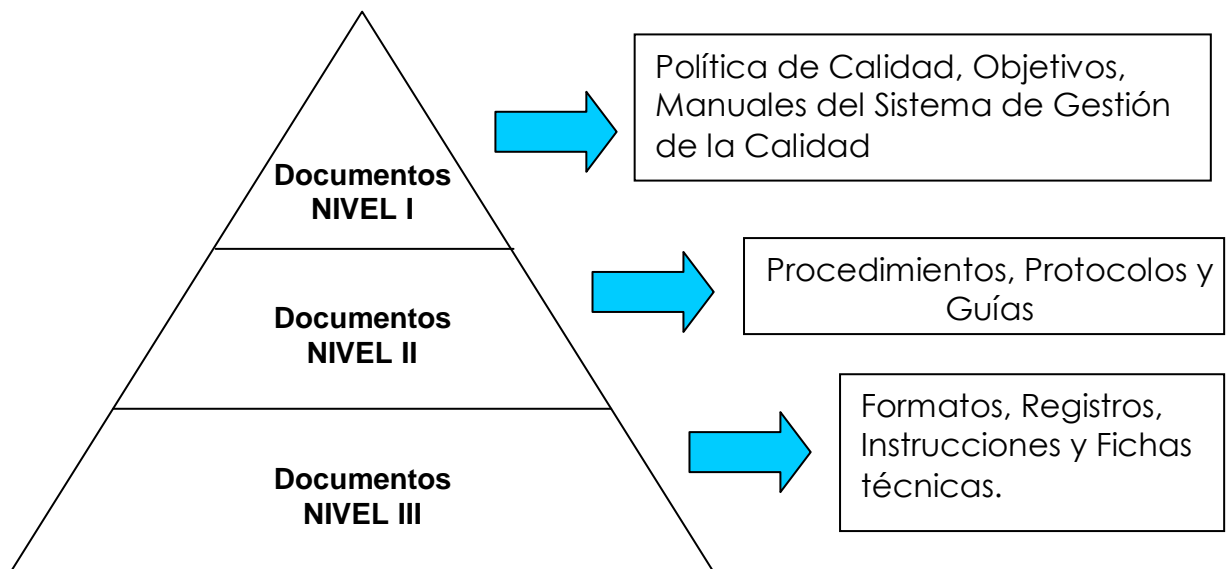
NIVEL II: Procedimientos y guías

Estandarizan la ejecución de un proceso o tarea. Los procedimientos y las guías están diseñados para fines operativos o de aseguramiento.

 Clínica de Estética Dental	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-001
		<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente


### NIVEL III: Registros

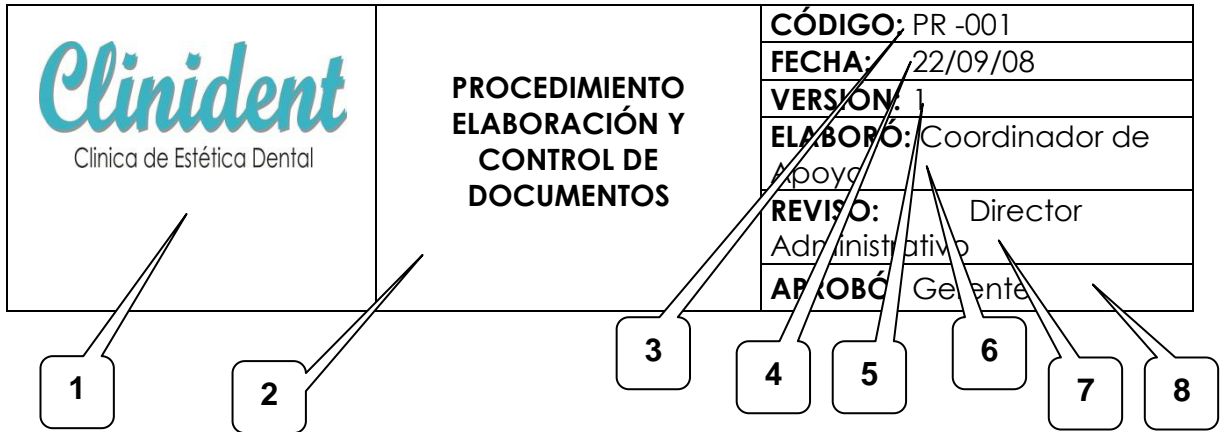
Dan la evidencia de actividades desempeñadas o los resultados obtenidos. En este nivel también se consideran las instrucciones de trabajo y fichas técnicas utilizadas en la empresa.



### 6.3. Presentación de la Documentación

Las páginas de los documentos deben contener un encabezado con información que contribuye a la identificación del documento, así:

 Clínica de Estética Dental	<b>PROCEDIMIENTO PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-001
		<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente



- 9. Logotipo de la empresa – Nombre de la empresa
- 10. Nombre del documento
- 11. Código del documento

La siguiente es la estructura de codificación para los documentos

**XX-YYY**  
**1 - 2**

**1 – (XX)** Sigla del tipo de documento al cual corresponde así:

<b>MA</b>	Manuales
<b>MF</b>	Manual de Funciones
<b>PR</b>	Procedimiento
<b>PC</b>	Planes de Calidad
<b>FO</b>	Formato
<b>CR</b>	Caracterizaciones
<b>PT</b>	Protocolos
<b>GU</b>	Guías

**2 – (YYY)** Número consecutivo de tres (3) dígitos. Desde (001 a 999)

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-001
--	----------------------	-----------------------

		<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

**12.** Fecha de emisión de la revisión del documento, y se llena de siguiente manera:

FECHA: DD/MM/AA

DD: Dígitos que representan el día

MM: Dígitos que representan el número del mes

AA: Corresponde a los dos últimos dígitos del año

**13.** Número de versión del documento y se utiliza de la siguiente forma:

VERSION Y

Y: Número empleado para discriminar los cambios fundamentales en el diseño del documento

**14.** Nombre y cargo de quien elaboró el documento.

**15.** Nombre y cargo de quien revisó el documento.

**16.** Nombre y cargo de quien aprobó el documento.


Para los formatos se maneja una versión libre por lo cual puede presentar modificaciones en su estructura y encabezado con el fin de preservar la integridad e imagen de los mismos.

#### **6.4. Condiciones Generales**

- La elaboración de los documentos será responsabilidad de la persona quien realiza la actividad. Antes de emitir cualquier documento, éste es revisado dependiendo del área al que aplique por el Coordinador o responsable de área, y si es necesario se efectúa la corrección del caso; luego se presenta a la persona que lo debe aprobar, siendo el Coordinador o Director o Gerente, para que finalmente decida su emisión.
- Después de aprobar el documento se realiza la actualización en el listado maestro de documentos o de formatos y se imprimen las copias necesarias hacia los diferentes destinos que se requiera.

		<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

- Cuando se efectuó un cambio de contenido o de forma en algún documento del Sistema de gestión de calidad este debe ser registrado en la sección "Revisiones del documento" y colocar el número de la revisión.
- Los cambios en los documentos del Sistema de gestión de calidad se revisarán cada vez que sea necesario, tomando en consideración las recomendaciones indicadas en los reportes de auditoría, sugerencias de funcionarios de la empresa o cuando se considere oportuno efectuar modificaciones para mejorar la efectividad del sistema.
- Se marca con un sello húmedo, que lleva la frase "DOCUMENTO CONTROLADO", a cada una de las copias controladas que se distribuya en la empresa. Los documentos originales de elementos relacionados con el Sistema de Gestión requieren este sello y deben permanecer en el archivo.
- Cuando un documento es considerado obsoleto se retira del sitio de ubicación, al tiempo que hace el registro de la revisión vigente en listado maestro de documentos o formatos y se elimina el documento obsoleto.
- Cuando un documento es considerado anulado se retira del sitio de ubicación, al tiempo que hace el registro de la revisión vigente en el listado maestro de documentos o formatos. Los documentos que son anulados son destruidos.
- Los documentos incluidos en el S.G.C que son obsoletos o sean anulados, pueden ser utilizados como papel borrador para uso de la empresa. Para esto deben ser marcados o identificados como documentos de borrador, mediante una línea o una equis(x), de manera que se entienda que su contenido queda cancelado.
- Se verifica que en los sitios de trabajo de la empresa se encuentra disponible la versión vigente de los documentos del Sistema de Gestión que apliquen al área cuando se realicen cambios.
- Entregar copia controlada de los documentos operativos del Sistema de Gestión a cada área de la empresa para la cual se han elaborado y/o a quién Control de Documentos considere necesario.


	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-001
		<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

- Archivar y mantener copias magnéticas de todos los documentos vigentes del Sistema de Gestión. Estas copias debe estar en el ordenador y en un medio magnético para su conservación a posibles inconvenientes que se puedan presentar, y serán ubicados en el archivo de la empresa.
- Se destruyen las copias duras sobrantes de los documentos obsoletos retirados de las áreas de la empresa.
- Toda la organización debe mantener todos los documentos legibles y fácilmente identificables, y por esto, es su responsabilidad solicitar el cambio de los documentos que no cumplan esta condición, y exigir el buen diligenciamiento de los formatos.
- Los documentos externos de la organización son controlados mediante el Listado Maestro de Documentos Externos (FO-002).

#### 8.4. Cuerpo del documento

Todos los documentos del Sistema de Gestión, exceptuando la Política de Calidad, el Manual de Calidad, los Planes de Calidad y los Registros, se elaboran teniendo en cuenta la estructura detallada en el siguiente cuadro:

Capítulos	Manual	Procedimiento
Portada	X	
Contenido	X	
Objetivo	X	X
Alcance	X	X
Responsabilidades	X	X
Documentos asociados o de referencia	X (Opcional)	X (Opcional)
Definiciones	X (Opcional)	X (Opcional)
Condiciones Generales	X	X
Descripción	X	X
Revisiones del documento	X	X


	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-001
		<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

- i. **Objetivo:** Indica para qué se hace el documento.
- j. **Alcance:** Indica el ámbito de aplicación del documento (área, proceso o actividad).
- k. **Responsabilidades:** Quien lo debe hacer.
- l. **Documentos asociado o de referencia:** Otros documentos del Sistema de Gestión que aplican al procedimiento o instrucción.
- m. **Definiciones:** Para aclarar y unificar términos a los usuarios del documento.
- n. **Condiciones Generales:** Son los parámetros o lineamientos que deben tenerse en cuenta para el desarrollo de las actividades del procedimiento.
- o. **Descripción:** Numero de actividad, actividad: como hacerlo, responsable: quien lo hace y referencia: documento guía o de registro de la actividad.
- p. **Revisión del documento:** Control de los cambios.

**Nota:** Los documentos de origen externo a la empresa, se pueden homologar al Sistema de Gestión de Calidad conservando su propia estructura.

## 9. DESCRIPCION


N	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO Y/O REGISTRO
1	Identificación de la necesidad de modificar o crear un nuevo documento.	Cualquier Persona	
2	Modificación o elaboración el documento requerido.	Cualquier Persona	
3	Revisión del documento y solicitud de modificación si es necesario.	Gerente / Director Administrativo/ Coordinador de Apoyo	

	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-001
		<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

4	Aprobación del documento	Gerente / Director Administrativo/ Coordinador de Apoyo	
5	Estandarización física del documento de acuerdo a lo definido en el procedimiento de elaboración y control de documentos.	Coordinador de Apoyo	
6	Asignación de código, número y fecha de revisión cuando es un documento nuevo. Cuando se realiza la modificación a un documento se realiza la actualización en su número de versión y fecha.	Coordinador de Apoyo	
7	Registra la actualización o versión en el listado de control de documentos.	Coordinador de Apoyo	FO- 001 Listado maestro de documentos
8	Imprime y le coloca sello húmedo al documento cuando este sea una copia controlada.	Coordinador de Apoyo	
9	Informa al personal involucrado en la aplicación del mismo, la importancia, el contenido y la forma de implementación	Coordinador de Apoyo	
10	Coloca en los puestos de trabajo los documentos que requieren para su implementación de copia física, eliminando el documento que ha perdido validez, asegurándose de que se utiliza la versión pertinente	Coordinador de Apoyo	
11	Trimestralmente graba las copias de seguridad de las versiones de los documentos que hacen parte del sistema	Coordinador de Apoyo	Backup CD

## 10. REVISIONES DEL DOCUMENTO


En cada revisión que se efectúe a un documento del Sistema de Gestión de la Calidad, se deben registrar, en la sección REVISIONES DEL DOCUMENTO, los cambios realizados.

 Clínica de Estética Dental	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-001
		<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

La sección de revisiones del documento tendrá la siguiente estructura:

<b>CONTROL DE CAMBIOS</b>				
<b>VERSION</b>	<b>FECHA</b>	<b>PAG</b>	<b>APROBO</b>	<b>DESCRIPCION DE CAMBIOS</b>
0	22/09/08	Todas	Gerente	Versión Inicial

# **ANEXO NO. 3**

	<b>LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS</b>	<b>CODIGO:</b> FO-001
		<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSION:</b> 0
		<b>ELABORO:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISION:</b> Director Administrativo
		<b>APROBO:</b> Gerente

CÓDIGO DOCUMENTO	NOMBRE	UBICACIÓN	No COPIAS CONTROLADAS	VERSION	FECHA DE APROBACIÓN
CR-001	Caracterización proceso mejora y calidad			0	30/10/08
CR-002	Caracterización proceso gestión gerencial			0	30/10/08
CR-003	Caracterización proceso gestión humana			0	30/10/08
CR-004	Caracterización proceso Atención al cliente			1	09/03/09
CR-005	Caracterización proceso compras y mantenimiento			1	09/03/09
CR-006	Caracterización proceso contabilidad y archivo			0	30/10/08
CR-007	Caracterización proceso atención odontológica			1	09/03/09
CR-008	Caracterización proceso mercadeo y ventas			0	30/10/08
FO-001	Listado maestro de documentos			0	22/09/08
FO-002	Listado maestro de documentos externos			0	22/09/08
FO-003	Control de Registros			0	16/10/08
FO-004	Plan de auditoria			0	16/10/08
FO-005	Lista de Verificación de Auditoria			0	16/10/08
FO-006	Programa de Auditorias			0	16/10/08
FO-007	Reporte de Auditorias			0	16/10/08
FO-008	Acciones de mejora			0	16/10/08
FO-009	Reporte de garantía			0	16/10/08
FO-010	Registro Inicial de Pacientes			0	20/10/08
FO-011	Valoración			0	20/10/08

FO-012	Cotización			1	02/02/09
FO-013	Medición de Indicadores			0	19/12/08
FO-014	Retiro Voluntario del tratamiento de ortodoncia			0	23/01/09
FO-015	Pedido de Aditamentos e Implantes			0	25/02/09
FO-016	Historia Clínica Odontológica			0	20/10/08
FO-017	Estado de Cuenta			0	20/10/08
FO-018	Estado de Cuenta Ortodoncia			0	20/10/08
FO-019	Entrega de Aditamentos e Implantes			0	25/02/09
FO-020	Su opinión es muy importante			0	20/10/08
FO-021	Permisos			0	05/03/09
FO-022	Evaluación por competencias			0	16/03/09
FO-023	Verificación de temperatura y humedad			0	20/04/09
FO-024	Planilla Mercadeo Diario			0	20/10/08
FO-029	Carta de afiliación voluntaria			0	20/10/08
FO-030	Autorización consignación			0	20/10/08
FO-031	Registro de Vacaciones			0	20/10/08
FO-032	Registro de Libranzas			0	20/10/08
FO-033	Registro de Licencias			0	20/10/08
FO-034	Registro de Permisos			0	20/10/08
FO-035	Registro de Incapacidades			0	20/10/08
FO-036	Registro de ingresos y retiros de personal			0	20/10/08
FO-037	Horas extras			0	20/10/08
FO-038	Control de Registro entrada de personal			0	20/10/08
FO-039	Control de Registro salida de personal			0	20/10/08
FO-040	Nomina			0	20/10/08
FO-042	Hoja de Control			0	27/10/08

FO-045	Orden de compra			0	27/10/08
FO-046	Planilla de Arqueo de caja			0	16/02/09
FO-053	Tarea			0	07/11/08
FO-054	Planilla de inconformidades de pacientes			1	28/01/09
FO-055	Consentimiento de Ortodoncia			0	20/11/08
FO-056	Historia Clínica de Ortodoncia			0	20/11/08
FO-057	Programación de capacitación y formación			0	20/11/08
FO-058	Listado de asistencia			0	20/11/08
FO-059	Orden de laboratorio			0	24/11/08
FO-060	Inscripción proveedores			0	24/11/08
FO-061	Evaluación de proveedores			0	24/11/08
FO-062	Listado de proveedores			0	24/11/08
FO-063	Reevaluación de proveedores			0	24/11/08
FO-064	Auditoria de historias clínicas de rehabilitación			0	27/11/08
FO-065	Auditoria de historias clínicas de ortodoncia y ortopedia			0	27/11/08
FO-066	Auditoria de historias clínicas de odontología general			0	27/11/08
FO-067	Auditoria de historias clínicas de cirugía y endodoncia			0	27/11/08
FO-068	Auditoria de historias clínicas de periodoncia			0	27/11/08
FO-069	Historial de Mantenimiento			0	27/11/08
FO-070	Acta de revisión por la dirección			0	12/01/08
FO-071	Plan de mantenimiento			0	09/12/08
FO-072	Custodia de Historias Clínicas			1	26/02/09
GU-001	Preservación de materiales	Administración	1	0	30/03/09

GU-002	Atención personalizada del usuario por primera vez	Recepción Clínica, recepción ortodoncia	2	0	01/10/08
GU-003	Atención personalizada usuario programado	Recepción Clínica, recepción ortodoncia	2	0	01/10/08
GU-004	Usuario para atención oportuna de urgencia	Recepción Clínica, recepción ortodoncia	2	0	01/10/08
GU-005	Programación próxima cita	Recepción Clínica, recepción ortodoncia	2	0	01/10/08
GU-006	Retiro de estudios	Recepción Clínica, recepción ortodoncia	2	0	01/10/08
GU-007	Cuadre de Caja Principal	Recepción Clínica, recepción ortodoncia	2	0	01/10/08
GU-008	Cuadre de Caja	Recepción clínica	1	0	01/10/08
GU-009	Atención telefónica del usuario	Recepción Clínica, recepción ortodoncia, mercadeo	3	0	01/10/08
GU-010	Confirmación Consulta General	Mercadeo	1	0	02/10/08
GU-011	Confirmación Consulta Ortodoncia	Mercadeo	1	0	02/10/08
GU-012	Confirmación Consulta Rehabilitación	Mercadeo	1	0	02/10/08
GU-013	Llamada Telefónica diaria	Mercadeo	1	0	02/10/08
GU-014	Evolución listado de odontólogo	Mercadeo	1	0	02/10/08
GU-015	Cotización	Servicio al cliente	1	0	03/10/08
GU-016	Cumplimiento Programación	Servicio al cliente	1	0	03/10/08
GU-017	Fotografía	Servicio al cliente	1	0	03/10/08

GU-018	Selección y vinculación de personal	Administración	1	1	10/03/09
GU-021	Suspensión Disciplinaria	Administración	1	1	10/03/09
GU-022	Terminación Unilateral	Administración	1	1	10/03/09
GU-023	Nomina de Personal	Administración	1	1	10/03/09
GU-024	Capacitación	Administración	1	1	10/03/09
GU-025	Recepción, distribución y archivo de historias clínicas	Archivo	1	1	25/02/09
GU-026	Quejas y reclamos	Administración	1	1	12/02/09
GU-027	Recepción, distribución y archivo de historias laborales	Administración	1	1	10/03/09
GU-028	Recaudo Corriente	Administración	1	0	27/10/08
GU-029	Recaudo Cartera	Administración	1	0	27/10/08
GU-030	Cuentas por pagar	Administración	1	0	27/10/08
GU-031	Caja Menor	Administración	1	0	27/10/08
GU-032	Compra a proveedores	Administración	1	0	27/10/08
GU-033	Arqueo de caja	Recepción Clínica, recepción ortodoncia	2	0	27/10/08
GU-034	Arqueo de caja menor	Administración	1	0	27/10/08
GU-035	Evaluación, selección y reevaluación de proveedores	Administración	1	0	24/11/08
GU-036	Contratación odontólogos	Administración	1	0	13/03/09
MA-001	Manual de Bioseguridad	Central de esterilización Cirugía Ortodoncia	3	1	16/02/09
MA-002	Manual de Calidad	Administración	1	0	12/03/09
MF-001	Manual de funciones Gerente	Administración	1	1	05/02/09
MF-002	Manual de funciones Director Administrativo	Administración	1	2	19/02/09
MF-003	Manual de funciones Director Clínico	Administración	1	1	05/02/09
MF-004	Manual de funciones Coordinador Clínico	Administración	1	2	19/02/09

MF-005	Manual de funciones Auditor Clínico	Administración	1	1	05/02/09
MF-006	Manual de funciones coordinado de apoyo	Administración	1	1	05/02/09
MF-007	Manual de funciones Director Comercial	Administración	1	2	19/02/09
MF-010	Manual de funciones Auxiliar de Archivo	Administración	1	1	05/02/09
MF-011	Manual de funciones Auxiliar de Servicio al Cliente	Administración	1	1	05/02/09
MF-012	Manual de funciones Auxiliar de Mercadeo	Administración	1	1	05/02/09
MF-013	Manual de funciones Recepcionista	Administración	1	1	05/02/09
MF-014	Manual de funciones Auxiliar Contable	Administración	1	2	19/02/09
MF-015	Manual de funciones Asesor Comercial	Administración	1	1	05/02/09
MF-016	Manual de funciones Auxiliar de Odontología	Administración	1	1	05/02/09
MF-017	Manual de funciones Secretaria General	Administración	1	1	05/02/09
MF-018	Manual de funciones Auxiliar Administrativo	Administración	1	2	19/02/09
MF-019	Manual de funciones Auxiliar Servicio Generales	Administración	1	1	05/02/09
PR-001	Elaboración y control de documentos	Administración	1	0	22/09/08
PR-002	Control de registros	Administración	1	0	22/09/08
PR-003	Acciones correctivas y preventivas	Administración	1	0	22/09/08
PR-004	Auditoria interna	Administración	1	0	22/09/08
PR-005	Control del servicio no conforme	Administración	1	1	24/02/09
PR-006	Revisión por la dirección	Administración	1	0	01/12/08
PT-001	Tratamiento Ortodoncia	Clínica, Ortodoncia	2	0	27/10/08
PT-002	Valoración de Odontología General	Clínica	1	0	02/03/09
PT-003	Elaboración y diligenciamiento de la historia clínica	Clínica, Cirugía, Ortodoncia	3	0	02/03/09
PT-004	Urgencia	Clínica	1	0	13/04/09

PT-006	Núcleos Rehabilitación	Clínica, Cirugía	2	0	24/11/08
PT-007	Prótesis Removible	Clínica, Cirugía	2	0	27/11/08
PT-008	Prótesis Total	Clínica, Cirugía	2	0	27/11/08
PT-009	Prótesis Fija	Clínica, Cirugía	2	0	27/11/08
PT-010	Manejo de laboratorios	Clínica, Administración	2	0	09/12/08
PT-011	Fase Higiénica	Clínica	1	0	09/12/08
PT-012	Operatoria dientes anteriores y posteriores	Clínica	1	0	09/12/08
PT-013	Resina estética	Clínica	1	0	09/12/08
PT-014	Blanqueamiento	Clínica	1	0	09/12/08
PT-015	Endodoncia uní, bi y multiradicular	Clínica	1	0	09/12/08
PT-016	Retratamiento uní, bi y multiradicular	Clínica	1	0	09/12/08
PT-017	Márgenes	Clínica	1	0	09/12/08
PT-018	Exodoncia Simple	Cirugía	1	0	09/12/08
PT-020	Tratamiento Ortopedia	Clínica	1	0	09/12/08
PT-021	Auditoria de Historias Clínicas	Administración	1	0	09/12/08

# **ANEXO NO. 4**

 Clínica de Estética Dental	<b>PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-002
		<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

## 1. OBJETIVO

Establecer el procedimiento para la identificación, almacenamiento, mantenimiento, tiempos de conservación y disposición de los registros del Sistema de Gestión de la Calidad.

## 2. ALCANCE

Aplica para todos los registros que proporcione evidencia para el cumplimiento de los requisitos exigidos en el Sistema de Gestión de la Calidad.

## 3. RESPONSABILIDADES

El Coordinador de Apoyo debe supervisar el correcto diligenciamiento, protección, almacenamiento y conservación de los registros por parte de cada uno de los responsables.

Todo el personal de la empresa es responsable de diligenciar, utilizar y conservar correctamente los formatos que se disponen para la recolección de evidencias necesarias para el Sistema de Gestión de la Calidad, que estén a cargo de su labor.

## 4. DEFINICIONES

<b>FORMATO</b>	Documento diseñado para obtener evidencias de actividades que se realizan durante su ejecución.
<b>REGISTRO</b>	Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-002
--	----------------------	-----------------------

 Clínica de Estética Dental	<b>CONTROL DE REGISTROS</b>	FECHA: 22/09/08
		VERSIÓN: 0
		ELABORÓ: Coordinador de Apoyo
		REVISÓ: Director Administrativo
		APROBÓ: Gerente

## 5. CONDICIONES GENERALES

- ✓ De manera general, los formatos del sistema de gestión de la calidad se identifican por su nombre y código. Cuando se diligencian formatos asociados a documentos del Sistema de Gestión de Calidad, dicho formato diligenciado se convierte en un registro del sistema, y debe ser legible.
- ✓ Los registros se almacenan en cualquier medio de archivo que asegure su conservación, codificados de acuerdo con el procedimiento PR-001 Elaboración y control de documentos.
- ✓ Los registros se conservarán debidamente archivados para su recuperación y protegidos.
- ✓ Los registros deben estar siempre a disposición para verificación en auditorias del Sistema de Gestión de Calidad.
- ✓ En el formato Control de Registros (FO-003) están definidos los responsables de custodia de los registros, su ubicación, tiempo de retención y disposición final de cada registro.

## 6. DESCRIPCION

N	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REFERENCIA
1	Los formatos relacionados con el Sistema de Gestión de la Calidad se identifican a través de su encabezado, el cual contiene la información que se encuentra consignada en el Procedimiento de Elaboración y Control de Documentos		PR-001 Elaboración y control de documentos
2	Verifica que los registros se estén diligenciando de acuerdo a su disposición y se mantengan en buen estado.	Coordinador de Apoyo	

	<b>PROCEDIMIENTO</b>	CÓDIGO: PR-002
--	----------------------	----------------


 Clínica de Estética Dental	<b>CONTROL DE REGISTROS</b>	FECHA: 22/09/08
		VERSIÓN: 0
		ELABORÓ: Coordinador de Apoyo
		REVISÓ: Director Administrativo
		APROBÓ: Gerente

<b>3</b>	Una vez los formatos han sido utilizados para la recolección de datos y toma de decisiones, estos son almacenados en su archivo físico o magnético dispuesto para este.	<b>Responsables según labor</b>	<b>FO-003 Control de registros</b>
<b>4</b>	Cuando alguna persona, necesite tener acceso a algún registro en particular, deberá acudir a la persona a cargo del almacenamiento de dicho registro.	<b>Responsables según registro</b>	<b>FO-003 Control de registros</b>
<b>5</b>	Los registros del Sistema de Gestión de la Calidad se mantendrán en archivo físico o magnético de acuerdo al tiempo estipulado en el control de registros.	<b>Responsables según registro</b>	<b>FO-003 Control de registros</b>
<b>6</b>	Cuando el tiempo de almacenaje de los registros se cumpla de acuerdo a lo estipulado en el control de registro éstos deben ser eliminados o archivados según lo amerite.	<b>Responsables según registro</b>	<b>FO-003 Control de registros</b>

## 7. REVISION DE DOCUMENTOS

CONTROL DE CAMBIOS				
REV	FECHA	PAG	APROBO	DESCRIPCION DE CAMBIOS
0	22/09/08	TODAS	Gerente	Versión inicial

# **ANEXO NO. 5**

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CÓDIGO:</b> MA-002
		<b>FECHA:</b> 12/03/09
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

## 1. RESEÑA HISTORICA

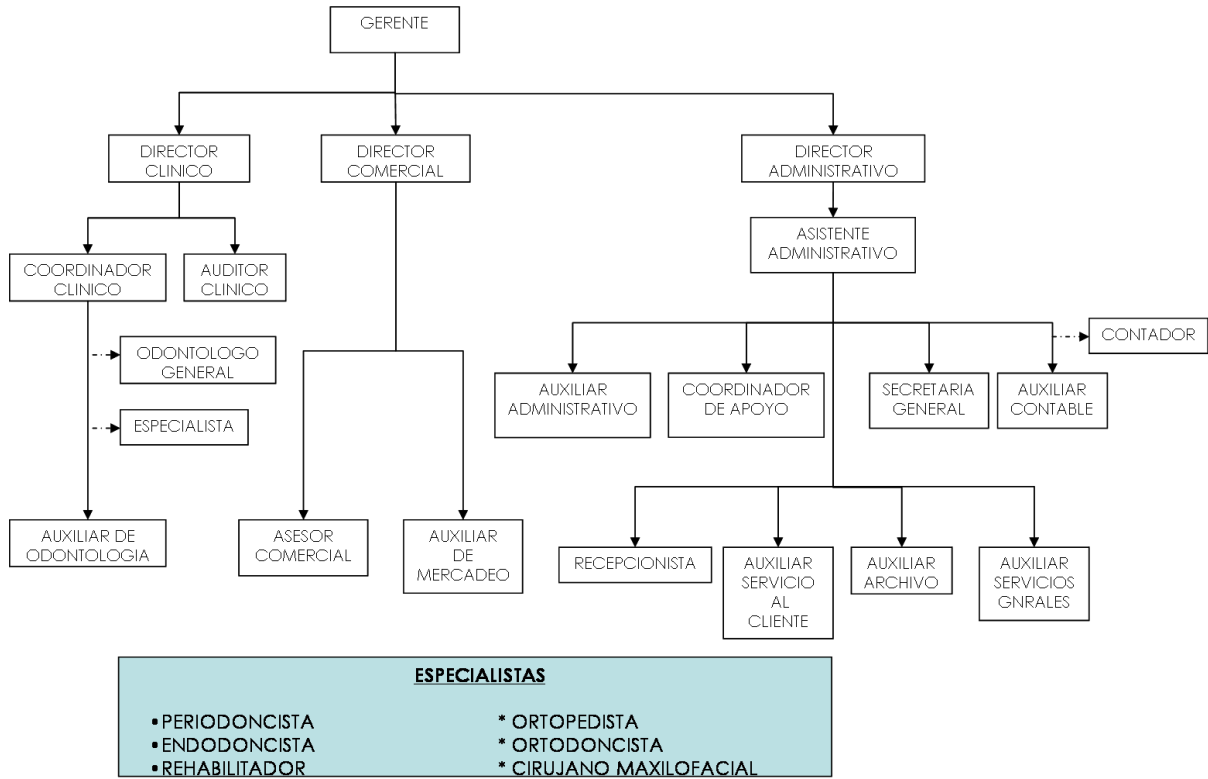
CLINIDENT es el resultado de una idea visionaria generada en el año 2000 por el Dr. Jairo A. Durán Pinzón; el objetivo primordial, era el de convocar a los mejores odontólogos especialistas a fin de que los usuarios pudieran encontrar en un mismo lugar todos los servicios relacionados con el ramo.

Actualmente, existe un equipo de trabajo integrado por mas de 25 Odontólogos especializados en todas las áreas: Odontólogos estéticos, ortodoncistas, periodoncistas, rehabilitadores, endodoncistas, cirujanos, implantólogos, patólogos, ortopedista maxilar; igualmente 28 personas que se desempeñan en el área administrativa y auxiliares de odontología.

Además, se cuenta con una cómoda y funcional planta física, equipos de última tecnología que conllevan a una eficiente, eficaz y oportuna atención de la base de usuarios, la cual suma alrededor de 10.000 pacientes.


 Clínica de Estética Dental	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CÓDIGO:</b> MA-002
		<b>FECHA:</b> 12/03/09
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

## 2. ORGANIGRAMA



## 3. ALCANCE

El alcance del Sistema de Gestión de la Calidad que se implementa en CLINIDENT Clínica de Estética Dental abarca la prestación de servicios de odontología asistenciales en el ámbito de la consulta externa especializada, odontología estética, ortodoncia, periodoncia, rehabilitación oral, endodoncia, cirugía maxilofacial, implantología y ortopedia maxilar.

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CÓDIGO:</b> MA-002
		<b>FECHA:</b> 12/03/09
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

#### **4. EXCLUSIONES**


Se excluirá del sistema de gestión de calidad el numeral 7.3., de la norma ISO 9001:2008 debido a que la estructura de los procedimientos clínicos está previamente definida por la dirección y descritos en los protocolos odontológicos.

#### **5. MISIÓN**

Establecer relaciones con nuestros clientes basadas en un excelente servicio, respaldados con la más avanzada tecnología. Promover el compromiso, sentido de pertenencia y el bienestar entre todos los miembros que conforman el talento humano de la empresa

#### **6. VISIÓN**

En el año 2010 ser reconocida Nacional e Internacionalmente como una de las mejores Clínica del país por su respaldo científico y tecnología de punta.

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CÓDIGO:</b> MA-002
		<b>FECHA:</b> 12/03/09
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

## 7. POLITICA DE CALIDAD

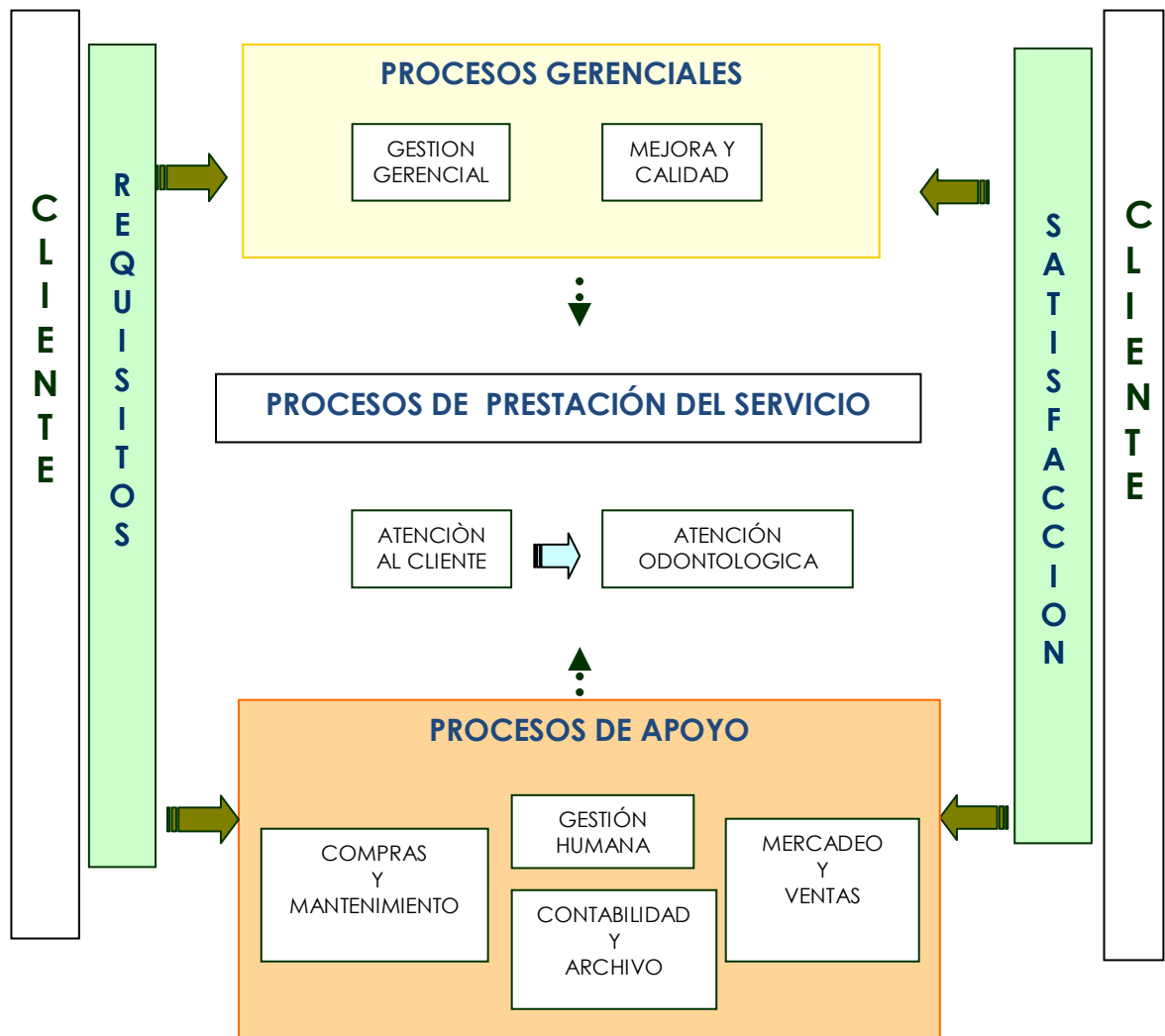
CLINIDENT Clínica de Estética Dental centra su política de calidad en incrementar la satisfacción de sus clientes a través de la continua innovación tecnológica en odontología e implantes, materiales de alta calidad, sustentado en un recurso humano profesional calificado, capacitado en los últimos avances en odontología, con elevado nivel de responsabilidad, compromiso y con conocimientos y experiencia en todas las ramas de la odontología, logrando de esta forma una gestión efectiva, análisis permanente de los resultados y el mejoramiento continuo de los procesos.

## 8. OBJETIVOS


- Mantener un personal calificado y comprometido.
- Implementar y mantener un sistema de gestión de calidad.
- Satisfacer las necesidades del cliente.
- Garantizar a los pacientes altos estándares de bioseguridad.
- Mantener a disposición de los pacientes un equipo integral de especialistas en todas las ramas de la odontología.
- Poner a disposición de los pacientes los mejores materiales y laboratorios en el mercado.

 Clínica de Estética Dental	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	CÓDIGO: MA-002
		FECHA: 12/03/09
		VERSIÓN: 0
		ELABORÓ: Coordinador de Apoyo
		REVISÓ: Director Administrativo
		APROBÓ: Gerente

## 9. MAPA DE PROCESOS



La interacción entre los procesos se evidencia de una manera mas clara en las caracterizaciones de procesos:

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CÓDIGO:</b> MA-002
		<b>FECHA:</b> 12/03/09
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente


- Caracterización CR-001 Proceso de Mejora y Calidad (Anexo 1)
- Caracterización CR-002 Proceso de Gestión Gerencial (Anexo 2)
- Caracterización CR-003 Proceso de Gestión Humana (Anexo 3)
- Caracterización CR-004 Proceso de Atención al Cliente (Anexo 4)
- Caracterización CR-005 Proceso de Compras y Mantenimiento (Anexo 5)
- Caracterización CR-006 Proceso de Contabilidad y Archivo (Anexo 6)
- Caracterización CR-007 Proceso de Atención Odontológica (Anexo 7)
- Caracterización CR-008 Proceso de Mercadeo y Ventas (Anexo 8)

## 10. DOCUMENTACIÓN

De acuerdo a los requerimientos de la norma ISO 9001:2008, los procedimientos documentos obligatorios definidos en Clinident son:

- Procedimiento PR-001 Elaboración y control de documentos
- Procedimiento PR-002 Control de registros
- Procedimiento PR-003 Acciones correctivas y preventivas
- Procedimiento PR-004 Auditoría Interna
- Procedimiento PR-005 Control del servicio no conforme

Adicionalmente Clinident con el fin de planificar y estandarizar las actividades importantes de su operación ha generado una documentación que se traduce en protocolos, guías, manuales y formatos.

 Clínica de Estética Dental	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CÓDIGO:</b> MA-002
		<b>FECHA:</b> 12/03/09
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

La relación de esta documentación se encuentra en el listado maestro de documentos (FO-001).

# **ANEXO NO. 6**

 Clínica de Estética Dental	<b>MANUAL DE FUNCIONES</b>	<b>CÓDIGO:</b> MF-002
		<b>FECHA:</b> 19/02/09
		<b>VERSIÓN:</b> 2
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

<b>Identificación del cargo:</b> Director Administrativo
<b>Sección:</b> Dirección Administrativa
<b>Cargo del jefe inmediato:</b> Gerente
<b>Misión del cargo:</b> Dirigir, coordinar y controlar el equipo administrativo vinculado con la clínica y el cumplimiento de su plan operativo.

#### DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES

1. Desarrollar la plataforma estratégica a fin de dar cumplimiento a políticas empresariales.
2. Preparar el plan de mejoramiento anual que contiene proyectos de ingeniería para mejorar disponibilidad de acuerdo a capacidad instalada y confiabilidad de políticas empresariales.
3. Coordinar la ejecución de los planes y programas para mejorar los servicios implantados o el desarrollo de nuevos.
4. Hacer seguimiento a las diferentes actividades tendientes al mejoramiento de la calidad.
5. Establecer políticas de desempeño.
6. Definir rutinas de operación y vigilar su cumplimiento.
7. Crear los propios indicadores de gestión tanto administrativos como asistenciales.
8. Evaluar y controlar la gestión de la clínica en cuanto a la calidad, costos y cumplimiento del plan anual y de acuerdo con las normas, estándares y políticas empresariales.
9. Asesorar, coordinar y asistir a las diferentes áreas en el cumplimiento de su gestión y analizar profesional y económicamente cada alternativa propuesta.
10. Evaluar el cumplimiento y efectividad de las normas y procedimientos establecidos para el normal desarrollo de las diferentes áreas.
11. Coordinar las reuniones del Comité de gestión
12. Cumplir y hacer cumplir la normatividad en lo referente a la administración del talento humano.
13. Consolidar las necesidades de talento humano previstas a corto y mediano plazo.
14. Establecer y actualizar los diferentes perfiles de personal.
15. Velar por el cumplimiento de las normas y procedimientos en materia de beneficios al talento humano y políticas en salud ocupacional.
16. Ejecutar las normas y procedimientos establecidos para el desarrollo en los programas de capacitación y bienestar de los trabajadores
17. Revisar y hacer seguimiento a las diferentes actividades a desarrollar por cada uno de los comités de la Clínica.
18. Proponer modificaciones y actualizaciones de normas y procedimientos administrativos.
19. Asistir y participar en representación de la Clínica en eventos empresariales según la necesidad.
20. Preparar y presentar ante la Gerencia informes sobre las actividades desarrolladas con la oportunidad y periodicidad requerida.
21. Establecer un sistema de costos propios buscando el equilibrio financiero a través del seguimiento.

 Clínica de Estética Dental	<b>MANUAL DE FUNCIONES</b>	<b>CÓDIGO:</b> MF-002
		<b>FECHA:</b> 19/02/09
		<b>VERSIÓN:</b> 2
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente
<p> <b>22.</b> Establecer un sistema propio de tarifas para los diferentes procedimientos en las distintas especialidades.  <b>23.</b> Administrar convenios empresariales previamente establecidos en cuanto a tarifas y atención.  <b>24.</b> Preparar convenios a celebrar sobre precios y tarifas con proveedores tendientes a minimizar intermediarios.  <b>25.</b> Tramitar consultas y reclamos de los empleados y contratistas.  <b>26.</b> Responder a auditorías tanto internas como externas del sistema de gestión de la calidad  <b>27.</b> Conocer y participar en el desarrollo de los programas de calidad  <b>28.</b> Participar en la capacitación y entrenamiento programada para sus cargos  <b>29.</b> Informar a su jefe inmediato acerca de condiciones, prácticas y comportamientos que puedan generar riesgo de accidente, enfermedad profesional, afectación a la calidad de los productos, servicios y/o pérdida ó afectación de la infraestructura de la empresa.  <b>30.</b> Mantener en orden los equipos y herramientas en su lugar de trabajo y velar por el buen estado de los equipos y herramientas que se encuentran bajo su cuidado, informando cuando requieran reparación o restitución.  <b>31.</b> Las demás funciones asignadas por el jefe inmediato o quien ejerza la supervisión directa, acorde con el nivel y naturaleza del cargo.         </p>		
<b>REQUISITOS DEL CARGO</b>		
<b>Educación:</b> Profesional en cualquier área del conocimiento.		
<b>Experiencia:</b> Un año (1) en cargos administrativos.		
<b>Formación:</b> Ninguno.		
<b>Habilidades:</b> Liderazgo, Trabajo en equipo, Nivel de compromiso, Comunicación, Orientación a resultados, Tolerancia a la presión, Pensamiento y habilidad analítica, Conciencia organizacional, Integridad.		
<b>Equivalencia:</b> No aplica.		
<b>CONDICIONES DE TRABAJO</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Ambientales:</b> Normales</li> <li>▪ <b>Riesgos:</b> Ergonómicos por permanecer la mayor parte del tiempo en posición sentado, psicosociales como el stress debido a carga laboral.</li> </ul>		

# **ANEXO NO. 7**



## CARACTERIZACIÓN PROCESO GESTIÓN GERENCIAL

**CODIGO:** CR-002

**FECHA:** 30/10/08

**VERSION:** 0

**ELABORO:** Coordinador de Apoyo

**REVISION:** Director Administrativo

**APROBO:** Gerente

**RESPONSABLE:** Gerente

### OBJETIVO

Establecer y mejorar continuamente las actividades de planeación estratégica, control y seguimiento de la Organización así como también las del Sistema de Gestión de la Calidad.

### ALCANCE

Incluye las actividades de planificación, seguimiento y toma de decisiones con respecto al desempeño de los procesos de la empresa y la revisión por la dirección

PROCESO - PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SALIDAS	DOCUMENTOS Y/O REGISTROS	PROCESO - CLIENTE
Todos los procesos de la empresa	Necesidades de Recursos	Proporcionar los recursos necesarios para que todos y cada uno de los empleados puedan ejecutar eficiente y eficazmente sus labores, de tal manera que se asegure la implementación, la mejora y la eficacia del S.G.C.	Gerente	Recursos asignados	No aplica	Todos los procesos de la empresa

Todos los procesos de la empresa	Resultados obtenidos en el período a evaluar, según informes recibidos	Seguimiento y análisis al cumplimiento de objetivos y metas de los procesos	Gerente	Acciones de mejora	Procedimiento de revisión por la dirección (PR-006 ),	Todos los procesos de la empresa
Norma ISO 9001:2008	Requisitos de la norma ISO 9001:2008	Designar el representante de la dirección, quien se asegura de que se establecen y mantienen los procesos del S.G.C. informando a la alta dirección sobre su desempeño y promoviendo la toma de conciencia sobre el cumplimiento de los requisitos del cliente.	Gerente	Representante de la dirección nombrado	No aplica	Todos los procesos de la empresa
Clientes - Gestión de la dirección	Objetivos Necesidades del cliente y de la organización	Definición de la Misión, Visión y Política de Calidad de la empresa	Gerente	Misión, Visión y Política de Calidad	Publicación de la Misión, Visión y Política de Calidad	Todos los procesos de la empresa
Todos los procesos de la empresa	Política y objetivos, Resultados de auditorias, retroalimentación del cliente, desempeño de los procesos y conformidad del producto, estado de las acciones correctivas y preventivas, acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas, cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad, recomendaciones para	Revisar el Sistema de Gestión de la Calidad	Gerente	Sistema de Gestión de la calidad revisado	Acta de Revisión por la dirección (FO-070), Procedimiento de revisión por la dirección (PR-006)	Todos los procesos de la empresa

	la mejora					
Todos los procesos de la empresa	Personal de la empresa	Administrar el recurso humano	Gerente	Directrices, políticas, mandatos, tareas	No aplica	Todos los procesos de la empresa
Todos los procesos de la empresa / Entorno	Servicios de la clínica, costos, sugerencias de clientes, tendencias del mercado	Planear y ejecutar estrategias de mercadeo y publicidad	Gerente	Planes, programas y estrategias de mercadeo y publicidad	No aplica	Clientes
Gestión Gerencial	Procesos, Procedimientos, Servicio, Producto	Identificación de oportunidades de mejora, no conformidades	Gerente	Oportunidades de mejora, no conformidades	No aplica	Gestión de Calidad y Mejoramiento

INDICADOR / SEGUIMIENTO	UNIDAD DE MEDIDA	FÓRMULA DE CÁLCULO	META	FRECUENCIA DE ANALISIS	RESPONSABLE	REQUISITOS ISO 9001
Costos	% de Costos	$(\text{Costos totales} / \text{Ingresos generados}) * 100$	NA	Mensual	Gerente	Norma NTC ISO 90001:2008 Numerales: 5,1 - 5,2 - 5,3 - 5,4 - 5,5 - 5,6 - 8,2,3 - 8,4 -

Gastos	% de Gastos	(Gastos totales/ Ingresos generados)*100	NA	Mensual	Gerente	8,5,2 - 8,5,3
Utilidad	% de Utilidad	(Utilidad Neta/ Ingresos generados)*100	15%	Mensual	Gerente	
Satisfacción del cliente	% de satisfacción del cliente	Promedio mensual de encuestas de satisfacción del cliente ("su opinión es importante")	85%	Mensual	Gerente	



## CARACTERIZACIÓN PROCESO MEJORA Y CALIDAD

<b>CODIGO:</b> CR-001
<b>FECHA:</b> 30/10/08
<b>VERSION:</b> 0
<b>ELABORO:</b> Coordinador de Apoyo
<b>REVISION:</b> Director Administrativo
<b>APROBO:</b> Gerente

<b>RESPONSABLE:</b> Coordinador de apoyo
<b>OBJETIVO</b>
Determinar y mantener el Sistema de Gestión de la Calidad, conforme a las disposiciones planificadas, con los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 y los establecidos en la organización
<b>ALCANCE</b>
Todos los procesos, documentos y registros del Sistema de Gestión de la Calidad en Clinident, Clínica de estética dental

PROCESO - PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SALIDAS	DOCUMENTOS Y/O REGISTROS	PROCESO - CLIENTE
Todos los procesos del SGC	Documentos, Formatos, Necesidades de documentación	Controlar los documentos del S.G.C	Coordinador de apoyo	Documentación del SGC actualizada, controlada, identificada	Elaboración y control de documentos (PR-001), Listado Maestro de Documentos (FO-001)	Todos los procesos del SGC
Todos los procesos del SGC	Registros de la empresa	Realizar control de los registros	Coordinador de apoyo	Registros controlados	Control de Registros (FO-003), Procedimiento de Control de Registros (PR-002)	Todos los procesos del SGC

Todos los procesos del SGC	Resultados de auditorías internas anteriores, importancia de los procesos	Planeación y ejecución de auditorías internas	Coordinador de apoyo	Resultados de auditorías, Conformidad del sistema, oportunidades de mejora	Procedimiento de Auditorías Internas (PR-004), Programa de Auditorías (FO-006), Plan de Auditorías (FO-004), Lista de Verificación de Auditoría (FO-005), Reportes de Auditoría (FO-007)	Todos los procesos del SGC
Todos los procesos del SGC	No conformidades, producto y servicio no conforme, no cumplimiento de objetivos, quejas y reclamos, oportunidades de mejora	Tomar acciones correctivas y preventivas	Gerente /Directores /Coordinadores	Registro de las acciones correctivas y preventivas, necesidades de recursos	Procedimiento de acciones correctivas y preventivas (PR-003), Acciones de mejora (FO-008)	Todos los procesos del SGC
Gestión Gerencial	Política de Calidad, Misión, Visión, Objetivos de Calidad	Lectura, comprensión y aplicación de los lineamientos de la empresa.	Coordinador de apoyo	Objetivos y metas globales de la empresa claros.	No aplica	Todos los procesos

INDICADOR / SEGUIMIENTO	UNIDAD DE MEDIDA	FÓRMULA DE CÁLCULO	META	FRECUENCIA DE ANALISIS	RESPONSABLE	REQUISITOS ISO 9001
Acciones Correctivas cumplidas	% de acciones correctivas cumplidas	(Acciones Correctivas cerradas /Total de acciones correctivas propuestas) *100	100%	Semestral	Coordinador de apoyo	Norma NTC ISO 9001:2008 Numerales 4.1 - 4.2 - 7.1 - 8,1 -8,2 - 8,4 -8,5
Acciones Preventivas cumplidas	% de acciones preventivas cumplidas	(Acciones Preventivas cerradas /Total de acciones Preventivas propuestas) *100	100%	Semestral	Coordinador de apoyo	
Avance de implementación del S.G.C	% de avance de implementación del S.G.C	Tabla de avance de Clinident	100%	Semestral	Coordinador de apoyo	

 <p><b>Clinident</b> Clínica de Estética Dental</p>	<h2>CARACTERIZACIÓN PROCESO GESTIÓN HUMANA</h2>	<b>CODIGO:</b> CR-003
		<b>FECHA:</b> 30/10/08
		<b>VERSION:</b> 0
		<b>ELABORO:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISION:</b> Director Administrativo
		<b>APROBO:</b> Gerente

<b>RESPONSABLE:</b> Director Administrativo
<b>OBJETIVO</b>
Proveer y mantener el personal adecuado en cuanto a educación, formación, habilidades y experiencia requerido en la empresa
<b>ALCANCE</b>
Aplica a las actividades de selección, formación y manejo del personal de la empresa


PROCESO - PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SALIDAS	DOCUMENTOS Y/O REGISTROS	PROCESO - CLIENTE
Todos los procesos	Necesidades de educación, formación y experiencia para cada cargo. Funciones de cada cargo	Definición de perfiles y funciones de los cargos existentes en la empresa	Gerente / Director Administrativo	Perfiles y funciones definidas	Manual de Funciones de la empresa	Todos los procesos

Todos los procesos	Necesidades de personal	Selección de candidatos y vinculación del personal	Gerente / Director Administrativo	Personal seleccionado y vinculado	Guía selección y vinculación de personal (GU-018), Manual de Funciones	Todos los procesos
Todos los procesos	Necesidades de formación del empleado y empresa. Perfil del Cargo. Resultados de evaluación de desempeño.	Planeación y ejecución de acciones de formación	Director Administrativo	Personal capacitado	Capacitación (GU-024), Programación de capacitación y formación (FO-057)	Todos los procesos
Todos los procesos	Personal de la organización. Acciones de formación ejecutadas	Realizar evaluaciones de desempeño al personal. Plantear acciones a mejorar	Director Administrativo	Solicitud de personal Mejoramiento del desempeño de acuerdo a los resultados de la evaluación de desempeño Mejoramiento del desempeño de acuerdo a los resultados de la eficacia de las acciones tomadas	Evaluación de desempeño	Todos los procesos
Todos los procesos	Novedades de personal	Realizar liquidación de nomina, prestaciones sociales y aportes a seguridad social para su respectivo pago	Coordinador de Apoyo	Liquidación de nomina, prestaciones sociales y aportes de seguridad social	Nomina de Personal (GU-023)	Contabilidad

Coordinación de apoyo	Historias laborales	Recepción, distribución y archivo de historias laborales	Coordinador de Apoyo	Historias laborales ordenadas y controladas	Recepción, distribución y archivo de historias laborales	Todos los procesos
Gestión Humana	Procesos, Procedimientos, Servicio, Producto	Identificación de oportunidades de mejora, no conformidades	Director Administrativo	Oportunidades de mejora, no conformidades	No aplica	Gestión de Calidad y Mejoramiento
Gestión Gerencial	Política de Calidad, Misión, Visión, Objetivos de Calidad	Lectura, comprensión y aplicación de los lineamientos de la empresa.	Gerente	Objetivos y metas globales de la empresa claros.	No aplica	Todos lo procesos

INDICADOR / SEGUIMIENTO	UNIDAD DE MEDIDA	FÓRMULA DE CÁLCULO	META	FRECUENCIA DE ANALISIS	RESPONSABLE	REQUISITOS ISO 9001
Incapacidades	Numero de días de Incapacidades	Suma de numero de días por incapacitadas	NA	Mensual	Director Administrativo	Norma NTC ISO 9001:2008 Numerales : 6.2.1 - 6.2.2 - 8.2.3 - 8.4 - 8.5.2 - 8.5.3
Permisos	Numero de permisos por personas al mes	Numero de permisos autorizados / total de personal	NA	Mensual	Director Administrativo	
Cumplimiento plan de capacitación y formación	Numero de capacitaciones realizadas	Numero de capacitaciones realizadas	NA	Mensual	Director Administrativo	
Rotación	Rotación de empleados por mes	((Numero de empleados que ingresan + Numero de empleados que salen)/ 2)/ Promedio de empleados *100	NA	Mensual	Director Administrativo	



 Clinica de Estética Dental	<b>CARACTERIZACIÓN PROCESO ATENCIÓN AL CLIENTE</b>	<b>CODIGO:</b> CR-004
		<b>FECHA:</b> 30/10/08
		<b>VERSION:</b> 0
		<b>ELABORO:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISION:</b> Director Administrativo
		<b>APROBO:</b> Gerente


<b>RESPONSABLE:</b> Coordinador Clínico
<b>OBJETIVO</b>
Mantener la satisfacción de los clientes que ingresan a la empresa y ofrecer información acorde a sus necesidades
<b>ALCANCE</b>
Incluye las actividades de recepción y servicio al cliente

PROCESO - PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SALIDAS	DOCUMENTOS Y/O REGISTROS	PROCESO - CLIENTE
Clientes	Necesidad del cliente	Recepción y atención personalizada al cliente de acuerdo al servicio requerido	Recepcionista / Auxiliar servicio al cliente	Cliente registrado	Atención personalizada usuario programado (GU - 002); Atención personalizada del usuario por primera vez (GU-003); Usuario para atención oportuna de urgencias (GU-004)	Atención Odontológica

Cientes/ Atención al cliente	Cliente registrado	Velar por el cumplimiento de programación odontológica	Auxiliar de Servicio al cliente	Cientes atendidos oportunamente	Cumplimiento de programación (GU-016)	Cliente
Atención Odontológica	Tratamientos a seguir	Programación de próxima cita	Recepcionista	Cita programada / Cita tentativa	Programación próxima cita (GU- 005)	Cliente
Cientes	Necesidad del cliente	Atención telefónica del cliente	Recepcionista	Cita programada / Cita tentativa / Dudas resueltas / Quejas y reclamos	Atención telefónica del usuario (GU-006)	Cliente
Atención Odontológica	Tratamientos a seguir/ Valoración general o especializada	Explicar y realizar cotización al cliente	Auxiliar de Servicio al cliente	Tratamiento aceptado o tentativo	Valoración (FO- 011) Cotización (GU-015)	Cliente
Atención al cliente	Procesos, Procedimientos, Servicio, Producto	Identificación de oportunidades de mejora, no conformidades	Auxiliar de Servicio al cliente / Recepcionista	Oportunidades de mejora, no conformidades	No aplica	Gestión de Calidad y Mejoramiento
Gestión Gerencial	Política de Calidad, Misión, Visión, Objetivos de Calidad	Lectura, comprensión y aplicación de los lineamientos de la empresa.	Auxiliar de Servicio al cliente / Recepcionista	Objetivos y metas globales de la empresa claros.	No aplica	Todos lo procesos

INDICADOR / SEGUIMIENTO	UNIDAD DE MEDIDA	FÓRMULA DE CÁLCULO	META	FRECUENCIA DE ANALISIS	RESPONSABLE	REQUISITOS ISO 9001
Atención	% de clientes encuestados que opinan que la atención es buena	(# de cliente que opinan que la atención es buena / # total de clientes encuestados) * 100	NA	Mensual	Coordinador Clínico	Norma NTC ISO 9001:2008 numerales: 7.2.1 - 7.2.2 -7.2.3 - 8.2.3 - 8.4 - 8.5.2 - 8.5.3
	% de clientes encuestados que opinan que la atención es regular	(# de cliente que opinan que la atención es regular / # total de clientes encuestados) * 100	NA			
	% de clientes encuestados que opinan que la atención es mala	(# de cliente que opinan que la atención es mala / # total de clientes encuestados) * 100	NA			
% Clientes que entendieron la explicación del tratamiento	% de clientes encuestados que entendieron la explicación del tratamiento que se les va a realizar	(# de clientes que entendieron la explicación del tratamiento / # total de clientes encuestados)*100	NA	Mensual	Coordinador Clínico	
% Clientes que fueron atendidos a la hora de la cita	% de clientes encuestados que fueron atendidos a la hora de la cita	(# de clientes que fueron atendidos a la hora de la cita / # total de clientes encuestados)*101	NA	Mensual	Coordinador Clínico	

Recepción	% de clientes encuestados que la recepción es buena	(# de cliente que opinan que la recepción es buena / # total de clientes encuestados) * 100	NA	Mensual	Coordinador Clínico	
	% de clientes encuestados que opinan que la recepción es regular	(# de cliente que opinan que la recepción es regular / # total de clientes encuestados) * 100	NA			
	% de clientes encuestados que opinan que la recepción es mala	(# de cliente que opinan que la recepción es mala / # total de clientes encuestados) * 100	NA			

 <p>Clinica de Estética Dental</p>	<b>CARACTERIZACIÓN PROCESO COMPRAS Y MANTENIMIENTO</b>	<b>CODIGO:</b> CR-005
		<b>FECHA:</b> 30/10/08
		<b>VERSION:</b> 0
		<b>ELABORO:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISION:</b> Director Administrativo
		<b>APROBO:</b> Gerente

<b>RESPONSABLE:</b> Asistente Administrativo
<b>OBJETIVO</b>
Proveer a la empresa material y suministros necesarios para el cumplimiento de sus labores y asegurar el mantenimiento de equipos en la empresa
<b>ALCANCE</b>
Incluye actividades de evaluación y selección de proveedores, compra y verificación de los productos comprados. También incluye actividades de mantenimiento correctivo y preventivo.

PROCESO - PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SALIDAS	DOCUMENTOS Y/O REGISTROS	PROCESO - CLIENTE
Todos los procesos	Material disponible	Realizar Inventario de materiales	Responsable para cada tipo de material	Necesidad de material	No aplica	Compras y Mantenimiento
Todos los procesos	Inventario de material / Necesidad de material	Realizar compras de materiales según la necesidad	Auxiliar de Odontología/ Secretaria general	Compra de material	Compra a proveedores (GU-032)	Todos los procesos
Todos los procesos	Necesidad de mantenimiento de equipos	Planear y ejecutar mantenimiento de equipos	Secretaria general	Mantenimiento realizado	Plan de mantenimiento (FO-071), Historial de mantenimiento (FO-069)	Todos los procesos

Proveedores	Proveedores	Evaluación, selección y reevaluación de proveedores	Asistente Administrativo	Proveedores evaluados y seleccionados	Evaluación, selección y reevaluación de proveedores (GU-035), Inscripción proveedores (FO-060), Evaluación de proveedores (FO-061), Listado de proveedores (FO-062), Reevaluación de proveedores (FO-063)	Compras y Mantenimiento
Compras y mantenimiento	Procesos, Procedimientos, Servicio, Producto	Identificación de oportunidades de mejora, no conformidades	Asistente Administrativo	Oportunidades de mejora, no conformidades	No aplica	Gestión de Calidad y Mejoramiento
Gestión Gerencial	Política de Calidad, Misión, Visión, Objetivos de Calidad	Lectura, comprensión y aplicación de los lineamientos de la empresa.	Asistente Administrativo	Objetivos y metas globales de la empresa claros.	No aplica	Todos lo procesos

INDICADOR / SEGUIMIENTO	UNIDAD DE MEDIDA	FÓRMULA DE CÁLCULO	META	FRECUENCIA DE ANALISIS	RESPONSABLE	REQUISITOS ISO 9001
Cumplimiento de presupuesto para compras	% de Monto utilizado para compras de material del presupuesto asignado	$(\text{Monto utilizado para compras} / \text{Monto asignado por presupuesto}) * 100$	NA	Mensual	Asistente administrativo	Norma NTC ISO 9001:2008 Numerales: 7.4.1 - 7.4.2 - 7.4.3 - 8.2.3 - 8.4 - 8.5.2 - 8.5.3

Reevaluación proveedores	% de proveedores con puntaje mayor a 3,0	(Numero de proveedores reevaluados que superan puntaje de 3,0/ Numero total de proveedores reevaluados)	95%	Anual	Asistente administrativo	
-----------------------------	--	---	-----	-------	-----------------------------	--

	<b>CARACTERIZACIÓN PROCESO CONTABILIDAD Y ARCHIVO</b>	<b>CODIGO:</b> CR-006
		<b>FECHA:</b> 30/10/08
		<b>VERSION:</b> 0
		<b>ELABORO:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISION:</b> Director Administrativo
		<b>APROBO:</b> Gerente

<b>RESPONSABLE:</b> Auxiliar contable
<b>OBJETIVO</b>
Mantener actualizada la información contable de la empresa. Mantener ordenado y controlado el archivo
<b>ALCANCE</b>
Incluye las actividades de contabilidad, archivo y auditoria de cuentas

PROCESO - PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SALIDAS	DOCUMENTOS Y/O REGISTROS	PROCESO - CLIENTE
Contabilidad y Archivo	Información contable	Realizar estados financieros	Contador / Auxiliar contable	Estados Financieros	Estado de resultados y balance general	Contabilidad / Gerencia
Compras y Mantenimiento	Facturas por pagar	Realizar los pago a proveedores en las fechas establecidas	Auxiliar contable	Facturas canceladas	Cuentas por pagar (GU-030)	Proveedores
Contabilidad y Archivo	Información contable	Presentar todos los documentos y declaraciones exigidos por la DIAN	Contador	Declaraciones y documentos presentados ante la DIAN	Declaración de renta	DIAN

Todos los procesos	Información contable de todos los procesos	Contabilización de movimientos contables	Auxiliar contable	Información contabilizada	Notas contables, comprobantes de ingreso, comprobantes de egreso	Contabilidad y Archivo
Atención al cliente	Recibos de caja, facturas y soportes	Realizar arqueos a las personas que reciben o manejan efectivo	Contador	Arqueo de caja realizado	Arqueo de caja (GU-033); Arqueo de caja menor (GU-034 ); Arqueo de caja (FO-046)	Contabilidad y Archivo/ Gerencia
Atención Odontológica	Planillas actividades diarias por odontólogo y cuentas de cobro presentadas	Revisar y auditar cuentas de cobro presentados por los odontólogos para su respectivo pago	Auxiliar administrativo	Cuentas odontólogos revisadas	Historias Clínicas (FO-016); Estado de Cuenta (FO-017); Estado de cuenta de ortodoncia (FO-018)	Contabilidad / Gerencia
Atención al cliente	Facturas crédito	Realizar seguimiento y cobro de cartera	Recepcionista encargada	Cartera recuperada	Recibo de caja	Contabilidad
Todos los procesos	Historias clínicas	Recepción, distribución y archivo de historias clínicas	Auxiliar de archivo	Historias clínicas	Recepción, distribución y archivo de historias clínicas (GU-025)	Todos lo procesos
Contabilidad y Archivo	Procesos, Procedimientos, Servicio, Producto	Identificación de oportunidades de mejora, no conformidades	Contador / Auxiliar contable / Auxiliar de archivo / Auxiliar administrativo	Oportunidades de mejora, no conformidades	No aplica	Gestión de Calidad y Mejoramiento

Gestión Gerencial	Política de Calidad, Misión, Visión, Objetivos de Calidad	Lectura, comprensión y aplicación de los lineamientos de la empresa.	Contador / Auxiliar contable / Auxiliar de archivo / Auxiliar administrativo	Objetivos y metas globales de la empresa claros.	No aplica	Todos lo procesos
-------------------	---	--	--	--	-----------	-------------------

INDICADOR / SEGUIMIENTO	UNIDAD DE MEDIDA	FÓRMULA DE CÁLCULO	META	FRECUENCIA DE ANALISIS	RESPONSABLE	REQUISITOS ISO 9001
Entrega de estados financieros	SI / NO	Cumplimiento en la entrega de informes financieros del mes anterior en los cinco primeros días hábiles del mes	SI	Mensual	Contador	Norma NTC ISO 9001:2000 Numerales : 8.2.3 - 8.4 - 8.5.2 - 8.5.3



## CARACTERIZACIÓN PROCESO ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

<b>CODIGO:</b> CR-007
<b>FECHA:</b> 30/10/08
<b>VERSION:</b> 0
<b>ELABORO:</b> Coordinador de Apoyo
<b>REVISION:</b> Director Administrativo
<b>APROBO:</b> Gerente

<b>RESPONSABLE:</b> Coordinador Clínico
<b>OBJETIVO</b>
Realizar los procedimientos necesarios y requeridos por el cliente
<b>ALCANCE</b>
Incluye actividades de la prestación del servicio en cualquiera de las ramas de la odontología


PROCESO - PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SALIDAS	DOCUMENTOS Y/O REGISTROS	PROCESO - CLIENTE
Atención Odontológica	Instrumental clínico	Realizar esterilización al instrumental	Auxiliar de Odontología	Instrumental esterilizado	Manual de bioseguridad (MA-001)	Atención odontológica
Atención Odontológica	Necesidades de material / Instrumental esterilizado	Preparar material y alistar instrumental según necesidades del odontólogo	Auxiliar de Odontología	Material preparado/ Instrumental preparado	NA	Atención odontológica

Atención Odontológica / Atención al cliente	Material preparado/ Instrumental preparado/ Necesidad del cliente/ Cliente registrado	Realizar atención odontológica según procedimiento necesario	Odontólogo general / especialista	Procedimiento realizado	Protocolos clínicos establecidos	Clientes / Atención al cliente /
Atención al cliente	Necesidad de diagnóstico / Cliente registrado	Realizar valoración general	Odontólogo general	Tratamientos a realizar	Valoración (FO-011)	Clientes / Atención al cliente /
Atención al cliente	Necesidad de valoración por especialista / Cliente registrado	Realizar valoración especializada	Especialista	Tratamiento a seguir	Valoración (FO-011); Historia Clínica Odontológica (FO-016)	Clientes / Atención al cliente /
Contabilidad y archivo	Historias clínicas programadas por cada especialidad	Realizar la TAREA de las áreas de rehabilitación, periodoncia y cirugía y alistamiento de material necesario para cada procedimiento	Coordinador Clínico	TAREA realizada	Tarea (FO-053)	Atención al clientes / Atención Odontológica
Atención odontológica/ Contabilidad y archivo	Historias Clínicas	Realizar auditoría clínica a las historias clínicas	Auditor Clínico	Historias clínicas auditadas	Historias clínicas	Atención odontológica

Atención Odontológica	Procesos, Procedimientos, Servicio, Producto	Identificación de oportunidades de mejora, no conformidades	Coordinador clínico, director clínico, auxiliar de odontología, odontólogo general, especialista	Oportunidades de mejora, no conformidades	No aplica	Gestión de Calidad y Mejoramiento
Gestión Gerencial	Política de Calidad, Misión, Visión, Objetivos de Calidad	Lectura, comprensión y aplicación de los lineamientos de la empresa.	Gerente / Coordinador contable	Objetivos y metas globales de la empresa claros.	No aplica	Todos lo procesos

INDICADOR / SEGUIMIENTO	UNIDAD DE MEDIDA	FÓRMULA DE CÁLCULO	META	FRECUENCIA DE ANALISIS	RESPONSABLE	REQUISITOS ISO 9001
Iniciados	% de iniciados	(# de pacientes iniciados/ # de pacientes valorados) * 100	75%	Mensual	Coordinador Clínico	Norma NTC ISO 9001:2008 numerales: 7.1 - 7.2.3 - 7.5.1 - 7.5.2 - 7.5.3 - 7.5.4 - 7.5.5 - 8.2.3 - 8.4 - 8.5.2 - 8.5.3
Odontólogos	% de clientes encuestados que opinan que los odontólogos son buenos	(# de clientes que opinan que los odontólogos son buenos / # total de clientes encuestados) * 100	NA	Mensual	Coordinador Clínico	
	% de clientes encuestados que opinan que los odontólogos son regulares	(# de clientes que opinan que los odontólogos son regulares / # total de clientes encuestados) * 100	NA			

	% de clientes encuestados que opinan que los odontólogos son malos	(# de clientes que opinan que los odontólogos son malos / # total de clientes encuestados) * 100	NA		
% Clientes satisfechos	% de clientes encuestados que opinan que se encuentran satisfechos con clinident	(# de clientes que se encuentran satisfechos con clinident / # total de clientes encuestados) * 100	NA	Mensual	Coordinador Clínico
% Clientes que entendieron la explicación del tratamiento	% de clientes encuestados que entendieron la explicación del tratamiento que se les va a realizar	(# de clientes que entendieron la explicación del tratamiento / # total de clientes encuestados )*100	NA	Mensual	Coordinador Clínico
Capacidad utilizada	% de Capacidad utilizada de la instalada	( Numero de horas utilizadas/ Numero de horas instaladas) *100	80%	Diaria	Coordinador Clínico
Bioseguridad	Cumplimiento de los estándares de bioseguridad	% de cumplimiento respecto a la evaluación Estándares de Bioseguridad	90%	Mensual	Coordinador Clínico
Odontólogos de todas las especialidades	Odontólogos de todas las especialidades	Se cuenta con doctores y especialistas en todas las ramas de la odontología?	SI	Bimensual	Coordinador Clínico
Proporción de reporte de garantías	% de eventos reportes de garantía	(Numero de reporte de garantía gestionados/ Numero de reportes de garantía)*100	100%	Mensual	Coordinador Clínico

 <p><b>Clinident</b> Clinica de Estética Dental</p>	<h2>CARACTERIZACIÓN PROCESO MERCADERO Y VENTAS</h2>	<b>CODIGO:</b> CR-008
		<b>FECHA:</b> 30/10/08
		<b>VERSION:</b> 0
		<b>ELABORO:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISION:</b> Director Administrativo
		<b>APROBO:</b> Gerente

<b>RESPONSABLE:</b> Director Comercial o Director Administrativo
<b>OBJETIVO</b>
Promocionar, vender, ofrecer los servicios de la clínica
<b>ALCANCE</b>
Incluye las actividades de mercadeo y ventas

PROCESO - PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SALIDAS	DOCUMENTOS Y/O REGISTROS	PROCESO - CLIENTE
Cliente	Necesidad del servicio	Atención telefónica del cliente	Auxiliar de Mercadeo	Cita Asignada / Tentativa programada	Atención telefónica del usuario (GU-006)	Cliente / Mercadeo y Ventas / Atención al cliente
Cliente / Atención al cliente / Mercadeo y ventas	Agendas Odontológicas	Confirmación de agendas odontológicas	Auxiliar de Mercadeo	Agendas confirmadas	Confirmación consulta general (GU-010); Confirmación consulta rehabilitación (GU-012); Confirmación consulta ortodoncia (GU-011)	Cliente / Atención al cliente


Cliente / Atención al cliente / Mercadeo y ventas	Cientes pendientes para programación de cita	Realizar llamadas para posible asignación de citas	Auxiliar de Mercadeo	Cita Asignada / Tentativa programada	Llamada telefónica diaria (GU-013); Evolución listado de odontólogos (GU-014)	Cliente / Mercadeo y Ventas / Atención al cliente
Cliente	Capturar nuevos clientes	Realizar visitas empresariales con el objetivo de lograr convenios y atraer nuevos clientes	Director Comercial/ Asesor comercial	Convenios / Nuevos clientes	Convenios	Cliente/ Todos los procesos de la empresa
Todos los procesos de la empresa / Entorno	Servicios de la clínica, costos, sugerencias de clientes, tendencias del mercado	Planear y ejecutar estrategias de mercadeo y publicidad	Director Comercial	Planes, programas y estrategias de mercadeo y publicidad	No aplica	Cientes
Mercadeo y ventas	Procesos, Procedimientos, Servicio, Producto	Identificación de oportunidades de mejora, no conformidades	Director Comercial / Auxiliar de mercadeo / Asesor comercial	Oportunidades de mejora, no conformidades	No aplica	Gestión de Calidad y Mejoramiento
Gestión Gerencial	Política de Calidad, Misión, Visión, Objetivos de Calidad	Lectura, comprensión y aplicación de los lineamientos de la empresa.	Gerente / Coordinador contable	Objetivos y metas globales de la empresa claros.	No aplica	Todos lo procesos

INDICADOR / SEGUIMIENTO	UNIDAD DE MEDIDA	FÓRMULA DE CÁLCULO	META	FRECUENCIA DE ANALISIS	RESPONSABLE	REQUISITOS ISO 9001
Mercadeo diario	# de llamadas realizadas	Suma de numero de llamadas realizadas	80	Diaria	Director Comercial o Administrativo	Norma NTC ISO 9001: 2008 Numerales : 7.1 - 7.5.1 - 8.2.3 - 8.4 - 8.5.2 - 8.5.3
	# de citas programadas	Suma del numero de citas programadas	30	Diaria	Director Comercial o Administrativo	
Citas mercadeo para el día	% de citas dadas por mercadeo para el día	(# de pacientes citados por mercadeo/ # de pacientes citados) * 100	40%	Diaria	Director Comercial o Administrativo	
	% de asistencia de citas dadas por mercadeo para el día	(# de pacientes atendidos de citas por mercadeo/ # de pacientes atendidos) * 100	50%	Diaria	Director Comercial o Administrativo	
Asistencia Diaria	Numero de pacientes citados	Suma de numero de pacientes citados	170	Diaria	Director Comercial o Administrativo	
	Numero de pacientes atendidos	Suma de numero de pacientes atendidos	150	Diaria	Director Comercial o Administrativo	
	% de pacientes que asistieron	(No. De pacientes que asistieron / No. De pacientes citados ) * 100	85%	Diaria	Director Comercial o Administrativo	
	% de pacientes cancelados	(No. De pacientes que cancelaron / No. De pacientes citados ) * 100	5%	Diaria	Director Comercial o Administrativo	
	% de pacientes que no asistieron	(No. De pacientes que no asistieron / No. De pacientes citados ) * 100	10%	Diaria	Director Comercial o Administrativo	

Facturación Odontólogos	Valor de los procedimientos realizados en odontología general	Suma del valor de los procedimientos realizados en odontología general	\$100.000 por hora	Diaria	Director Comercial o Administrativo
	Valor de los procedimientos realizados en ortodoncia	Suma del valor de los procedimientos realizados en ortodoncia	\$200.000 por hora	Diaria	Director Comercial o Administrativo
	Valor de los procedimientos realizados en periodoncia	Suma del valor de los procedimientos realizados en periodoncia	\$ 1.000.000	Semanal	Director Comercial o Administrativo
Pacientes iniciados	% de iniciados	(# de pacientes iniciados/ # de pacientes valorados) * 100	75%	Mensual	Director Comercial o Administrativo
Implantes realizados	# de implantes realizados	Suma de los implantes realizados	40	Mensual	Auxiliar de mercadeo
Convenios nuevos	Numero de convenios acordados en el mes	Suma de numero de convenios nuevos logrados en el mes	NA	Mensual	Director Comercial o Administrativo
Pacientes nuevos área comercial	Numero de valoraciones o pacientes nuevos por parte del área comercial	Suma de numero de valoraciones que ingresaron por parte del área comercial	NA	Mensual	Director Comercial o Administrativo
	Numero de valoraciones o pacientes nuevos que iniciaron tratamiento remitidos por el área comercial	Suma de números valoraciones iniciados remitidos por el área comercial	NA	Mensual	Director Comercial o Administrativo

Pacientes citados y atendidos	Numero de pacientes citados y atendidos	Suma de numero de pacientes atendidos y citados en el mes	NA	Mensual	Director Comercial o Administrativo	
Ingresos	Ingresos generados	Suma de ingresos diarios	NA	Mensual	Director Comercial o Administrativo	

# **ANEXO NO. 8**

	<b>PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-003
		<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

## 1. OBJETIVO

Establecer el procedimiento para eliminar la causa de las no conformidades reales y potenciales por medio de las acciones correctivas y preventivas, para establecer los parámetros que se deben tener en cuenta para la implementación.

## 2. ALCANCE

Aplica a todas las áreas involucradas en el Sistema de Gestión de Calidad de la empresa.

Este procedimiento puede ser aplicado por cualquier cargo de la organización


## 3. RESPONSABILIDADES

Es responsabilidad del Gerente destinar los recursos necesarios para que se lleven a cabo las acciones correctivas y preventivas cuando estas lo ameriten.

El Coordinador de Apoyo es el responsable de llevar el seguimiento de las acciones correctivas y preventivas.

## 4. DEFINICIONES

NO CONFORMIDAD	Incumplimiento de un requisito del sistema de gestión de la calidad o de la empresa.
CORRECCIÓN	Acción tomada para corregir inmediatamente la no conformidad.
ACCIÓN CORRECTIVA	Acción tomada para eliminar la causa principal de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.
ACCIÓN PREVENTIVA	Acción tomada para eliminar la causa principal de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.
ANÁLISIS DE CAUSAS	Descripción de las causas de fondo, de la raíz, de la causa primaria que provocó la no conformidad.
ACCIÓN A TOMAR	Actividades a realizar para eliminar la causa primaria que provocó la no conformidad.
<b>PROCEDIMIENTO</b>	
<b>CÓDIGO:</b> PR-003	


 Clinica de Estética Dental	<b>ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS</b>	FECHA: 22/09/08
		VERSIÓN: 0
		ELABORÓ: Coordinador de Apoyo
		REVISÓ: Director Administrativo
		APROBÓ: Gerente

## 5. CONDICIONES GENERALES

- ✓ Una acción correctiva o preventiva puede venir de diferentes fuentes como lo pueden ser quejas y reclamos de los clientes, servicio no conforme, producto no conforme, revisiones por la dirección, encuestas de satisfacción del cliente, desempeño de los procesos de la organización y resultados de auditorias internas.
- ✓ Se deben implementar los controles que sean necesarios para evitar la repetición de No conformidades.
- ✓ La prioridad en la aplicación de las acciones preventivas, depende de los recursos disponibles y del impacto sobre el cliente.
- ✓ Se deben realizar los cambios a los procedimientos y documentos que lo requieran como resultado de la aplicación de una acción correctiva y/o preventiva.
- ✓ Las acciones a tomar para eliminar las causas de las no conformidades deben ser planeadas y aprobadas por quien tenga la autoridad y competencia para asignar recursos y responsabilidades de acuerdo a lo que necesita cada acción correctiva o preventiva en particular.
- ✓ Para las acciones correctivas o preventivas derivadas de los hallazgos en las auditorias internas, se documentarán en el formato FO-007 REPORTE DE AUDITORIAS.

## 6. DESCRIPCIÓN

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REFERENCIA
1	Se identifican las no conformidades o las posibles no conformidades, las cuales, si es necesario, son comunicadas a un nivel superior para que esta pueda ser analizada.	Cualquier empleado.	
2	Si el análisis de la situación dice que es necesario abrir una acción correctiva o preventiva, se diligencia el formato de Acción Correctiva y Preventiva.	Directores / Coordinador de Apoyo	FO-008 Acciones de mejora
<b>PROCEDIMIENTO</b>		CÓDIGO: PR-003	

 Clinica de Estética Dental	<b>ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS</b>	<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

3	Se especifica la fuente o el origen de la acción correctiva o preventiva.	Directores / Coordinador de Apoyo	FO-008 Acciones de mejora
4	Se hace una descripción de la no conformidad o posible no conformidad.	Directores / Coordinador de Apoyo	FO-008 Acciones de mejora
5	Se especifica la corrección llevada a cabo.	Directores / Coordinador de Apoyo	FO-008 Acciones de mejora
6	Se hace el análisis de las causas reales y de fondo que hacen que pueda seguir ocurriendo o que ocurra la no conformidad.	Directores / Coordinador de Apoyo	FO-008 Acciones de mejora
9	Se definen las actividades y recursos necesarios para eliminar permanentemente la no conformidad. Se definen las fechas en las cuales se hará el seguimiento para estas actividades.	Directores / Coordinador de Apoyo	FO-008 Acciones de mejora
10	Cuando se hallan cumplido las actividades planeadas el responsable del seguimiento debe evaluar los resultados.	Coordinador de Apoyo	FO-008 Acciones de mejora
11	Si el responsable del seguimiento concluye que las acciones tomadas no fueron suficientes o adecuadas para eliminar la no conformidad, se debe abrir una nueva acción correctiva o preventiva	Coordinador de Apoyo	FO-008 Acciones de mejora
12	Si se concluye que las actividades eliminaron las causas de las no conformidades, la acción correctiva o preventiva debe ser cerrada y archivada.	Coordinador de Apoyo	

## 7. REVISIONES DEL DOCUMENTO

CONTROL DE CAMBIOS				
REV	FECHA	PAG	APROBO	DESCRIPCION DE CAMBIOS
0	22/09/08	Todas	Gerente	Versión Inicial

# **ANEXO NO. 9**

 Clinica de Estética Dental	<b>PROCEDIMIENTO AUDITORIA INTERNA</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-004
		<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

## 1. OBJETIVO

Definir las actividades necesarias para realizar las auditorias internas, con su documentación, implementación y cumplimiento en el Sistema de Gestión de calidad identificando oportunidades de Mejoramiento.

## 2. ALCANCE

Aplica a todos los procesos, documentos, recursos e infraestructura de las áreas involucradas en el Sistema de Gestión de Calidad de la empresa.

## 7. RESPONSABILIDADES

Es responsabilidad del Coordinador de Apoyo definir el programa anual de auditorias internas.

La persona encargada de tomar la acción para eliminar la no conformidad es responsable de que esta se lleve a cabo sin demora injustificada.

Es responsabilidad del Coordinador de Apoyo o el Auditor Interno hacer el seguimiento de los reportes de auditorias y del cumplimiento de las acciones a tomar.

## 8. DEFINICIONES

AUDITORIA	Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar cumplimiento o conformidad de un proceso, un producto o un servicio.
AUDITOR	Persona calificada para realizar auditorias de calidad con independencia de la actividad auditada.
EVIDENCIA OBJETIVA:	Información cuya veracidad se puede demostrar, con hechos obtenidos a través de la observación, la medición, el ensayo u otros medios.
HALLAZGO	Resultado recolectado durante la auditoria al cual no se le ha definido curso de acción.
OBSERVACION	Declaración hecha durante una auditoria de calidad que sugiere la realización de una actividad con el fin de mejorar disposiciones preestablecidas y/o requisitos especificados de un proceso un producto o un servicio.
<b>PROCEDIMIENTO</b>	
<b>CÓDIGO:</b> PR-004	

 Clinica de Estética Dental	<b>AUDITORIA INTERNA</b>	<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

## 9. CONDICIONES GENERALES

- ✓ La selección de los auditores y la realización de las auditorias deben asegurar la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoria. Los auditores no deben auditar su propio trabajo.
- ✓ Los auditores internos deben:
  - Ser Bachiller
  - Conocer fundamentos de la norma ISO 9001:2008.
  - Conocer fundamentos de cómo realizar una auditoria.
  - Haber trabajado en la empresa mínimo 3 meses.
- ✓ Los auditores externos deben:
  - Tener titulo profesional.
  - Experiencia mínima de 1 año en sistemas de gestión de calidad.
  - Tener formación de auditor interno, o en su defecto 3 años de experiencia con sistemas de gestión de calidad.
- ✓ Si al Coordinador de Apoyo se le atribuye alguna no conformidad, y es el encargado de solucionarla, el encargado de hacer el seguimiento puede ser cualquiera de los demás auditores internos o un cargo superior.
- ✓ Para planificar las auditorias internas que se deben realizar en la organización se debe tener en cuenta:
  - Importancia de los procesos.
  - Disposición de la gerencia.
  - Disposición de los clientes.
  - Quejas de los clientes.
  - Resultados de auditoria previas.
  - Cronograma de las auditorias de seguimiento por parte del ente certificador.

<b>CÓDIGO:</b>	PR-004
<b>FECHA:</b>	22/09/08
<b>VERSIÓN:</b>	0
<b>ELABORÓ:</b>	Coordinador de Apoyo
<b>REVISÓ:</b>	Director Administrativo
<b>APROBÓ:</b>	Gerente

**10. DESCRIPCIÓN**

<b>Nº</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>REFERENCIA</b>
1	Elaboración del programa de auditorias internas anuales.	Coordinador de Apoyo	FO-006 Programa de Auditorias
2	Elaboración del plan de auditoria a seguir, en donde define: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Objetivo y alcance de la auditoria</li> <li>- Auditores</li> <li>- Procesos a auditar</li> <li>- Fecha y lugar de auditoria</li> </ul>	Coordinador de Apoyo	FO-004 Plan de Auditoria
3	Asignación de los procesos a auditar a cada auditor.	Coordinador de Apoyo / Auditores Internos	
4	Preparación de las listas de verificación.	Auditores Internos	FO-005 Lista de Verificación
5	Revisión de las listas de verificación	Coordinador de Apoyo	FO-005 Lista de Verificación
6	Ejecución: Reunión de apertura de la auditoria. Esta se hace para toda la empresa. Se exponen los objetivos, auditores y el plan a seguir durante la auditoria.	Todos los empleados	
7	Los auditores internos, aplicando técnicas de indagación, deben obtener evidencia objetiva mediante: Entrevista al personal del área que tenga responsabilidad sobre las actividades y procesos auditados. Consultar la documentación y registros del Sistema de Gestión de Calidad. Visita a los sitios de trabajo para observar la forma como se realizan las actividades y los procesos. Los auditores van registrando las anotaciones en el respectivo formato	Auditores Internos	FO-005 Lista de Verificación
<b>PROCEDIMIENTO</b>		<b>CÓDIGO:</b>	PR-004

8	<p>Análisis</p> <p>Con base en las evidencias obtenidas durante la evaluación, se lleva a cabo una reunión, en la cual se estudian las respuestas y soportes obtenidos, y si hay incumplimientos con respecto a los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 y los demás documentos del sistema gestión</p> <p>En caso de no haber encontrado, alguna situación que no amerite ser declarada como una No conformidad, pero que sea importante mencionarla, se debe presentar como una observación.</p>	Coordinador de Apoyo / Auditores Internos	
9	<p>Reunión de cierre</p> <p>A esta reunión asisten los responsables de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad, auditores Internos y el Coordinador de Apoyo. En ella se exponen las no conformidades y observaciones encontradas.</p>	Coordinador de Apoyo / Auditores Internos	
10	<p>Se diligencia el formato de reporte de auditorías y se entrega al responsable de solucionar la no conformidad.</p>	Auditores Internos / Auditado	FO-007 Reporte de Auditoría
11	<p>Realizar un informe de auditoría, en forma de resumen de las no conformidades u observaciones encontradas en cada uno de los procesos.</p>	Coordinador de Apoyo	
12	<p>Cuando se cierren las acciones tomadas para eliminar las no conformidades, se debe informar al Coordinador de Apoyo para que este haga el cierre correspondiente y archive los registros.</p>	Auditado / Coordinador de Apoyo	FO-007 Reporte de Auditoría

 Clinica de Estética Dental	<b>PROCEDIMIENTO AUDITORIA INTERNA</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-004
		<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

## 7. REVISIONES DEL DOCUMENTO

CONTROL DE CAMBIOS				
REV	FECHA	PAG	APROBO	DESCRIPCION DE CAMBIOS
0	22/09/08	TODAS	Gerente	Versión Inicial

# **ANEXO NO. 10**

	<b>PROCEDIMIENTO CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-005
		<b>FECHA:</b> 24/02/09
		<b>VERSIÓN:</b> 1
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

## 1. OBJETIVO

Determinar los lineamientos que establecen como se determina, controla y registra el servicio no conforme durante el desarrollo de los procesos para evitar que los clientes reciban un producto que no sea acorde a los requisitos establecidos.

## 2. ALCANCE

Aplica a todas las áreas involucradas en el Sistema de Gestión de Calidad de la empresa.

## 11. RESPONSABILIDADES

Es responsabilidad del Gerente y/o Director Administrativo decidir que acción tomar con el servicio no conforme encontrado.

## 12. DEFINICIONES

SERVICIO NO CONFORME	Servicio que no cumple con los requisitos de los clientes y/o los de la organización.
EVENTO ADVERSO	Hace referencia al resultado clínico que es adverso al esperado y debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo. Por tanto, aquel evento adverso que hubiera sido posible prevenir utilizando medidas razonables, es por definición un error clínico.
ACCIÓN CORRECTIVA	Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

 Clinica de Estética Dental	<b>PROCEDIMIENTO CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-005
		<b>FECHA:</b> 24/02/09
		<b>VERSIÓN:</b> 1
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

### 13. CONDICIONES GENERALES

- ✓ Por la naturaleza del servicio prestado en CLINIDENT, el servicio no conforme que se presenta en la organización en todos los casos también es identificado por el paciente. Por lo tanto el servicio no conforme en CLINIDENT es tratado como una **garantía** al tratamiento que se le ofrece al cliente.
- ✓ De forma general y a manera de ejemplo, el servicio no conforme en CLINIDENT es:
  - Cuando el cliente no está satisfecho con el tratamiento realizado.
  - Cuando el resultado del tratamiento realizado no es el esperado por el cliente ni por CLINIDENT.
  - Cuando se presenta un evento adverso.
- ✓ En CLINIDENT el servicio no conforme puede ser tratado de dos maneras:
  - Haciendo una corrección del servicio no conforme identificado, en donde se establecerá el tratamiento o pasos a seguir para corregir la situación.
  - Que el cliente manifieste su voluntad de aceptar el servicio no conforme identificado.
- ✓ De acuerdo a la naturaleza del servicio no conforme y si este lo amerita, se pueden generar acciones correctivas de acuerdo al respectivo procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas PR-003
- ✓ De acuerdo al caso, las garantías son autorizadas por el Gerente, el Director Administrativo, o luego de un análisis por parte de los dos.

 Clinica de Estética Dental	<b>PROCEDIMIENTO CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-005
		<b>FECHA:</b> 24/02/09
		<b>VERSIÓN:</b> 1
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente


#### 14. DESCRIPCIÓN

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REFERENCIA
1	Identificación del posible servicio no conforme y/o garantía a tratar.	Odontólogos / Especialistas /Coordinador Clínico/ Director Administrativo/ Recepcionista/ Auxiliar de Servicio al Cliente	
2	Análisis de la posible garantía para definir si es aplicable o no al caso o si el cliente acepta el servicio tal como se presento.	Director Administrativo /Coordinador Clínico/ Gerente	FO-009 Reporte de Garantía
3	<b>GARANTIA:</b> Autorización de la garantía y definición de las condiciones en que se ofrece esta garantía.  <b>ACEPTA EL CLIENTE</b> Dejar registro de la aceptación por parte del cliente del servicio no conforme o de su satisfacción con el servicio prestado.	Director Administrativo/ Coordinador Clínico	FO-009 Reporte de Garantía
4	Verificación del cumplimiento de las disposiciones definidas.	Director Administrativo/Co ordinación Clínica	FO-009 Reporte de Garantía

#### 7. REVISIONES DEL DOCUMENTO

CONTROL DE CAMBIOS				
REV	FECHA	PAG	APROBO	DESCRIPCION DE CAMBIOS
1	24/02/09	2,3	Gerente	Responsable de la Actividad

# **ANEXO NO. 11**

	<b>PROCEDIMIENTO REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-006
		<b>FECHA:</b> 01/12/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

## 1. OBJETIVO

Describir el proceso de revisión del Sistema de Gestión de la Calidad, para asegurar su adecuación y eficacia permanente, definiendo intervalos de tiempo que permitan una periodicidad de la revisión.

## 2. ALCANCE

Aplica para todos los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad.

## 3. RESPONSABILIDADES

El Gerente y/o Coordinador de Apoyo serán los encargados de programar y gestionar la realización de las revisiones establecidas según su periodicidad.

## 4. DEFINICIONES


REVISIÓN	Actividad realizada para asegurar la conveniencia, la adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos.
PROCESO	Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

## 5. DOCUMENTOS ASOCIADOS O DE REFERENCIA

❖ Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001-2008


## 6. CONDICIONES GENERALES

- Las revisiones del Sistema de Gestión de la Calidad se realizarán con una periodicidad de un año.

	<b>PROCEDIMIENTO REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-006
		<b>FECHA:</b> 01/12/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

- Para realizar la revisión se tendrá en cuenta resultados de auditorias, la retroalimentación del cliente a través de la encuesta de satisfacción, el desempeño de los procesos, estado de las acciones correctivas y preventivas, seguimiento de revisiones anteriores y recomendaciones de mejora.
- Se elaborará un acta (FO-070) en la cual se evidencia el desarrollo de la reunión para la revisión del SGC.
- Los participantes a la revisión por la dirección son:
  - Gerente
  - Director Administrativo
  - Director Clínico
  - Coordinador de Apoyo
- Para la revisión por la dirección se debe presentar la siguiente información:
  - Resultados de auditorias.
  - Retroalimentación del cliente (Resultados de la encuesta de satisfacción del cliente).
  - Desempeño de los procesos y conformidad del producto (Resultados de indicadores de procesos).
  - Estado de acciones correctivas y preventivas (Resumen de acciones correctivas abiertas y cerradas).
  - Acciones de seguimiento de revisiones por la dirección anteriores (Revisión de las disposiciones definidas en revisiones por la dirección anteriores).
  - Recomendaciones para la mejora.
  - Cambios que podrían afectar el sistema de gestión de calidad.


- Los resultados de la revisión por la dirección deben incluir todas las decisiones y acciones relacionadas con:
  - La mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos.
  - La mejora del producto o servicio en relación con los requisitos del cliente.

	<b>PROCEDIMIENTO REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>	<b>CÓDIGO:</b> PR-006
		<b>FECHA:</b> 01/12/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

- Las necesidades de recursos para llevar a cabo las acciones planteadas.

## 7. DESCRIPCIÓN

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REFERENCIA
1	Programación de la reunión anual de revisión de SGC, fijando Fecha, hora y lugar.	Gerente y/o Coordinador de Apoyo	
2	Citación a la reunión de revisión de SGC a cada uno de los responsables de procesos.	Coordinador de Apoyo	
3	Desarrollo de la reunión, presentado la información recolectada por los asistentes.	Participantes a la revisión por la dirección	
4	Análisis de la información presentada	Participantes de la revisión por la dirección.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición de los planes de acción para la mejora de la eficacia del S.G.C y sus procesos, así como planes de acción para la mejora del servicio en relación con los</li> </ul>	Participantes de la revisión por la dirección.	

	requisitos del cliente. <ul style="list-style-type: none"> <li>Asignación de tareas con sus respectivas fechas y responsables para la realización de las acciones</li> </ul>		
5	Elaborar el acta de la reunión donde quede plasmado el desarrollo, el análisis, las decisiones y las acciones a realizar.	Coordinador de Apoyo	FO-070 Acta de revisión por la dirección
6	Socialización del acta a los responsables de los procesos para su aplicación y cumplimiento.	Coordinador de Apoyo	
 <p><b>PROCEDIMIENTO REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b></p>		<b>CÓDIGO:</b> PR-006	
		<b>FECHA:</b> 01/12/08	
		<b>VERSIÓN:</b> 0	
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo	
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo	
		<b>APROBÓ:</b> Gerente	

## 8. REVISIONES DEL DOCUMENTO

CONTROL DE CAMBIOS				
REV	FECHA	PAG	APROBO	DESCRIPCION DE CAMBIOS
0	01/12/08	Todas	Gerente	Versión inicial

# **ANEXO NO. 12**



Clínica de Estética Dental

## SELECCIÓN Y VINCULACIÓN DE PERSONAL

**CÓDIGO:** GU-018

**FECHA:** 10/03/09

**VERSIÓN:** 1

**ELABORÓ:** Coordinador de Apoyo

**REVISÓ:** Director Administrativo

**APROBÓ:** Gerente

No	ACTIVIDAD	EJECUTOR	TAREA	DONDE	REGISTRO Y/O DOCUMENTO	PRODUCTO Y/O RESULTADO
1	Solicitud de talento humano previamente justificado por el jefe de área	Área solicitante del cargo	Realizar solicitud de personal justificada por vacante en el área o por necesidad del servicio	Área Solicitante	No Aplica	Solicitud de talento humano justificada y enviada a la dirección administrativa
2	Recepción y estudio de la dirección administrativa de la solicitud de talento humano	Director Administrativo	Conceptuar la viabilidad de la solicitud, estableciendo la posibilidad de suplir la necesidad con personal interno o externo	Dirección Administrativa	No Aplica	Envió de concepto a la secretaria de gerencia
3	Recepción del concepto de solicitud de talento humano expedido por la dirección administrativa	Secretaria de Gerencia	Pasa al despacho de la gerencia para su estudio	Gerencia	No Aplica	Concepto de solicitud talento humano por la dirección administrativa en gerencia
4	Recepción por parte del gerente del concepto de la dirección administrativa sobre solicitud de talento humano para su decisión y aprobación	Gerente	Decide sobre la solicitud y si se realiza o no convocatoria para el cargo solicitado interna o externa	Gerencia	No Aplica	Decisión tomada sobre la solicitud presentada
5	Entrega a la dirección administrativa para su ejecución según lo decidido	Gerente	Entrega a la dirección administrativa decisión de gerencia con instrucciones	Dirección Administrativa	No Aplica	Decisión sobre la solicitud con instrucciones
6	Hacer convocatoria según los perfiles requeridos para el cargo según instrucción. Búsqueda de aspirantes mediante una bolsa de empleo, aviso clasificados, recomendado, etc.	Director Administrativo	Realizar la convocatoria para el cargo solicitado según los perfiles del cargo e instrucciones de gerencia	Dirección Administrativa	No Aplica	Decisión sobre tipo de convocatoria: abierta o cerrada

7	Decepcionar las hojas de vida del personal interno según el perfil del cargo	Director Administrativo	Entregar a la coordinación de apoyo hojas de vida a calificar para el cargo a proveer	Coordinación de Apoyo	No Aplica	Hojas de vida preseleccionadas a calificar
No	ACTIVIDAD	EJECUTOR	TAREA	DONDE	REGISTRO Y/O DOCUMENTO	PRODUCTO Y/O RESULTADO
8	Revisión de hojas de vida preseleccionadas	Coordinador Apoyo	De acuerdo al manual de funciones revisar si la hoja de vida cumple con el perfil del cargo	Dirección Administrativa	Hoja de vida	Entrega a la dirección administrativa hojas de vida con formato de calificación diligenciado y firmado
10	Recepción por parte de la dirección administrativa de las hojas de vida preseleccionadas y revisadas. Elección de los aspirantes a entrevistar.	Director Administrativo	Estudio y conceptúa la dirección administrativa sobre hojas de vida preseleccionadas y revisadas para estudio y decisión de gerencia	Dirección Administrativa	No Aplica	Concepto de la dirección administrativa sobre convocatoria interna entregado a la secretaria de gerencia
15	Realizar entrevistas	Gerente o Director Administrativo	Realizar entrevistas al personal enviado por la bolsa de empleo	Dirección Administrativa	No Aplica	Entrevistas realizadas
16	Seleccionar personal para el cargo	Gerente o Director Administrativo	Informar a la bolsa de empleo el personal seleccionado para proceso de vinculación	Dirección Administrativa	No Aplica	Personal vinculado
25	Hojas de vida calificadas y no seleccionadas pasan a archivo	Gerente o Director Administrativo	Pasa a la Dirección Administrativa para el tramite de archivo	Dirección Administrativa	No Aplica	Hojas de vida no seleccionadas
26	Pasa a la Coordinación de Apoyo hojas de vida no seleccionadas para su archivo	Director Administrativo	Archivo de hojas de vida no seleccionadas por parte de la coordinación de apoyo	Coordinación de Apoyo	Hojas de vida	Hojas de vida no seleccionadas archivadas
27	Entrega hoja de vida seleccionada para contratar	Gerente	Entregar la hoja de vida seleccionada para contratar a la Dirección Administrativa	Dirección Administrativa	Hoja de vida	Hoja de vida seleccionada

28	Envía Hoja de vida a la Coordinación de Apoyo seleccionada para continuar el trámite correspondiente	Director Administrativo	Envía a la Coordinación de Apoyo para elaboración del contrato de trabajo, la hoja de vida, calificación y demás soportes	Coordinación de Apoyo	Hoja de vida	Control de recibido
No	ACTIVIDAD	EJECUTOR	TAREA	DONDE	REGISTRO Y/O DOCUMENTO	PRODUCTO Y/O RESULTADO
29	Realizar vinculación por medio de la bolsa de empleo	Asesor bolsa de la empleo	Cuando la contratación es mediante bolsa de empleo se informa a la bolsa de empleo cual fue la persona escogida para que realicen la vinculación de la persona. Si la contratación es directa con la empresa se sigue el trámite	Bolsa de empleo	No Aplica	Personal vinculado por medio de la bolsa de empleo
29	Revisar que no existan pendientes de entrega de documentación faltante	Coordinador Apoyo	Se verifica que en la hoja de vida no exista observaciones, si no para ejecutar de conformidad, (si existen faltantes de academia, tarjeta profesional, experiencia etc...)	Dirección Administrativa	Hoja de vida	verificación de documentos faltantes o no.
30	Entrega carta apertura cuenta para pago nomina	Coordinador Apoyo	El trabajador recibe carta para apertura de cuenta para presentarla en el banco para pago de nomina	Dirección Administrativa	Carta apertura cuenta de nomina	Cuenta de nomina abierta
31	Elaboración de anexos para legalización contrato cartas de afiliación a la EPS, Fondo de cesantías y pensiones escogida por el trabajador, autorización para consignar su asignación	Coordinador Apoyo	Entrega a la Dirección Administrativa anexos elaborados como carta de afiliación voluntaria a la EPS y fondo o régimen de pensión escogido al sistema, fondo de cesantías y autorización para consignación de sueldo. Informar acerca del plazo para la entrega	Dirección Administrativa	Carta de afiliación voluntaria FO-029 ; Autorización consignación sueldo FO-030	Explicación de los requisitos al aspirante y se le entrega los formatos para su diligenciamiento.
32	Recepción por parte del interesado de carta de afiliación para su trámite la libre escogencia de EPS, fondo de pensiones y fondo de cesantías	Aspirante	El trabajador recibe carta de afiliación para diligenciamiento	Dirección Administrativa	Carta de afiliación voluntaria FO-029	Constancias de afiliación diligenciadas

33	Verificar el correcto diligenciamiento de las carta donde se especifica que se escogió en forma libre y voluntaria afiliarse a la EPS, Fondo de Pensiones y Cesantías, como autorización de consignación de su asignación.	Coordinador Apoyo	Verificar que se haya firmado con cédula la solicitud de afiliación en forma libre de EPS y Fondo de Cesantía y Pensiones escogida por el trabajador, como autorización de consignación de su asignación	Dirección Administrativa	Carta de afiliación voluntaria FO-029	Formatos o cartas de solicitud diligenciadas
No	ACTIVIDAD	EJECUTOR	TAREA	DONDE	REGISTRO Y/O DOCUMENTO	PRODUCTO Y/O RESULTADO
34	Entregar la Documentación de solicitud de afiliaciones y autorización de consignación asignación a la auxiliar contable	Coordinador Apoyo	Recibir la documentación para tramite de afiliación al sistema de seguridad social y trámites de inicio a nómina	Dirección Administrativa	Carta de afiliación voluntaria FO-028 y documentación anexa	Formatos o cartas de solicitud diligenciadas
35	Verificación de diligenciamiento del formato donde se indica la EPS y el FONDO DE PENSIONES , donde se encuentra afiliado si es el caso, con documentación beneficiarios si se registra	Coordinador Apoyo	Verificación de la documentación entregada	Dirección Administrativa	Formato de afiliaciones EPS Y fondo de pensión	Formato con los datos del afiliado solicitante diligenciados* el grupo familiar debe pertenecer a la misma EPS.
36	Tramitar la afiliación o actualización al sistema general de salud EPS	Persona que va suscribir contrato	Diligenciar los datos correspondientes al afiliado solicitante y de los beneficiarios y acreditar los documentos requeridos para sustentar tal calidad según el caso y lo entrega a la coordinación de apoyo	Dirección Administrativa	Formato de afiliación EPS	Formato con los datos del afiliado solicitante diligenciados* el grupo familiar debe pertenecer a la misma EPS.
		Coordinador Apoyo	Diligenciar la parte correspondiente al empleador	Dirección Administrativa	Formato de afiliación EPS	Formato diligenciado

		Coordinador Apoyo	Firma el formulario por quien esté autorizado	Gerencia y/o Dirección Administrativa	Formato de afiliación EPS	Formato diligenciado y firmado.
		Coordinador Apoyo	Envía para su tramite a la EPS respectiva	Dirección Administrativa	Formato de afiliación EPS	Copia del formulario correspondiente al afiliado, y al empleador con sello de recibido.
No	ACTIVIDAD	EJECUTOR	TAREA	DONDE	REGISTRO Y/O DOCUMENTO	PRODUCTO Y/O RESULTADO
37	Tramitar la afiliación o actualización al sistema general de Pensiones	Persona que va suscribir contrato	La certificación debe indicar fecha de vinculación y debe estar vigente, diligenciar los datos correspondientes al afiliado solicitante	Dirección Administrativa	Formato de afiliación Fondo de Pensión	Formato con los datos del afiliado solicitante diligenciados.
		Coordinador Apoyo	Diligenciar la parte correspondiente al empleador	Dirección Administrativa	Formato de afiliación Fondo de Pensión	Formato diligenciado
		Coordinador Apoyo	Firma el formulario por quien esté autorizado	Dirección Administrativa	Formato de afiliación Fondo de Pensión	Formato diligenciado y firmado.
		Coordinador Apoyo	Radicar el formulario ante el correspondiente régimen o fondo de pensiones escogido y devolver las copias correspondientes.	Dirección Administrativa	Formato de afiliación Fondo de Pensión	Copia del formulario correspondiente al afiliado, y al empleador con sello de recibido.
38	Tramitar el formulario de afiliación al sistema General en Riesgos Profesionales	Coordinador Apoyo	Realizar la afiliación vía Internet con todos los datos de la persona que va a suscribir contrato e imprimir radicado de afiliación	Dirección Administrativa	Radicado de afiliación ARP	Formulario diligenciado
39	Tramitar el formulario de afiliación al fondo de cesantías	Coordinador Apoyo	Diligenciar el formulario de solicitud en la parte correspondiente a la información personal	Dirección Administrativa	Formato afiliación a fondo de cesantías	Formulario diligenciado en la parte correspondiente al afiliado solicitante.


		Coordinador Apoyo	Diligenciar la parte correspondiente a la vinculación laboral actual	Dirección Administrativa	Formato afiliación a fondo de cesantías	Formato de solicitud totalmente diligenciado y firmado
		Coordinador Apoyo	Firma el formulario por quien esté autorizado	Dirección Administrativa	Formato afiliación a fondo de cesantías	Formato diligenciado y firmado.
		Coordinador Apoyo	Radica el formulario ante la aseguradora y devolver las copias correspondientes.	Coordinación de Apoyo	Formato afiliación a fondo de cesantías	Copia del formulario correspondiente al afiliado, y al empleador con sello de recibido.
No	ACTIVIDAD	EJECUTOR	TAREA	DONDE	REGISTRO Y/O DOCUMENTO	PRODUCTO Y/O RESULTADO
40	Tramitar la afiliación a la caja de compensación familiar	Persona que va suscribir contrato	Diligenciar el formulario ante la caja de compensación familiar, con los datos del afiliado	Dirección Administrativa	Formato de afiliación caja de compensación	Copia del formulario correspondiente al afiliado,
		Coordinador Apoyo	Diligenciar el formulario con la parte correspondiente a los datos del empleador	Dirección Administrativa	Formato de afiliación caja de compensación	Copia del formulario correspondiente al afiliado, y al empleador
		Coordinador Apoyo	Revisión y firma de afiliación caja de compensación y pasa a coordinación de apoyo para continuar su tramite	Dirección Administrativa	Formato de afiliación caja de compensación	Oficio firmado.
		Coordinador Apoyo	Recibe de la Dirección Administrativa para numeración, radicación y envío	Dirección Administrativa	Formato de afiliación caja de compensación	copia de recibido
41	Elaboración contrato y entrega a la Gerencia	Coordinador Apoyo	Tramite de firmas entre las partes como testigos para legalización contrato	Gerencia	Contrato	Contrato legalizado
42	Expedir escarapela o identificación	Coordinador Apoyo	Diligenciar el trámite para la expedición de la identificación	Dirección Administrativa	No Aplica	Escarapela o identificación

43	Información de nómina para su inclusión	Coordinador Apoyo	Dejar para el proceso de nómina los datos requeridos tales como copias al carbón de las afiliaciones al sistema de seguridad social en salud, pensión, riesgos, afiliación al fondo de cesantías, a la caja de compensación familiar, copia de cedula y demás documentos	Dirección Administrativa	Copias de afiliaciones, Copia documentos, Autorización de consignación sueldo FO-030	Documentos soportes para pago y sistemas de seguridad social
44	Archivo de historia laboral de la documentación soporte para el sistema de seguridad social y pago	Coordinador Apoyo	Archivo de hoja de vida del nuevo trabajador	Dirección Administrativa	No Aplica	Historia laboral archivada

**CONTROL DE CAMBIOS**

VERSION	FECHA	PAG	APROBO	DESCRIPCION DE CAMBIOS
0	20/10/2008	Todas	Gerente	Versión Inicial
1	10/03/2009	Todas	Gerente	Cambio en el ejecutor de algunas actividades

# **ANEXO NO. 13**

	<b>PROTOCOLO VALORACIÓN ODONTOLOGIA GENERAL</b>	<b>CÓDIGO:</b> PT-002
		<b>FECHA:</b> 02/03/09
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

**1. OBJETIVO**

Registrar la identificación y las condiciones de salud del usuario para obtener un diagnóstico y un plan de tratamiento pertinentes a los hallazgos clínicos y necesidades del usuario.

**2. MATERIAL**

- Valoración FO-011

**3. EQUIPO**


- Unidad odontológica

**4. PROCEDIMIENTO**


**4.1** El paciente que ingresa por primera vez debe registrar sus datos personales en un desprendible para ser entregado en recepción donde se ingresan los datos de identificación al sistema y se transcriben al encabezado de la hoja de valoración

**4.2** Antes de ingresar el paciente, la auxiliar de servicio al cliente hace entrega de la hoja de valoración al odontólogo y este a su vez verifica la información de identificación del paciente. En el encabezado de la hoja de valoración aparecen los siguientes datos:

- No. : Corresponde al número de identificación del usuario
- Número de la cédula de ciudadanía: mayores de edad (mayor de 18 años)
- Número de tarjeta de identidad: menores de edad mayor a 7 años (7 años a 17 años).
- Número de registro civil: menores de siete (7) años.


	<b>PROTOCOLO VALORACIÓN ODONTOLOGIA GENERAL</b>	<b>CÓDIGO:</b> PT-002
		<b>FECHA:</b> 02/03/09
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

- Pasaporte o cédula de extranjería: Personas extranjeras
- Nota: En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de cédula de la madre o el padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar. Ejemplo: 53.456.789-2 si es el caso del segundo hijo.
- Fecha: Registre el día, mes, año en que se realiza el examen de primera vez.
- Identificación:
- 1er apellido: Registre el primer apellido tal y como aparezca en el documento de identificación del paciente.
- 2do apellido: registre el segundo apellido tal y como aparezca en el documento de identificación del paciente.
- Nombres: registre los nombres completos del paciente
- Profesión u oficio
- Edad: Registre en dos dígitos arábigos la edad del paciente.
- Fecha de nacimiento: registre el día, mes y año utilizando dos dígitos en números arábigos tal y como aparezca en el documento de identificación del paciente.
- Dirección de Residencia: registre la nomenclatura del lugar de residencia del paciente.
- Teléfono: Registre en números arábigos el número que suministre el paciente, del lugar donde sea mas fácil y seguro ubicar al paciente. Teléfono celular y dos fijos.

 Clínica de Estética Dental	<b>PROTOCOLO VALORACIÓN ODONTOLOGIA GENERAL</b>	<b>CÓDIGO:</b> PT-002
		<b>FECHA:</b> 02/03/09
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

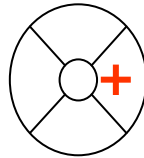
- 4.3** Al ingresar el paciente debe ser recibido por el odontólogo quien lo llama por el nombre (Ej.: Sr. (seguido del nombre) o Sra. Dr. o Dra., dependiendo de la profesión, edad etc.) luego hacer un corto saludo; en este momento en algunos casos se puede entablar una conversación corta sobre su ocupación y ampliar la información que trae en la hoja de valoración, esto con el fin de que el paciente entre en confianza y que el odontólogo conozca más al paciente.
- 4.4** El paciente debe indicársele que permanezca sentado de frente mirando al odontólogo para dar inicio a la valoración. Lo primero que pregunta el odontólogo es cual es el motivo de consulta y consignarlo entre comillas en el espacio indicado, resumidamente con las palabras del paciente.
- 4.5** Luego el odontólogo debe tratar de ampliar más la información preguntado acerca del motivo de consulta (Ej. Si el motivo de consulta es valoración estética preguntar que desea cambiar de su sonrisa, si el motivo es dolor desde hace cuanto lo presenta etc.) y consignar la información en el recuadro de observaciones.
- 4.6** Posteriormente el odontólogo debe preguntar acerca de antecedentes médicos y señalar en la casilla correspondiente y en caso de presentar algún antecedente ampliar la información en el recuadro de observaciones.
- 4.7** Se le pide al paciente que se recueste en el sillón para realizar el examen odontológico y completar el odontograma el cual debe ser diligenciado de acuerdo a las convenciones que maneja la clínica.

	<b>PROTOCOLO</b>	<b>CÓDIGO:</b> PT-002
--	------------------	-----------------------

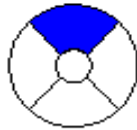
 Clínica de Estética Dental	<b>VALORACIÓN ODONTOLOGIA GENERAL</b>	FECHA: 02/03/09
		VERSIÓN: 0
		ELABORÓ: Coordinador de Apoyo
		REVISÓ: Director Administrativo
		APROBÓ: Gerente

### Convenciones Odontograma

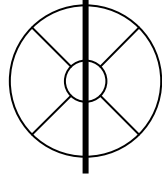
- Superficie cariado o recidiva (Rojo)



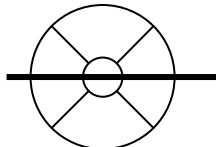
- Superficie obturada (Azul)



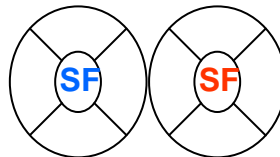
- Diente extracción individual (Negro)



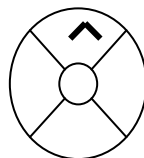
- Diente sin erupción (Negro)




- Sellante de fisura. Azul: Adaptado Rojo: Desadaptado



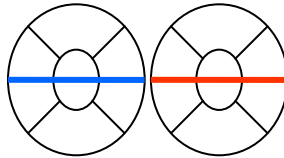
- Diente en erupción



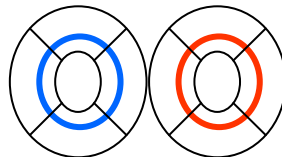
	<b>PROTOCOLO</b>	CÓDIGO: PT-002
--	------------------	----------------

 Clínica de Estética Dental	<b>VALORACIÓN ODONTOLOGIA GENERAL</b>	FECHA: 02/03/09
		VERSIÓN: 0
		ELABORÓ: Coordinador de Apoyo
		REVISÓ: Director Administrativo
		APROBÓ: Gerente


- Prótesis parcial fija con pontico. Azul: Adaptado. Rojo: Desadaptado



- Prótesis parcial fija pilar. Azul: Adaptado. Rojo: Desadaptado



- 4.8** Si se requiere valoración de estética, el odontólogo debe solicitar a la auxiliar para que de aviso a los directores de estética para ser valorado en ese momento, si no es posible en la siguiente cita debe realizarse esta valoración.
- 4.9** Se amplia información con el paciente sobre los hallazgos encontrados.
- 4.10** Una vez terminada la revisión se procede a ordenar el plan de tratamiento teniendo en cuenta las prioridades del paciente y su motivo de consulta. La valoración debe ser firmada con sello por el profesional.
- 4.11** Al paciente se le debe dar una explicación de los hallazgos encontrados y de las acciones a seguir. Requerimientos de ayudas diagnósticas, valoraciones con especialistas o los pasos a seguir para su tratamiento. Al paciente debe dársele la oportunidad de hacer preguntas sobre lo informado hasta que todo este claro.

 Clínica de Estética Dental	<b>PROTOCOLO VALORACIÓN ODONTOLOGIA GENERAL</b>	<b>CÓDIGO:</b> PT-002
		<b>FECHA:</b> 02/03/09
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

**4.12** El paciente es conducido hacia el área de negocios en donde si es necesario se utiliza el computador para ampliar alguna explicación de la parte clínica del tratamiento y luego es entregado a la auxiliar de servicio al cliente a quien debe explicársele brevemente el plan de tratamiento y dejar claro con que debe iniciar el paciente y cual seria la actividad de la próxima cita o si requiere solicitar algunos exámenes complementarios, para que ella también si es el caso le muestre fotos de tratamientos similares e inicie el proceso de explicación de los beneficios de la clínica, la cotización y el cierre de negocios.

**4.13** Posteriormente el paciente es conducido por la auxiliar de servicio al cliente a recepción en donde se programara la próxima cita dejando consignado en la hoja de valoración (FO-011) lo que se acuerda finalmente con el paciente.

<b>CONTROL DE CAMBIOS</b>				
<b>VERSION</b>	<b>FECHA</b>	<b>PAG</b>	<b>APROBO</b>	<b>DESCRIPCION DE CAMBIOS</b>
0	02/03/09	Todas	Gerente	Versión Inicial

# **ANEXO NO. 14**



# CONTROL DE REGISTROS

**CÓDIGO:** FO-003

**FECHA:** 16/10/08

**VERSIÓN:** 0

**ELABORÓ:** Coordinador de Apoyo

**REVISÓ:** Director Administrativo

**APROBÓ:** Gerente

CÓDIGO	NOMBRE DE REGISTRO	RESPONSABLE DE LA CUSTODIA - PROTECCION	ALMACENAMIENTO - UBICACIÓN		RECUPERACIÓN	TIEMPO DE RETENCIÓN	DISPOSICION	OBSERVACIONES
			CARPETA ELECTRÓNICA	CARPETA FÍSICA				
FO-001	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS	COORDINADOR DE APOYO	D:\Mis documentos\ADMON\SIS TEMA DE GESTION CALIDAD\FORMATOS	N.A.	BUSQUEDA EN CARPETA ELECTRONICA	N.A	N.A	El registro de encuentra en el computador de nombre Auditoria. El registro no se elimina debido a que es un registro electrónico
FO-002	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS EXTERNOS	COORDINADOR DE APOYO	D:\Mis documentos\ADMON\SIS TEMA DE GESTION CALIDAD\FORMATOS	N.A.	BUSQUEDA EN CARPETA ELECTRONICA	N.A	N.A	El registro de encuentra en el computador de nombre Auditoria. El registro no se elimina debido a que es un registro electrónico
FO-003	CONTROL DE REGISTROS	COORDINADOR DE APOYO	D:\Mis documentos\ADMON\SIS TEMA DE GESTION CALIDAD\FORMATOS	N.A	BUSQUEDA EN CARPETA ELECTRONICA	N.A	N.A	El registro de encuentra en el computador de nombre Auditoria. El registro no se elimina debido a que es un registro electrónico

FO-004	PLAN DE AUDITORIA	COORDINADOR DE APOYO	N.A.	ARCHIVO NO. 5 CAJON NO. 3	BUSQUEDA CARPETA AUDITORIA INTERNA	3 AÑOS	DESECHO	
FO-005	LISTA DE VERIFICACIÓN DE AUDITORIA	COORDINADOR DE APOYO	N.A.	ARCHIVO NO. 5 CAJON NO. 3	BUSQUEDA CARPETA AUDITORIA INTERNA	3 AÑOS	DESECHO	
FO-006	PROGRAMA DE AUDITORIAS	COORDINADOR DE APOYO	N.A.	ARCHIVO NO. 5 CAJON NO. 3	BUSQUEDA CARPETA AUDITORIA INTERNA	3 AÑOS	DESECHO	
FO-007	REPORTE DE AUDITORIA	COORDINADOR DE APOYO	N.A.	ARCHIVO NO. 5 CAJON NO. 3	BUSQUEDA CARPETA AUDITORIA INTERNA	3 AÑOS	DESECHO	
FO-008	ACCIONES DE MEJORA	COORDINADOR DE APOYO	N.A.	ARCHIVO NO. 5 CAJON NO. 3	BUSQUEDA CARPETA ACCIONES DE MEJORA	3 AÑOS	DESECHO	
FO-009	REPORTE DE GARANTIA	COORDINADOR DE APOYO	N.A.	ARCHIVO NO. 1 CAJON NO. 3	BUSQUEDA POR CARPETA REPORTE	2 AÑOS	DESECHO	
FO-010	REGISTRO INICIAL DE PACIENTES	AUXILIAR DE ARCHIVO	N.A.	ARCHIVO GENERAL DE HISTORIAS CLINICAS	BUSQUEDA POR CEDULA DE PACIENTE	N.A	N.A	El registro se encuentra en la historia clínica de cada paciente. Este formato se elimina cuando se elimine la historia clínica del paciente.
FO-011	VALORACIÓN	AUXILIAR DE ARCHIVO	N.A.	ARCHIVO GENERAL DE HISTORIAS CLINICAS	BUSQUEDA POR CEDULA DE PACIENTE	N.A	N.A	El registro se encuentra en la historia clínica de cada paciente. Este formato se elimina cuando se elimine la historia clínica del paciente.

FO-012	COTIZACIÓN	AUXILIAR DE ARCHIVO	N.A.	ARCHIVO GENERAL DE HISTORIAS CLINICAS	BUSQUEDA POR CEDULA DE PACIENTE	N.A	N.A	El registro se encuentra en la historia clínica de cada paciente. Este formato se elimina cuando se elimine la historia clínica del paciente.
FO-013	MEDICIÓN DE INDICADORES	COORDINADOR DE APOYO	D:\Mis documentos\ADMON\SIS TEMA DE GESTION CALIDAD\INDICADORES	N.A.	BUSQUEDA EN CARPETA ELECTRONICA	N.A	N.A	El registro de encuentra en el computador de nombre Auditoria. El registro no se elimina debido a que es un registro electrónico
FO-014	RETIRO VOLUNTARIO DEL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA	AUXILIAR DE ARCHIVO	N.A.	ARCHIVO GENERAL DE HISTORIAS CLINICAS	BUSQUEDA POR CEDULA DE PACIENTE	N.A	N.A	El registro se encuentra en la historia clínica de cada paciente. Este formato se elimina cuando se elimine la historia clínica del paciente.
FO-015	PEDIDO DE ADITAMENTOS E IMPLANTES	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	N.A.	ARCHIVO NO. 5 CAJON NO.2	BUSQUEDA CARPETA IMPLANTES	1 AÑO	RECICLAJE	
FO-016	HISTORIA CLINICA ODONTOLÓGICA	AUXILIAR DE ARCHIVO	N.A.	ARCHIVO GENERAL DE HISTORIAS CLINICAS	BUSQUEDA POR CEDULA DE PACIENTE	N.A	N.A	El registro se encuentra en la historia clínica de cada paciente. Este formato se elimina cuando se elimine la historia clínica del paciente.
FO-017	ESTADO DE CUENTA	AUXILIAR DE ARCHIVO	N.A.	ARCHIVO GENERAL DE HISTORIAS CLINICAS	BUSQUEDA POR CEDULA DE PACIENTE	N.A	N.A	El registro se encuentra en la historia clínica de cada paciente. Este formato se elimina cuando se elimine la historia clínica del paciente.
FO-018	ESTADO DE CUENTA DE ORTODONCIA	AUXILIAR DE ARCHIVO	N.A.	ARCHIVO GENERAL DE HISTORIAS CLINICAS	BUSQUEDA POR CEDULA DE PACIENTE	N.A	N.A	El registro se encuentra en la historia clínica de cada paciente. Este formato se elimina cuando se elimine la historia clínica del paciente.

FO-019	ENTREGA DE ADITAMENTOS E IMPLANTES	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	N.A.	ARCHIVO NO. 5 CAJON NO.2	BUSQUEDA CARPETA IMPLANTES	1 AÑO	RECICLAJE	
FO-020	SU OPINIÓN ES MUY IMPORTANTE	COORDINADOR DE APOYO	N.A.	ARCHIVO NO. 3	BUSQUEDA POR AZ CON NOMBRE BUZÓN DE SUGERENCIAS	4 MESES	RECICLAJE	
FO-021	PERMISOS	COORDINADOR DE APOYO	N.A.	ARCHIVO NO. 5 CAJON NO. 1	BUSQUEDA EN CARPETA PERMISOS	6 MESES	DESECHO	
FO-024	PLANILLA DE MERCADEO DIARIO	AUXILIAR DE MERCADEO	NA	ESCRITORIOS ASIGNADOS PARA MERCADEO	BUSQUEDA EN EL ESCRITORIO DE CADA AUXILIAR DE MERCADEO	6 MESES	RECICLAJE	El registro se encuentra en los escritorios asignados para cada auxiliar de mercadeo
FO-029	CARTA DE AFILIACIÓN VOLUNTARIA	COORDINADOR DE APOYO	N.A.	ARCHIVO NO. 2 CAJON NO. 2	BUSQUEDA POR NOMBRE DEL EMPLEADO ESTAN ORDENADOS ALFABETICAMENTE POR APELLIDO	N.A	N.A	El registro se encuentra archivado en la carpeta de la hoja de vida de cada empleado por lo tanto no es eliminado
FO-030	CARTA AUTORIZACIÓN CONSIGNACIÓN	COORDINADOR DE APOYO	N.A.	ARCHIVO NO. 2 CAJON NO. 2	BUSQUEDA POR NOMBRE DEL EMPLEADO ESTAN ORDENADOS ALFABETICAMENTE POR APELLIDO	N.A	N.A	El registro se encuentra archivado en la carpeta de la hoja de vida de cada empleado por lo tanto no es eliminado
FO-031	REGISTRO DE VACACIONES	COORDINADOR DE APOYO	D:\Mis documentos\ADMINISTRACION PERSONAL\NOVEDADES	N.A	BUSQUEDA EN CARPETA ELECTRONICA	N.A	N.A	El registro se encuentra en el computador de nombre Auditoria. El registro no se elimina debido a que es un registro electrónico

FO-033	REGISTRO DE LICENCIAS	COORDINADOR DE APOYO	D:\Mis documentos\ADMINISTRACION PERSONAL\NOVEDADES	N.A	BUSQUEDA EN CARPETA ELECTRONICA	N.A	N.A	El registro de encuentra en el computador de nombre Auditoria. El registro no se elimina debido a que es un registro electrónico
FO-034	REGISTRO DE PERMISOS	COORDINADOR DE APOYO	D:\Mis documentos\ADMINISTRACION PERSONAL\NOVEDADES	N.A	BUSQUEDA EN CARPETA ELECTRONICA	N.A	N.A	El registro de encuentra en el computador de nombre Auditoria. El registro no se elimina debido a que es un registro electrónico
FO-035	REGISTRO DE INCAPACIDADES	COORDINADOR DE APOYO	D:\Mis documentos\ADMINISTRACION PERSONAL\NOVEDADES	N.A	BUSQUEDA EN CARPETA ELECTRONICA	N.A	N.A	El registro de encuentra en el computador de nombre Auditoria. El registro no se elimina debido a que es un registro electrónico
FO-036	REGISTRO DE INGRESOS Y RETIROS DE PERSONAL	COORDINADOR DE APOYO	D:\Mis documentos\ADMINISTRACION PERSONAL\NOVEDADES	N.A	BUSQUEDA EN CARPETA ELECTRONICA	N.A	N.A	El registro de encuentra en el computador de nombre Auditoria. El registro no se elimina debido a que es un registro electrónico
FO-037	HORAS EXTRAS	COORDINADOR DE APOYO	N.A.	ARCHIVO NO. 5 CAJON NO. 1	BUSQUEDA EN CAJA CON NOMBRE HORAS EXTRAS	1 MES	DESECHO	El registro solo es utilizado para la liquidación de nomina del periodo, luego se desecha
FO-038	CONTROL DE REGISTRO ENTRADA DE PERSONAL	COORDINADOR DE APOYO	N.A.	ARCHIVO NO. 5 CAJON NO. 3	BUSQUEDA CARPETA	6 MESES	DESECHO	El registro se encuentra en el cajón señalado legado a una carpeta naranja
FO-039	CONTROL DE REGISTRO SALIDA DE PERSONAL	COORDINADOR DE APOYO	N.A.	ARCHIVO NO. 5 CAJON NO. 3	BUSQUEDA CARPETA	6 MESES	DESECHO	El registro se encuentra en el cajón señalado legado a una carpeta naranja
FO-040	NOMINA	COORDINADOR DE APOYO	D:\Mis documentos\NOMINA	ARCHIVO NO.5 CAJON NO.3	BUSQUEDA CARPETA NOMINA	2 AÑOS	DESECHO	

FO-042	HOJA DE CONTROL	COORDINADOR DE APOYO	N.A.	ARCHIVO NO. 2 CAJON NO. 2	BUSQUEDA POR NOMBRE DEL EMPLEADO	N.A	N.A	El registro se encuentra archivado en la carpeta de la hoja de vida de cada empleado por lo tanto no es eliminado
FO-045	ORDEN DE COMPRA	SECRETARIA GENERAL	N.A.	ARCHIVO NO. 3	BUSQUEDA AZ CON NOMBRE ORDEN DE COMPRAS	1 AÑO	RECICLAJE	El registro se guarda en la AZ orden de compras en el archivador
FO-046	ARQUEO DE CAJA	ARQUEO DE CAJA	N.A.	ARCHIVO NO. 1 CAJON NO. 3	BUSQUEDA POR CARPETA ARQUEO DE CAJA	1 AÑO	RECICLAJE	
FO-053	TAREA	AUXILIAR DE ARCHIVO	N.A.	ARCHIVO GENERAL DE HISTORIAS CLINICAS MODULO 2	BUSQUEDA AZ CON NOMBRE TAREAS DE REHABILITACIÓN	1 AÑO	DESECHO	El registro se encuentra en el archivo de historias clínica en una AZ con nombre tareas de rehabilitación es archivado con el nombre del rehabilitador
FO-054	PLANILLA DE INCONFORMIDADES DE PACIENTES	COORDINADOR CLINICO	D:\Mis documentos\ADMIN\INCONFORMIDADES	N.A.	BUSQUEDA EN CARPETA ELECTRONICA	N.A	N.A	El registro de encuentra en el computador de nombre Auditoria. El registro no se elimina debido a que es un registro electrónico
FO-055	CONSENTIMIENTO DE ORTODONCIA	AUXILIAR DE ARCHIVO	N.A.	ARCHIVO GENERAL DE HISTORIAS CLINICAS	BUSQUEDA POR CEDULA DE PACIENTE	N.A	N.A	El registro se encuentra en la historia clínica de cada paciente. Este formato se elimina cuando se elimine la historia clínica del paciente.
FO-056	HISTORIA CLINICA DE ORTODONCIA	AUXILIAR DE ARCHIVO	N.A.	ARCHIVO GENERAL DE HISTORIAS CLINICAS	BUSQUEDA POR CEDULA DE PACIENTE	N.A	N.A	El registro se encuentra en la historia clínica de cada paciente. Este formato se elimina cuando se elimine la historia clínica del paciente.

FO-057	PROGRAMACIÓN DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN	COORDINADOR DE APOYO	D:\Mis documentos\ADMON\SIS TEMA DE GESTION CALIDAD\FORMATOS	N.A.	BUSQUEDA EN CARPETA ELECTRONICA	2 AÑOS	ELIMINACIÓN	El registro de encuentra en el computador de nombre Auditoria. E
FO-058	LISTADO DE ASISTENCIA	COORDINADOR DE APOYO	N.A.	ARCHIVO NO.5 CAJON NO.3	BUSQUEDA POR CARPETA CON NOMBRE CAPACITACIÓN	1 AÑO	RECICLAJE	
FO-059	ORDEN DE LABORATORIO	AUXILIAR DE MERCADEO / AUXILIAR ODONTOLOGIA	N.A.	ESCRITORIO MERCADEO 5 / ESCRITORIO ORTODONCIA	BUSQUEDA POR CARPETA CON NOMBRE ORDENES DE LABORATORIO	6 MESES	DESECHO	La auxiliar de mercadeo encargada de laboratorios es la responsable de archivar las ordenes de laboratorio que pertenecen a la parte rehabilitación y la auxiliar de odontología encargada de laboratorios es responsable de archivar las ordenes de laboratorio que pertenecen a la parte de ortodoncia
FO-060	INSCRIPCIÓN DE PROVEEDORES	SECRETARIA GENERAL	N.A.	ARCHIVO NO. 3	BUSQUEDA AZ CON NOMBRE ORDEN DE COMPRAS	1 AÑO	RECICLAJE	El registro se guarda en la AZ orden de compras en el archivador
FO-061	EVALUACIÓN DE PROVEEDORES	SECRETARIA GENERAL	N.A.	ARCHIVO NO. 3	BUSQUEDA AZ CON NOMBRE ORDEN DE COMPRAS	1 AÑO	RECICLAJE	El registro se guarda en la AZ orden de compras en el archivador
FO-062	LISTADO DE PROVEEDORES	SECRETARIA GENERAL	N.A.	ARCHIVO NO. 3	BUSQUEDA AZ CON NOMBRE ORDEN DE COMPRAS	1 AÑO	RECICLAJE	El registro se guarda en la AZ orden de compras en el archivador
FO-063	REEVALUACIÓN DE PROVEEDORES	SECRETARIA GENERAL	N.A.	ARCHIVO NO. 3	BUSQUEDA AZ CON NOMBRE ORDEN DE COMPRAS	1 AÑO	RECICLAJE	El registro se guarda en la AZ orden de compras en el archivador

FO-064	AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS DE REHABILITACIÓN	AUDITOR CLINICO	\\Cliniden-lilian\Mis documentos\AUDITORIA HISTORIAS CLINICAS	ARCHIVO NO. 2 CAJON NO. 3	BUSQUEDA EN CARPETA ELECTRONICA	1 AÑO	RECICLAJE	El registro se guarda en el portátil de administración y cuando se presenten situaciones inusuales es necesario imprimirlo y se guardara en el archivo correspondiente
FO-065	AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA	AUDITOR CLINICO	\\Cliniden-lilian\Mis documentos\AUDITORIA HISTORIAS CLINICAS	ARCHIVO NO. 2 CAJON NO. 3	BUSQUEDA EN CARPETA ELECTRONICA	1 AÑO	RECICLAJE	El registro se guarda en el portátil de administración y cuando se presenten situaciones inusuales es necesario imprimirlo y se guardara en el archivo correspondiente
FO-066	AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS DE ODONTOLOGIA GENERAL	AUDITOR CLINICO	\\Cliniden-lilian\Mis documentos\AUDITORIA HISTORIAS CLINICAS	ARCHIVO NO. 2 CAJON NO. 3	BUSQUEDA EN CARPETA ELECTRONICA	1 AÑO	RECICLAJE	El registro se guarda en el portátil de administración y cuando se presenten situaciones inusuales es necesario imprimirlo y se guardara en el archivo correspondiente
FO-067	AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS DE CIRUGIA Y ENDODONCIA	AUDITOR CLINICO	\\Cliniden-lilian\Mis documentos\AUDITORIA HISTORIAS CLINICAS	ARCHIVO NO. 2 CAJON NO. 3	BUSQUEDA EN CARPETA ELECTRONICA	1 AÑO	RECICLAJE	El registro se guarda en el portátil de administración y cuando se presenten situaciones inusuales es necesario imprimirlo y se guardara en el archivo correspondiente
FO-068	AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS DE PERIODONCIA	AUDITOR CLINICO	\\Cliniden-lilian\Mis documentos\AUDITORIA HISTORIAS CLINICAS	ARCHIVO NO. 2 CAJON NO. 3	BUSQUEDA EN CARPETA ELECTRONICA	1 AÑO	RECICLAJE	El registro se guarda en el portátil de administración y cuando se presenten situaciones inusuales es necesario imprimirlo y se guardara en el archivo correspondiente

FO-069	HISTORIAL DE MANTENIMIENTO	SECRETARIA GENERAL	N.A.	ARCHIVO NO. 3	BUSQUEDA AZ CON NOMBRE HOJA DE VIDA EQUIPOS	N.A	N.A	El registro se desecha cuando el equipo se da de baja
FO-070	ACTA DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	COORDINADOR DE APOYO	N.A.	ARCHIVO NO. 5 CAJON NO. 3	BUSQUEDA CARPETA REVISIÓN	5 AÑOS	DESECHO	
FO-071	PLAN DE MANTENIMIENTO	SECRETARIA GENERAL	N.A.	ARCHIVO NO. 3	BUSQUEDA AZ CON NOMBRE HOJA DE VIDA EQUIPOS	N.A	N.A	El registro no se elimina hasta que no se presente una modificación a la información contenida
FO-072	CUSTODIA DE HISTORIAS CLINICAS	AUXILIAR DE ARCHIVO	N.A,	ESCRITORIO AUXILIAR DE ARCHIVO	BUSQUEDA CARPETA CUSTODIA DE HSITORIAS CLINICAS	4 MESES	DESECHO	El formato se mantendrá en el escritorio del auxiliar de archivo debido a que es utilizado constantemente
	CONSENTIMIENTO DE REHABILITACIÓN	AUXILIAR DE ARCHIVO	N.A.	ARCHIVO GENERAL DE HISTORIAS CLINICAS	BUSQIEDA POR CEDULA DE PACIENTE	N.A	N.A	El registro se encuentra en la historia clínica de cada paciente. Este formato se elimina cuando se elimine la historia clínica del paciente.
	CONSENTIMIENTO CIRUGIA	AUXILIAR DE ARCHIVO	N.A.	ARCHIVO GENERAL DE HISTORIAS CLINICAS	BUSQIEDA POR CEDULA DE PACIENTE	N.A	N.A	El registro se encuentra en la historia clínica de cada paciente. Este formato se elimina cuando se elimine la historia clínica del paciente.
	COTIZACIÓN DE IMPLANTE	AUXILIAR DE ARCHIVO	N.A.	ARCHIVO GENERAL DE HISTORIAS CLINICAS	BUSQIEDA POR CEDULA DE PACIENTE	N.A	N.A	El registro se encuentra en la historia clínica de cada paciente. Este formato se elimina cuando se elimine la historia clínica del paciente.
	PLAN TRATAMIENTO REHABILITACION	AUXILIAR DE ARCHIVO	N.A.	ARCHIVO GENERAL DE HISTORIAS CLINICAS	BUSQIEDA POR CEDULA DE PACIENTE	N.A	N.A	El registro se encuentra en la historia clínica de cada paciente. Este formato se elimina cuando se elimine la historia clínica del paciente.

	INCREMENTOS	AUXILIAR DE ARCHIVO	N.A.	ARCHIVO GENERAL DE HISTORIAS CLINICAS	BUSQUEDA POR CEDULA DE PACIENTE	N.A	N.A	El registro se encuentra en la historia clínica de cada paciente. Este formato se elimina cuando se elimine la historia clínica del paciente.
	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS CON EL USUARIO	AUXILIAR DE ARCHIVO	N.A.	ARCHIVO GENERAL DE HISTORIAS CLINICAS	BUSQUEDA POR CEDULA DE PACIENTE	N.A	N.A	El registro se encuentra en la historia clínica de cada paciente. Este formato se elimina cuando se elimine la historia clínica del paciente.
	RECIBOS DE CAJA	AUXILIAR CONTABLE	N.A.	ARCHIVO GENERAL DE HISTORIAS CLINICAS MODULO 1	BUSQUEDA POR AZ CON EL NOMBRE RESPECTIVO	5 AÑOS	DESECHO	El registro se mantiene un año en el archivo general y después de esto es trasladado a bodega
	FACTURA DE VENTA	AUXILIAR CONTABLE	N.A.	ARCHIVO GENERAL DE HISTORIAS CLINICAS MODULO 1	BUSQUEDA POR AZ CON EL NOMBRE RESPECTIVO	5 AÑOS	DESECHO	El registro se mantiene un año en el archivo general y después de esto es trasladado a bodega
	COMPROBANTE DE INGRESO	AUXILIAR CONTABLE	N.A.	ARCHIVO GENERAL DE HISTORIAS CLINICAS MODULO 1	BUSQUEDA POR AZ CON EL NOMBRE RESPECTIVO	5 AÑOS	DESECHO	El registro se mantiene un año en el archivo general y después de esto es trasladado a bodega
	COMPROBANTE DE EGRESO	AUXILIAR CONTABLE	N.A.	ARCHIVO GENERAL DE HISTORIAS CLINICAS MODULO 1	BUSQUEDA POR AZ CON EL NOMBRE RESPECTIVO	5 AÑOS	DESECHO	El registro se mantiene un año en el archivo general y después de esto es trasladado a bodega
	LISTADO DE CITAS DEL DIA	AUXILIAR DE ARCHIVO	N.A.	ESCRITORIO AUXILIAR DE ARCHIVO	BUSQUEDA DE CARPETA CON NOMBRE	3 MESES	DESECHO	

	LISTADO DE CITAS DEL DIA POR CEDULA	ARQUEO DE CAJA	N.A.	ESCRITORIO AUXILIAR DE ARCHIVO	BUSQUEDA DE CARPETA CON NOMBRE	<b>3 MESES</b>	<b>DESECHO</b>	
--	---	-------------------	------	--------------------------------------	--------------------------------------	----------------	----------------	--

# **ANEXO NO. 15**



Clinica de Estética Dental

**PLAN DE CALIDAD**

**CODIGO:** PC-001

**FECHA:** 01/12/08

**VERSION:** 0

**ELABORO:** Coordinador de Apoyo

**REVISION:** Director Administrativo

**APROBO:** Gerente

PROCESO	No.	ACTIVIDAD	QUIEN LO HACE?	DOCUMENTO	REGISTROS	RECURSOS
ATENCIÓN AL CLIENTE	1	Recepción del paciente	Recepcionista	Atención personalizada usuario programado (GU-002); Atención personalizada del usuario por primera vez (GU-003); Usuario para atención oportuna de urgencias (GU-004)	Agendas sistema Odontolgy	Computador/ Software Odontology
	2	Atención personalizada del paciente	Recepcionista	Atención personalizada usuario programado (GU-002); Atención personalizada del usuario por primera vez (GU-003); Usuario para atención oportuna de urgencias (GU-004)	Registro inicial de pacientes (FO-010); Valoración (FO-011); Cotización (FO-012); Estado de cuenta (FO-017); Estado de cuenta ortodoncia (FO-018); Historia clínica odontológica (FO-016)	Computador/ Software Odontology

	3	Pasar historia clínica del paciente a servicio al cliente	Recepcionista	Cumplimiento de programación (GU-016)	Listado citas del día / Sistema Odontology	NA
	4	Anunciar al paciente ante el odontólogo programado	Auxiliar de servicio al cliente	Historia Clínica	Historia Clínica	NA
ATENCION ODONTOLÓGICA	5	Alistar la unidad odontológica para la atención del paciente	Auxiliar de odontología	Historia Clínica ; Protocolos Clínicos	NA	Unidad Odontológica, instrumental y material requerido
	6	Pasar al paciente para su atención	Auxiliar de odontología	Historia Clínica	Historia Clínica	NA
	7	Realizar procedimiento según requerimiento	Odontólogo / Especialista	Historia Clínica ; Protocolos Clínicos	Historia clínica Odontológica (FO-016)	Unidad Odontológica, instrumental, material y equipo odontológico requerido
	8	Pasar con el paciente a recepción o a sala de negocios	Odontólogo / Especialista	NA	NA	NA
	9	Dar indicaciones a la recepcionista sobre próxima cita	Odontólogo / Especialista	NA	Historia clínica odontológica (FO-16); Valoración (FO011)	NA
	10	Dar indicaciones a la auxiliar de servicio al cliente para explicación de tratamiento y cotización	Odontólogo / Especialista	NA	Historia clínica odontológica (FO-16); Valoración (FO011)	NA

ATENCIÓN AL CLIENTE	11	Explicar cotización y tratamiento al paciente según indicaciones del paciente	Auxiliar de servicio al cliente	Cotización (GU-015)	Historia clínica odontológica (FO-16); Valoración (FO011)	Computador
	12	Realizar programación de próxima cita	Recepcionista	Programación próxima cita (GU-005)	Historia clínica odontológica (FO-16); Valoración (FO011)	Computador / Software Odontology

# **ANEXO NO. 16**

	<h1>REPORTE DE GARANTIA</h1>	<b>CÓDIGO:</b> FO-009
		<b>FECHA:</b> 16/10/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

**NOMBRE DEL CLIENTE:** Aura Josefa Martines **FECHA:** Marzo 30 de 2009

**ODONTOLOGO Y/O ESPECIALISTA:** Dra. Natalia Grandas

**TRATAMIENTO REALIZADO:** Prótesis removible inferior

**LABORATORIO:** Estética Dental - Juan Carlos Parra

**FECHA DE ULTIMA ATENCION:** Febrero 15 de 2009

REPORTE DE LA SITUACION	
<p>El metal de la prótesis es muy delgado por lo tanto no tiene suficiente agarre.</p>	
<b>PRESENTADO POR:</b>	Dra. Sandra Roa

PLAN A SEGUIR	
<p>Solicitar al laboratorio repetición del trabajo por garantía e iniciar nuevamente el tratamiento a la paciente</p>	
<b>AUTORIZADO POR:</b>	Dra. Sandra Roa

# **ANEXO NO. 17**



# ACCIONES DE MEJORA

<b>CÓDIGO:</b> FO-008
<b>FECHA:</b> 16/10/08
<b>VERSIÓN:</b> 0
<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
<b>APROBÓ:</b> Gerente

<b>FECHA:</b> Abril de 2008	<b>CONSECUTIVO No:</b> 14
<b>NOMBRE QUIEN ABRE LA ACCION:</b> Laura Beltrán - Coordinador de apoyo	

<b>ACCION DE MEJORA</b>	<b>ACCION CORRECTIVA</b>	<b>X</b>	<b>ACCION PREVENTIVA</b>
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------------

FUENTE DE INFORMACIÓN			
1. Producto No Conforme	<input type="checkbox"/>		4. Satisfacción del Cliente
2. Revisión por la Dirección	<input type="checkbox"/>		5. Otros
3. Desempeño de Procesos	<input type="checkbox"/>		
Otros: Informe Auditoria interna			


DESCRIPCION DE LA SITUACIÓN, PROBLEMA O NO CONFORMIDAD
No se esta diligenciando completamente la orden de compra FO-045, falta la parte de verificación del producto recibido

ANÁLISIS DE CAUSAS (CAUSA PRINCIPAL)
Debido a que el formato es demasiado amplio en esta parte, muchas veces las personas encargadas de diligenciar la orden de compra, no cuentan con el tiempo necesario para realizar esta actividad

ACCION A TOMAR (PARA ELIMINAR LA CAUSA)		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FIRMA
Modificar el formato de orden de compra en la parte de verificación permitiendo que esta actividad sea mas rápida y sencilla	Coordinador de Apoyo	

<b>FECHA LIMITE PARA CONCRETAR ACCION A TOMAR:</b>	Abril 20 de 2009
--	------------------

# **ANEXO NO. 18**

	<b>ACTA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>	<b>CODIGO:</b> FO-001
		<b>FECHA:</b> 22/09/08
		<b>VERSION:</b> 0
		<b>ELABORO:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISION:</b> Director Administrativo
		<b>APROBO:</b> Gerente

## REVISION POR LA DIRECCION No. 1

<b>FECHA:</b> Abril 13 de 2009	
<b>PARTICIPANTES:</b>	
<b>CARGO</b>	<b>NOMBRE</b>
Gerente	Jairo Alberto Duran
Director Administrativo	Juan Carlos Sánchez
Coordinador Clínico	Sandra Patricia Roa
Coordinador de Apoyo	Laura Carolina Beltrán

INFORMACION PARA LA REVISION	
<b>RESULTADOS DE AUDITORIAS</b>	<p>La auditoria realizada el 30 y 31 de marzo tuvo como resultado 14 no conformidades las cuales fueron:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No se presenta certificado de calibración de los dispositivos de seguimiento y medición</li> <li>2. Se encontró que algunas historias clínicas no se esta diligenciamiento la identificación del usuario</li> <li>3. No se tiene claridad acerca de a que proceso pertenece cada empleado y acerca de cuales procedimientos intervienen en los procesos de atención odontológica y atención al cliente</li> <li>4. No se tienen claros los conceptos de acciones correctivas y preventivas que están definidos en el procedimiento PR-003 de acciones correctivas y preventivas.</li> <li>5. En algunas historias clínicas falta evidencia en la aceptación por parte del cliente del servicio a prestar</li> <li>6. Las empleadas del área de recepción, deben entregar el buzón de sugencias formato FO-020, a un numero mayor de clientes.</li> <li>7. No se esta realizando la actividad de arqueo de caja que se define en la caracterización de este proceso y en la guía GU-033</li> <li>8. No se han evaluado algunos de los proveedores de la empresa</li> </ol>

	<p>9. No existe evidencia de la reevaluación de algunos de los proveedores</p> <p>10. No se esta diligenciando el formato de orden de compra FO-45 completamente, falta la verificación del producto comprado</p> <p>11. No se encuentran completos los soportes de los perfiles de los siguientes empleados: Jennifer Almeyda, Yanir Quintero y Diana Guerrero</p> <p>12. Algunos documentos del sistema de gestión de calidad no estaban en sus puntos de uso, como esta establecido en el listado maestro de documentos FO-001</p> <p>13. No se ha realizado revisión por la dirección</p> <p>14. Falta comprensión de la política de calidad de la empresa</p>
<b>RETROALIMENTACION DEL CLIENTE</b>	<p>Aunque el promedio obtenido para el nivel de satisfacción del cliente es del 91%, se presenta muchas quejas acerca de la atención puntual, un gran porcentaje 25% de pacientes son atendidos después de la hora de la cita.</p>
<b>DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD DEL PRODUCTO</b>	<p>De manera general se realizo una revisión de todos los indicadores del sistema de gestión de calidad, resaltando principalmente los siguientes hechos:</p> <p>Se observo el desempeño de la satisfacción del cliente, la cual se ha considerado que fue satisfactoria para la empresa pues obtuvo calificaciones un promedio del 91%. Por tal motivo se considera que para las próximas mediciones la meta del indicador debe ser superior, quedando en un 90%</p> <p>Para el indicador de porcentaje de iniciados sobre valorados, se obtuvo un promedio 55% de pacientes iniciados muy por debajo de la meta del 75%</p> <p>El indicador de AVANCE DEL S.G.C muestra que la implementación del sistema de gestión de calidad tuvo un gran adelanto según lo presupuestado inicialmente, demostrando el compromiso de la empresa para con el.</p> <p>Se observo que en promedio un 25% de los pacientes son atendidos después de la hora de la cita, esta cifra se obtuvo en mayor parte por los pacientes de ortodoncia, debido a que los ortodoncistas atienden a dos unidades.</p> <p>Los estados financieros no se han presentado debido a fallas del sistema contable, debido a que el contador anterior no verifico el correcto funcionamiento de este software</p> <p>Se presenta un alto porcentaje para el indicador de rotación de personal, debido a que falta políticas de motivación para los empleados.</p>
<b>ESTADO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS</b>	<p>Se han presentado 15 acciones, de las cuales 6 son acciones correctivas, 9 preventivas y 4 de mejora</p> <p>De las 15 acciones registradas se han cerrado 13 y quedan abiertas 2, correspondientes a mejoras en la bioseguridad de la clínica y sistematización del inventario general.</p>

<b>REVISION POR LA DIRECCION ANTERIORES</b>	No aplica
<b>CAMBIOS QUE PUEDEN AFECTAR EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>	Próximamente se abrirá una sede de Clinident en Ruitoque, por lo tanto es necesario planificar la implementación del sistema de gestión de calidad en esta sucursal.

<b>RESULTADOS DE LA REVISION</b>	
<b>REVISION DE LA POLITICA DE CALIDAD Y LOS OBJETIVOS DE CALIDAD</b>	Se revisó la política de calidad y los objetivos de calidad y se consideró que se encuentran adecuados y actualizados de acuerdo a la realidad de la empresa. Se hace la observación sobre el objetivo de calidad "IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD", el cual debe ser modificado una vez se obtenga la certificación según la norma NTC ISO 9001:2008.
<b>MEJORA DE LA EFICACIA DEL S.G.C</b>	<p>Se deja constancia que una vez obtenida la certificación en ISO 9001:2008, se debe modificar el objetivo de calidad que habla de la implementación de un sistema de gestión de calidad. Debe modificarse por un objetivo de mantenimiento del sistema de gestión junto con un nuevo indicador de medición.</p> <p>Se debe realizar seguimiento a la actividades de mejora planteadas en el informe de la auditoria interna, para garantizar el cumplimiento de todos los requisitos de la norma ISO 9001:2008</p> <p>Es necesario capacitar al personal de mercadeo y ventas en temas de odontología para que ofrezcan de una mejor manera el servicio y los beneficios de la empresa.</p> <p>Las historias clínicas que se manejan en la empresa se empezaran a llevar en carpetas para mejorar su orden, diligenciamiento y almacenamiento. A largo plazo se llevaran sistematizadas.</p>
<b>MEJORA DEL SERVICIO</b>	<p>Se tiene planeado para los clientes que viven en Ruitoque y sus alrededores abrir un sede en este lugar, para facilitar su desplazamiento, allí se contara con todos los especialistas.</p> <p>Es necesario modificar la forma de atención en la consulta de ortodoncia, debido a que se manejan dos unidades, se va iniciar en la primera unidad a la hora en punto y en la segunda unidad quince minutos después, para mejorar la puntualidad en la atención</p>
<b>NECESIDADES DE RECURSOS</b>	Recursos económicos para la apertura de la nueva sede en Ruitoque, equipo de oficina y equipo clínico

*Jairo Alberto Duran*  
GERENTE

**Juan Carlos Sánchez**  
DIRECTOR ADMINISTRATIVO

*Sandra Roa*

*Laura Beltrán*

# **ANEXO NO. 19**





# PLAN DE AUDITORIA

**CÓDIGO:** FO-004

**FECHA:** 16/10/08

**VERSIÓN:** 0

**ELABORÓ:** Coordinador de Apoyo

**REVISÓ:** Director Administrativo

**APROBÓ:** Gerente

<b>FECHA AUDITORIA:</b>	Marzo 30 y 31 de 2009
<b>LUGAR AUDITORIA:</b>	Instalaciones de Clinident
<b>OBJETIVO:</b>	Verificar el cumplimiento de los requisitos exigidos por la norma ISO 9001:2008
<b>ALCANCE:</b>	Todos los procesos del sistema de gestión de calidad

PROCESOS A AUDITAR	AUDITOR INTERNO ENCARGADO	AUDITADO	FECHA - HORA
GESTION GERENCIAL	Dra. Sandra Roa	Gerente	Martes 31 de marzo 10:00 a 12:00
CALIDAD Y MEJORA	Dra. Sandra Roa	Coordinador de Apoyo	Lunes 30 de Marzo de 8:00 a 10:00
ATENCION ODONTOLOGICA	Laura Beltrán	Coordinador Clínico	Lunes 30 de Marzo de 10:00 a 12:00
ATENCION AL CLIENTE	Laura Beltrán	Coordinador Clínico	Martes 31 de Marzo 8:00 a 10:00
COMPRAS Y MANTENIMIENTO	Alicia Medina	Asistente Administrativo	Lunes 30 de Mazo de 4:00 a 6:00
GESTIÓN HUMANA	Alicia Medina	Director Administrativo	Lunes 30 de Marzo 2:00 a 4:00
MERCADEO Y VENTAS	Laura Beltrán	Director Administrativo	Martes 31 de Marzo de 8:00 a 10:00
CONTABILIDAD Y ARCHIVO	Alicia Medina	Auxiliar contable	Martes 31 de Marzo de 10:00 a 12:00

TEMA A TRATAR	NUMERAL	COMPROMISOS	PROCESOS								
			GESTION GERENCIAL	MEJORA Y CALIDAD	ATENCION ODONTOLOGICA	ATENCION AL CLIENTE	COMPRAS Y MANTENIMIENTO	GESTION HUMANA	MERCADEO Y VENTAS	CONTABILIDAD Y ARCHIVO	
CAPITULO 4, SISTEMA	4	SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD									

<b>DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	<b>4,1</b>	Requisitos Generales	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	<b>4,2</b>	Requisitos de la Documentación		X							
	<b>4,2,1</b>	Generalidades		X							
	<b>4,2,2</b>	Manual de Calidad	X	X							
	<b>4,2,3</b>	Control de Documentos		X							
	<b>4,2,4</b>	Control de Registros		X							
<b>CAPITULO 5. RESPONSABILIDAD POR LA DIRECCIÓN</b>	<b>5</b>	<b>RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION</b>									
	<b>5,1</b>	Compromiso de la Dirección	X								
	<b>5,2</b>	Enfoque al Cliente	X								
	<b>5,3</b>	Política de Calidad	X								
	<b>5,4</b>	Planificación	X								
	<b>5,4,1</b>	Objetivos de Calidad	X								
	<b>5,4,2</b>	Planificación del sistema de Gestión de Calidad	X								
	<b>5,5</b>	Responsabilidad, Autoridad y Comunicación	X								
	<b>5,5,1</b>	Responsabilidad y Autoridad	X								
	<b>5,5,2</b>	Representante de la Dirección	X								
	<b>5,5,3</b>	Comunicación Interna	X								
	<b>5,6</b>	Revisión por la Dirección	X								
	<b>5,6,1</b>	Generalidades	X								
	<b>5,6,2</b>	Información para la Revisión	X								
<b>5,6,3</b>	Resultados de la Revisión	X									
<b>CAPITULO 6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS</b>	<b>6</b>	<b>GESTION DE LOS RECURSOS</b>									
	<b>6,1</b>	Provisión de Recursos	X								
	<b>6,2</b>	Recursos Humanos						X			
	<b>6,2,1</b>	Generalidades						X			
	<b>6,2,2</b>	Competencia, Toma de Conciencia y Formación						X			
	<b>6,3</b>	Infraestructura					X				
<b>6,4</b>	Ambiente de Trabajo					X					
<b>CAPÍTULO 7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO</b>	<b>7</b>	<b>REALIZACION DEL PRODUCTO</b>									
	<b>7,1</b>	Planificación de la Realización del Producto			X	X			X		
	<b>7,2</b>	Procesos Relacionados con el Cliente				X			X		
	<b>7,2,1</b>	Determinación de los Requisitos Relacionados con el Producto				X					
	<b>7,2,2</b>	Revisión de los Requisitos Relacionados con el Producto				X					

	7,2,3	Comunicación con el Cliente				X				X	
	7,3	Diseño y Desarrollo									
	7,3,1	Planificación del Diseño y Desarrollo									
	7,3,2	Elementos de Entrada para el Diseño y desarrollo									
	7,3,3	Resultados del Diseño y Desarrollo									
	7,3,4	Revisión del Diseño y Desarrollo									
	7,3,5	Verificación del diseño y Desarrollo									
	7,3,6	Validación del Diseño y Desarrollo									
	7,3,7	Control de Cambios del Diseño y Desarrollo									
	7,4	Compras					X				
	7,4,1	Proceso de Compras					X				
	7,4,2	Información de las Compras					X				
	7,4,3	Verificación de los Productos Comprados					X				
	7,5	Producción y Prestación de Servicio			X						
	7,5,1	Control de Producción y de la Prestación de Servicio			X	X				X	
	7,5,2	Validación de los Procesos de la Producción y de la Prestación del Servicio			X						
	7,5,3	Identificación Y trazabilidad			X						X
	7,5,4	Propiedad del Cliente			X						X
	7,5,5	Preservación del Producto			X						
	7,6	Control de los Dispositivos de Seguimiento y de Medición			X		X				
CAPITULO 8. MEDICIÓN ANÁLISIS Y MEJORA	8	<b>MEDICION, ANALISIS Y MEJORA</b>									
	8,1	Generalidades	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	8,2	Seguimiento y Medición									
	8,2,1	Satisfacción del Cliente	X								
	8,2,2	Auditoria Interna		X							
	8,2,3	Seguimiento y Medición de Procesos	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	8,2,4	Seguimiento y Medición del Producto		X	X	X					
	8,3	Control de Producto No Conforme		X							
	8,4	Análisis de Datos	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	8,5	Mejora	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	8,5,1	Mejora Continua	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	8,5,2	Acción Correctiva	X	X	X	X	X	X	X	X	X



# **ANEXO NO. 20**



## LISTA DE VERIFICACION DE AUDITORIA

**CÓDIGO:** FO-005  
**FECHA:** 16/10/08  
**VERSIÓN:** 0  
**ELABORÓ:** Coordinador de Apoyo  
**REVISÓ:** Director Administrativo  
**APROBÓ:** Gerente

**AUDITOR:** Laura Beltrán      **PROCESO:** Atención al Cliente      **FECHA:** Marzo 31 de 2009

Ítem	DOCUMENTOS	REQUISITOS	INQUIETUDES O PREGUNTAS	ANOTACIONES
1	Política de Calidad	4.1	R Y S.C. ¿Como ayuda usted a que la política de calidad se cumpla?	
2	Mapa de Procesos	4.1	R Y S.C. ¿Sabe usted en que proceso se encuentra?	
3	Guías Recepción y Servicio al Cliente	7.1 - 7.5.1.	¿Existe planificación de los procesos necesarios para el cumplimiento de la prestación del servicio? ¿Como se controla que estos procesos se estén cumpliendo?	
4	Cotización / Contrato con el usuario / Historia Clínica	7.2.1.-7.2.2.	¿Se identifican los requisitos del servicio especificados por el cliente? ¿Existe evidencia de la aceptación por parte del cliente del servicio a prestar?	
5	Buzón de sugerencias, formato de inconformidades	7.2.3.	¿Existe comunicación con el cliente? ¿Se presenta retroalimentación de la información brindada por el cliente?	
6	Indicadores atención al cliente	8.2.3.-8.4.	¿Se llevan indicadores de los procesos del S.G.C? ¿Se realiza un análisis sobre estos indicadores?	
7	Reporte de garantía	8.2.4.	¿Se realiza un seguimiento y medición del servicio no conforme?	
8		8.5.-8.5.1.-8.5.2.-8.5.3.	R Y S.C. ¿Sabe usted que es una acción correctiva y preventiva?	

9	Formato acción de mejora	8.5.-8.5.1.-8.5.2.-8.5.3.	¿Han realizado acciones correctivas y preventivas para su proceso?	
---	--------------------------	---------------------------	--	--

# **ANEXO NO. 21**



# MEDICIÓN DE INDICADORES

**CODIGO:** FO-012

**FECHA:** 09/03/09

**VERSION:** 1

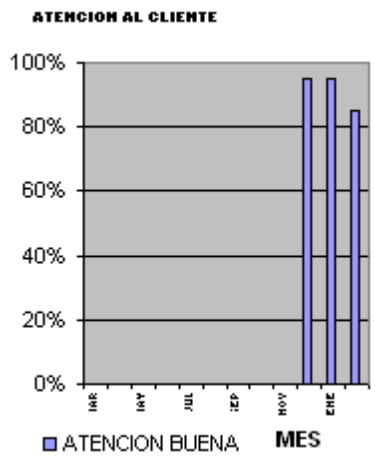
**ELABORO:** Coordinador de Apoyo

**REVISION:** Director Administrativo

**APROBO:** Gerente

**PROCESO:** ATENCION AL CLIENTE    **RESPONSABLE:** COORDINADOR CLINICO

PROCESO:		ATENCIÓN AL CLIENTE					ANÁLISIS INDICADOR	
<b>INDICADOR:</b>	ATENCIÓN						<p>El 85% de los pacientes en Clinident esta de acuerdo que la atención de la clínica es buena, comparada con los otros meses a disminuido bastante esto puede ser debido a la rotación de personal en la recepción, dificultando la atención pues no tiene la suficiente capacitación, además las personas que se encuentran en recepción no tiene carisma ni actitud de servicio.</p>	
<b>CALCULO:</b>	(# de cliente que opinan que la atención es buena / # total de clientes encuestados) * 100	<b>MES</b>	<b>B</b>	<b>R</b>	<b>M</b>	<b>NR</b>		
	(# de cliente que opinan que la atención es regular / # total de clientes encuestados) * 100	<b>MAR</b>						
	(# de cliente que opinan que la atención es mala / # total de clientes encuestados) * 100	<b>ABR</b>						
<b>META:</b>	NA	<b>MAY</b>						
<b>PERIODICIDAD:</b>	Mensual	<b>JUN</b>						
<b>PERIODO DE MEDICION:</b>	Febrero de 2009	<b>JUL</b>						
<b>FECHA PRESENTACION:</b>	Marzo 9 de 2009	<b>AGO</b>						
		<b>SEP</b>						
		<b>OCT</b>						
		<b>NOV</b>						
		<b>DIC</b>	95%	4%	1%			
		<b>ENE</b>	95%	4%	1%			
		<b>FEB</b>	85%	8%	0%	8%		



PROCESO:		ATENCIÓN AL CLIENTE		ANALISIS INDICADOR	
<b>INDICADOR:</b>	CLIENTES QUE ATENDIERON A LA HORA DE LA CITA	<b>MES</b>	<b>%</b>	<p><b>CLIENTES ATENDIDOS A LA HORA DE LA CITA</b></p> <p>■ % ATENDIDOS A TIEMPO</p>	<p>Este indicador nos muestra que un 29% de los pacientes esta siendo atendido después de la hora de la cita, lo cual se puede presentar por muchos factores, algunos de ellos son que el odontólogo se demora mayor tiempo del que tenia programado lo que afecto la programación de los pacientes que siguen, otra causa es que si un paciente llega tarde a la consulta afecta inmediatamente a los pacientes que siguen en programación. Es decir que cuando un paciente llegue tarde es necesario reprogramar la cita si la agenda esta copada. También puede ser por las dobles citas a la misma hora o pacientes colados en las agendas sobre todo las de ortodoncia</p>
<b>CALCULO:</b>	(# de clientes que fueron atendidos a la hora de la cita / # total de clientes encuestados ) * 100	MAR			
<b>META:</b>	NA	ABR			
<b>PERIODICIDAD:</b>	Mensual	MAY			
<b>PERIODO DE MEDICION:</b>	Febrero de 2009	JUN			
<b>FECHA PRESENTACION:</b>	Marzo 9 de 2009	JUL			
		AGO			
		SEP			
		OCT			
		NOV			
		DIC	75%		
		ENE	88%		
		FEB	71%		

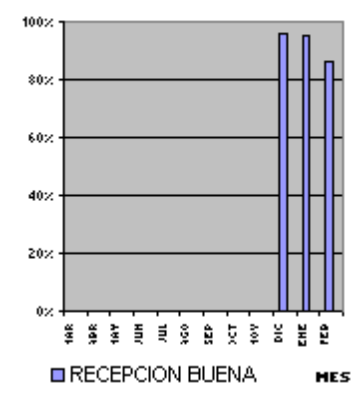
PROCESO:		ATENCIÓN AL CLIENTE		ANALISIS INDICADOR	
<b>INDICADOR:</b>	CLIENTES QUE ENTENDIERON LA EXPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO	<b>MES</b>	<b>%</b>	<p><b>CLIENTES QUE ENTENDIERON LA EXPLICACION</b></p> <p>■ % CLIENTES ENTENDIERON EXPLICACION</p>	<p>El indicador muestra que el 91% de los pacientes están entendiendo la explicación del tratamiento que se va a realizar, comparado con los meses anteriores ha disminuido , es decir las auxiliares de servicio al cliente no están dejando claros los objetivos y las fases del tratamiento a seguir</p>
<b>CALCULO:</b>	(# de clientes que entendieron la explicación del tratamiento / # total de clientes encuestados ) * 100	MAR			
<b>META:</b>	NA	ABR			
<b>PERIODICIDAD:</b>	Mensual	MAY			
<b>PERIODO DE MEDICION:</b>	Febrero de 2009	JUN			
<b>FECHA PRESENTACION:</b>	Marzo 9 de 2009	JUL			
		AGO			
		SEP			
		OCT			
		NOV			
		DIC	96%		
		ENE	99%		
		FEB	91%		

PRESENTACION:

<b>PROCESO:</b>	ATENCIÓN AL CLIENTE
<b>INDICADOR:</b>	RECEPCION
<b>CALCULO:</b>	(# de cliente que opinan que la recepción es buena / # total de clientes encuestados) * 100
	(# de cliente que opinan que la recepción es regular / # total de clientes encuestados) * 100
	(# de cliente que opinan que la recepción es mala / # total de clientes encuestados) * 100
<b>META:</b>	NA
<b>PERIODICIDAD:</b>	Mensual
<b>PERIODO DE MEDICION:</b>	Febrero de 2009
<b>FECHA PRESENTACION:</b>	Marzo 9 de 2009

MES	B	R	M	NR
MAR				
ABR				
MAY				
JUN				
JUL				
AGO				
SEP				
OCT				
NOV				
DIC	96%	4%	0%	
ENE	95%	4%	1%	
FEB	86%	8%	1%	5%

RECEPCION DEL CLIENTE



**ANALISIS INDICADOR**

El 86% de los pacientes afirma que la recepción de la clínica es buena y un 9% indica que es regular. El porcentaje de regular se presenta debido a que el personal de la recepción algunas veces no esta concentrada 100% en sus labores y descuidan la atención, como por ejemplo no pasan a tiempo las historias de los pacientes para la atención y por tanto hacen esperar a los pacientes en la sala de espera, todo esto puede ser debido a la rotación del personal y la falta de capacitación del mismo.

# **ANEXO NO. 22**

	<h1>REPORTE DE AUDITORIAS</h1>	<b>CÓDIGO:</b> FO-007
		<b>FECHA:</b> 16/10/08
		<b>VERSIÓN:</b> 0
		<b>ELABORÓ:</b> Coordinador de Apoyo
		<b>REVISÓ:</b> Director Administrativo
		<b>APROBÓ:</b> Gerente

<b>PROCESO:</b> Atención Odontológica / Atención al cliente	<b>FECHA:</b> Marzo 30 y 31 de 2008
<b>AUDITOR:</b> Laura Beltrán	
<b>AUDITADO:</b> Recepcionistas, auxiliar de odontología y de servicio al cliente	
<b>NO CONFORMIDAD MAYOR</b>	<b>NO CONFORMIDAD MENOR X</b>
<b>DESCRIPCIÓN NO CONFORMIDAD</b>	
<p>No se tiene claridad acerca de a que proceso pertenece cada empleado y acerca de cuales procedimientos intervienen en estos procesos lo cual puede ir en contra del numeral 4.1 Requisitos generales de la norma ISO 9001:2008</p>	
<b>CARGO:</b> Todos los cargos	<b>FIRMA:</b>
<b>ANÁLISIS DE CAUSAS (CAUSA PRINCIPAL)</b>	
<p>Varios de los empleados que se entrevistaron son nuevos y no se les ha hecho la inducción al sistema de gestión de calidad y otros no recuerdan claramente el mapa de procesos.</p>	
<b>ACCION A TOMAR (PARA ELIMINAR LA CAUSA)</b>	
<p>Programación y ejecución de capacitaciones para reafianza temas como: Política de calidad, conceptos del S.G.C., procesos en los cuales interviene cada empleado y procedimiento en los cuales cada uno se encuentra incluido</p>	
<b>FECHA DE CIERRE:</b> Mayo 5 de 2009	
<b>FECHA DE VERIFICACIÓN:</b>	
<b>RESULTADOS DE SEGUIMIENTO:</b>	

**RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO**

**FIRMA:**