

**PLANIFICACIÓN, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN EN EL  
PROCESO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD QUE FORMA PARTE DEL  
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CENTRO DE  
ESPECIALISTAS IPS LOGROS EU, DE ACUERDO A LOS  
REQUISITOS DE LA NORMA NTC- ISO 9001:2008 Y LOS REQUISITOS  
LEGALES APLICABLES**

**LADY PATRICIA AVILA MUÑOZ**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE SALUD – ESCUELA DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
BUCARAMANGA  
2011**

**PLANIFICACIÓN, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN EN EL  
PROCESO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD QUE FORMA PARTE DEL  
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CENTRO DE  
ESPECIALISTAS IPS LOGROS EU, DE ACUERDO A LOS REQUISITOS  
DE LA NORMA NTC- ISO 9001:2008 Y LOS REQUISITOS LEGALES  
APLICABLES**

**LADY PATRICIA AVILA MUÑOZ**  
**Monografía para optar el título de**  
**Especialista en Administración de Servicios de Salud**

**Director**  
**JORGE ELIÉCER FIGUEROA VARGAS**  
**Ingeniero Industrial**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER**  
**FACULTAD DE SALUD – ESCUELA DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA**  
**BUCARAMANGA**  
**2011**

## Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN .....	12
1. GENERALIDADES DEL PROYECTO .....	13
1.1 TÍTULO.....	13
1.2 JUSTIFICACIÓN .....	13
1.3 OBJETIVOS .....	13
1.3.1 General .....	13
1.3.2 Específicos .....	14
1.4 ALCANCE .....	14
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	15
3. MARCO CONCEPTUAL .....	17
3.1 ¿QUÉ ES LA “ISO”? .....	17
3.2 ¿QUE ES “ICONTEC”? .....	18
3.3 LA FAMILIA DE NORMAS ISO 9000 .....	19
3.4 PRINCIPIOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD .....	19
3.5 CONCEPTO DE SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD .....	20
3.6. ¿QUÉ ES UN “PROCESO”? .....	21
4. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA.....	24
4.1 RESEÑA HISTORICA.....	24
4.2 MISIÓN .....	24
4.3 VISIÓN .....	24
4.4 PRINCIPIOS .....	25
4.5 PRODUCTOS Y SERVICIOS .....	25
4.5.1 Unidad de Psicología .....	25
4.5.2 Unidad de Nutrición y Dietética .....	25
4.5.3 Unidad de Fonoaudiología .....	25
4.5.4 Unidad de Terapia Ocupacional .....	26
4.5.5 Unidad de Fisioterapia y Terapia respiratoria .....	26
4.6 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL .....	26
4.7 INFRAESTRUCTURA.....	27
5. METODOLOGÍA .....	31
5.1. METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOGROS IPS .....	31
5.1.1 Diagnóstico .....	31
5.1.2 Diagnóstico Del Proceso Gestión De La Calidad .....	34
5.1.3 Planificación .....	35
5.1.4. Implementación .....	51
5.1.5. Evaluación.....	60
6 PLAN DE MEJORAMIENTO .....	64
7 CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PROYECTO .....	65
8 CONCLUSIONES.....	66
9 RECOMENDACIONES .....	67
10 BIBLIOGRAFIA .....	68
ANEXOS.....	69

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
<u>Tabla 1. Criterios de Evaluación Diagnóstico Inicial ISO</u>	<u>31</u>
<u>Tabla 2. Grado de Cumplimiento por capítulo de la ISO</u>	<u>32</u>
<u>Tabla 3. Política y Objetivos de Calidad</u>	<u>37</u>
<u>Tabla 4. Tabla de Procesos LOGROS IPS</u>	<u>39</u>
<u>Tabla 5. Tabla de Documentos Proceso Gestión de la Calidad</u>	<u>51</u>
<u>Tabla 6. Relación de Actividades de Capacitación</u>	<u>54</u>
<u>Tabla 7. Implementación de Documentos</u>	<u>57</u>
<u>Tabla 8. Documentos Transversales</u>	<u>58</u>
<u>Tabla 9. Programación Auditoría Interna LOGROS IPS</u>	<u>61</u>
<u>Tabla 10. Hallazgos Proceso Gestión de la Calidad</u>	<u>62</u>
<u>Tabla 11. No Conformidad Proceso Gestión de la Calidad</u>	<u>62</u>
<u>Tabla 12. Indicador Proceso Gestión de la Calidad</u>	<u>63</u>
<u>Tabla 13. Cumplimiento Objetivos del Proyecto</u>	<u>65</u>

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
<a href="#"><u>Figura 1. Modelo de enfoque hacia procesos</u></a>	<a href="#"><u>21</u></a>
<a href="#"><u>Figura 2. Organigrama de LOGROS IPS</u></a>	<a href="#"><u>27</u></a>
<a href="#"><u>Figura 3.LOGROS IPS Sede de Cañaveral</u></a>	<a href="#"><u>27</u></a>
<a href="#"><u>Figura 4.Entrada Sede Cañaveral</u></a>	<a href="#"><u>28</u></a>
<a href="#"><u>Figura 5. Gimnasio Primer Piso – Sede Cañaveral</u></a>	<a href="#"><u>28</u></a>
<a href="#"><u>Figura 6. Gimnasio Tercer Piso – Sede Cañaveral</u></a>	<a href="#"><u>29</u></a>
<a href="#"><u>Figura 7. LOGROS IPS – Sede Cabecera</u></a>	<a href="#"><u>29</u></a>
<a href="#"><u>Figura 8. Gimnasio – Sede Cabecera</u></a>	<a href="#"><u>30</u></a>
<a href="#"><u>Figura 9. Primer Piso – Sede Cabecera</u></a>	<a href="#"><u>30</u></a>
<a href="#"><u>Figura 10. Resultados Diagnóstico Inicial ISO en LOGROS IPS</u></a>	<a href="#"><u>32</u></a>
<a href="#"><u>Figura 11. Mapa de Procesos LOGROS IPS</u></a>	<a href="#"><u>39</u></a>
<a href="#"><u>Figura 12.Cronograma de Implementación del SGC LOGROS IPS</u></a>	<a href="#"><u>42</u></a>
<a href="#"><u>Figura 13. Actividad de Socializacion</u></a>	<a href="#"><u>52</u></a>
<a href="#"><u>Figura 14. Folleto de Socialización Gestión de la Calidad (hoja 1)</u></a>	<a href="#"><u>53</u></a>
<a href="#"><u>Figura 15. Folleto de Socialización Gestión de la Calidad (hoja 2)</u></a>	<a href="#"><u>53</u></a>
<a href="#"><u>Figura 16. Actividad de Socialización</u></a>	<a href="#"><u>54</u></a>
<a href="#"><u>Figura 17. Relación de Actividades de Capacitación</u></a>	<a href="#"><u>55</u></a>
<a href="#"><u>Figura 18. Documentos Transversales PHVA</u></a>	<a href="#"><u>59</u></a>
<a href="#"><u>Figura 19. Cumplimiento Indicador Indicé de Prevención</u></a>	<a href="#"><u>63</u></a>

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
<u>Anexo 1. Diagnóstico Inicial ISO 2008 LOGROS IPS</u>	<u>70</u>
<u>Anexo 2. Caracterización Proceso Gestión de la Calidad</u>	<u>81</u>
<u>Anexo 3. Procedimiento Control de Documentos / Formatos Acciones Correctivas y Preventivas</u>	<u>87</u>
<u>Anexo 4. Actas de Reunión</u>	<u>87</u>
<u>Anexo 5. Listado Maestro de Documentos</u>	<u>101</u>
<u>Anexo 6. Plan de Auditoría Interna</u>	<u>102</u>
<u>Anexo 7. Informe Auditoría Interna</u>	<u>105</u>

## RESUMEN

TITULO: PLANIFICACIÓN, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN EN EL PROCESO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD QUE FORMA PARTE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CENTRO DE ESPECIALISTAS IPS LOGROS EU, DE ACUERDO A LOS REQUISITOS DE LA NORMA NTC- ISO 9001:2008 Y LOS REQUISITOS LEGALES APLICABLES\*

AUTORA: LADY PATRICIA AVILA MUÑOZ \*\*

PALABRAS CLAVE: Norma NTC ISO 9001:2008. Sistema de Gestión de la calidad, Documentación, Implementación, Evaluación, Procesos, Mejora Continua, Satisfacción.

### DESCRIPCION:

El despliegue del presente documento da a conocer la metodología utilizada en LOGROS IPS para la implementación de un sistema de gestión de la calidad basado en los lineamientos de la norma NTC ISO 9001:2008; el objetivo de las diferentes etapas desarrolladas tales como la documentación, implementación y evaluación es obtener una estructura organizacional basada en procesos que le permita a la institución en un corto plazo afianzar la calidad en sus diferentes áreas mediante el desarrollo de auditorías internas y la elaboración de planes de mejoramiento eficaces que contribuyan a satisfacer las necesidades de sus clientes.

Este proceso de implementación de un sistema de gestión de la calidad permite que LOGROS IPS enfoque sus esfuerzos en la búsqueda del mejoramiento continuo, desarrollando lo mejor de su talento humano y tecnología enfocado en el cumplimiento de altos estándares de calidad que la posicionan como una institución prestadora de servicios de salud competitiva y comprometida con la calidad de sus servicios.

Son muchos los beneficios que Logros IPS puede obtener mediante la implementación del sistema de gestión de la calidad, pero sin lugar a dudas, generar un ambiente de cultura al cambio hacia el mejoramiento continuo, será el más importante e impactante.

---

\* Proyecto de grado

\*\* Facultad de salud. Escuela de medicina. Departamento de salud pública. Especialización en administración de servicios de salud. Director Jorge Eliécer Figueroa Vargas

## SUMMARY

TITLE: PLANNING, DOCUMENTATION AND IMPLEMENTATION IN THE PROCESS OF MANAGEMENT OF THE QUALITY THAT FORMS A PART OF THE SYSTEM OF MANAGEMENT OF THE QUALITY OF THE SPECIALISTS' CENTER IPS ACHIEVEMENTS EU, GIVES AGREEMENT TO THE REQUIREMENTS OF THE NORM NTC - ISO 9001:2008 AND THE LEGAL APPLICABLE REQUIREMENTS\*

AUTHOR: LADY PATRICIA AVILA MUÑOZ \*\*

KEY WORDS: Norm ISO NTC 9001:2008. System of Management of the quality, Documentation, Implementation, Evaluation, Processes, Improvement Continues, Satisfaction.

### DESCRIPTION:

The deployment of the present document announces the methodology used in ACHIEVEMENTS IPS for the implementation of a system of management of the quality based on the limits of the norm ISO NTC 9001:2008; the aim of the such different developed stages as the documentation, implementation and evaluation is to obtain a structure organizacional based on processes that the quality allows him the institution in a short term to guarantee in his different areas by means of the development of internal audits and the production of effective plans of improvement that help to satisfy the needs of his clients.

This process of implementation of a system of management of the quality allows that ACHIEVEMENTS IPS it should focus his efforts in the search of the constant improvement, developing the better of his human talent and technology focused in the fulfillment of standard high places of quality that position her as an institution prestadora of services of health competitive and compromised with the quality of his services.

There are great the benefits that Achievements IPS an environment of culture can obtain by means of the implementation of the system of management of the quality, but, generate no doubt to the change towards the constant improvement, it will be the most important And striking.

---

\* Proyecto de grado

\*\* Facultad de salud. Escuela de medicina. Departamento de salud pública. Especialización en administración de servicios de salud. Director Jorge Eliécer Figueroa Vargas

## INTRODUCCIÓN

Las instituciones de salud en la actualidad atraviesan por una situación muy particular, y lo es el mercado competitivo en el cual se desenvuelven y la exigencia de los usuarios que cada día es mayor ; es por esta razón que surge la necesidad de administrar las instituciones en forma distinta a la ya conocida e implementada por varias décadas; es necesario que se busquen alternativas que le permitan a las organizaciones trabajar en el logro de la mejora continua utilizando herramientas que le permitan satisfacer las necesidades de sus clientes, motivar a sus funcionarios y fomentar el compromiso con la empresa y ofrecer servicios de salud con altos estándares de calidad.

Para dar respuesta a esta necesidad y enfocar los esfuerzos de las instituciones de salud existen varios modelos de gestión que al ser implementados pueden generar un cambio en la cultura organizacional y por ende el logro de los objetivos que se pretenden alcanzar desde el punto de vista de la calidad.

Es así como en la norma NTC ISO 9001:2008, las organizaciones de salud encuentran una herramienta fundamental para dar inicio al desarrollo de un sistema de gestión de la calidad; es necesario que antes de intervenir cualquier proceso, la institución sea consciente de la situación en la que se encuentra frente a los requisitos de la norma, es así como una de las etapas iniciales debe ser el desarrollo de un diagnóstico situacional que permita identificar los procesos prioritarios que necesitan acciones de mejoramiento.

Para el Centro de Especialistas IPS LOGROS EU, el trabajo desarrollado frente a las exigencias de la NTC ISO 9001:2008 ,dio inicio con la elaboración de criterios de evaluación basados en los requisitos de la misma, con el fin de reflejar la realidad de la institución y encaminar los objetivos del trabajo a desarrollar frente al tema de la implementación de un sistema de gestión de calidad, cada uno de los procesos tanto gerenciales, administrativos, misionales o asistenciales, recurso humano y gestión de calidad, se someten a evaluación bajo criterios preestablecidos, reflejando el porcentaje de cumplimiento frente a los requisitos de la norma; resultado de este ejercicio se priorizan actividades y se da inicio a la revisión de la documentación para cada uno de los procesos, indagando con los responsables de los mismos al interior de la institución y realizando una revisión bibliográfica exhaustiva que facilite la documentación y la implementación del sistema.

## 1. GENERALIDADES DEL PROYECTO

### 1.1 TITULO

Planificación, documentación e implementación en el proceso de gestión de la calidad que forma parte del sistema de gestión de la calidad del Centro de Especialistas IPS Logros EU, de acuerdo a los requisitos de la norma NTC- ISO 9001:2008 y los requisitos legales aplicables.

### 1.2 JUSTIFICACIÓN

Para enfrentar los retos de productividad y mejoramiento continuo de la calidad las instituciones de salud requieren de la implementación de modelos que permitan dar respuesta a esas necesidades; para dar respuesta a esos nuevos desafíos en la actualidad se cuenta con la norma NTC ISO 9001:2008 la cual es una herramienta fundamental si lo que se pretende es mejorar los procesos de atención.

Implementar un sistema de gestión de la calidad es hacer referencia a la forma como una organización define su gestión en relación con los objetivos de calidad propuestos; es realizar una revisión exhaustiva de la documentación, los procesos y la forma como su recurso humano realiza las actividades en cada una de las etapas del proceso de atención; es garantizar que las fallas potenciales sean identificables mediante un proceso sistemático y continuo que permita disminuir el riesgo del error y propenda por alcanzar la satisfacción del cliente.

Así la calidad se convierte en un aspecto fundamental el cual debe estar en constante evolución; es indispensable garantizar la implementación de estrategias efectivas que permitan a la organización direccionar sus mejoras en los diferentes procesos.

### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.3.1 General

Desarrollar las etapas de planificación, documentación e implementación en el proceso de gestión de la calidad que forma parte del sistema de gestión de la calidad del Centro de Especialistas IPS Logros EU, de acuerdo a los requisitos de la norma NTC- ISO 9001:2008 y los requisitos legales aplicables.

### 1.3.2 Específicos

- Elaborar un diagnóstico teniendo en cuenta los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008 que permita identificar el estado actual del proceso de gestión de la calidad, así como las fortalezas y debilidades que puedan ser de utilidad para las etapas de documentación e implementación.
- Sensibilizar y capacitar al personal del proceso de gestión de la calidad con el fin de fomentar la cultura de calidad que facilite el desarrollo de las etapas que conlleva a la implementación del sistema de gestión de la calidad.
- Estandarizar el proceso de gestión de la calidad estableciendo los documentos y formatos que garanticen el cumplimiento de los requisitos establecidos en la norma NTC-ISO 9001:2008 y los requisitos legales aplicables.
- Implementar los documentos definidos en el proceso gestión de la calidad con el fin de evidenciar la estandarización y el diligenciamiento adecuado de los registros establecidos.
- Realizar una auditoría interna al proceso de gestión de la calidad para evaluar el estado del sistema de gestión de la calidad, e identificar oportunidades de mejora en el proceso.
- Elaborar e implementar los planes de mejora como resultado de los hallazgos de la auditoría interna con el fin de consolidar y mejorar el sistema establecido.

### 1.4 ALCANCE

El proyecto se llevó a cabo en el Centro de Especialistas IPS Logros EU, y abarco el diseño, documentación, implementación y evaluación, hasta una auditoría interna en el proceso de gestión de la calidad que forma parte del sistema de gestión de la calidad y sus respectivos planes de mejoramiento en las dos sedes de la organización (Cañaveral y Cabecera).

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es responsabilidad del estado regular las normas que rigen la prestación de los servicios de salud en Colombia con el fin de lograr una atención equitativa, oportuna, eficiente y con calidad; es por esto que se han definido una serie de requisitos y normas legales entre ellas se encuentra la Resolución 1545/2006 la cual establece las pautas y parámetros mínimos para el funcionamiento de una IPS y estándares de obligatorio cumplimiento que contribuyen a la prestación de un servicio con altos estándares de calidad.

Los estándares de habilitación son en su mayoría de carácter estructural, y giran alrededor de ocho categorías básicas: idoneidad del recurso humano, infraestructura, dotación básica y mantenimiento, insumos básicos y su manejo, documentación y registros médicos, coordinación de recursos y seguimiento a riesgos. Estos estándares no buscan ser exhaustivos pero sí obligatorios de manera uniforme para el funcionamiento de un servicio de salud en todo el territorio nacional.

Los instrumentos que componen el sistema de garantía de la calidad, en especial los requisitos del sistema único de habilitación, fortalecen los pilares del sistema de seguridad social en la salud colombiana, ayudando a que opere la lógica del sistema con los incentivos de calidad implícitos en el marco de competencia regulada:

- Los requisitos del sistema único de habilitación apoyan la libre concurrencia de actores y defienden a los prestadores frente a la aparición de instituciones llamadas “clínicas de garaje”.
- Los requisitos de habilitación y la definición de calidad deseada, permiten que exista información básica sobre el sistema de calidad de la institución.
- El instrumento de habilitación fortalece la capacidad de vigilancia y control, que permite a las instituciones competir por calidad.
- Los requisitos de habilitación, ofrecen a las instituciones modelos para mejorar y fortalecen su capacidad de respuesta a incentivos de calidad.

En Colombia muchas Instituciones de Salud (IPS-EPS) para dar cumplimiento, a los establecidos en el sistema obligatorio de garantía de la calidad, han adoptado el modelo internacional bajo la norma NTC-ISO 9001 que establece los requisitos para la

implementación de un sistema de gestión de la calidad aplicable a cualquier empresa. El modelo tiene como propósito mejorar el desempeño organizacional y la capacidad de entregar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes. La orientación de este sistema promueve la adopción de un enfoque basado en los procesos, el cual consiste en identificar y gestionar, de manera eficaz, numerosas actividades relacionadas entre sí y hace énfasis especial en la importancia en el incremento de la satisfacción de los clientes y la mejora en el desempeño de las entidades, la cual debe ser la motivación para la implementación de un sistema de gestión de la calidad y no simplemente la certificación con norma internacional, la cual debe verse como un reconocimiento pero nunca como un fin.

En respuesta al cumplimiento de la normas legales sobre garantía de la calidad, y considerando la importancia de mantener una ventaja competitiva y un mejoramiento continuo de sus procesos, se hace necesario desarrollar en el CENTRO DE ESPECIALISTAS IPS LOGROS E.U, un modelo integral de calidad en las fases de planificación, documentación e implementación de acuerdo a los requisitos definidos en la norma ISO 9001:2008 y alineado a los requisitos del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud.

### 3. MARCO CONCEPTUAL

En la actualidad, las conductas y los procesos implementados en las empresas, ameritan contemplar el concepto de calidad para favorecer el servicio, disciplina y demás factores involucrados en la satisfacción del cliente. Por tal razón, empresas dedicadas a la prestación de servicios de salud, requieren acogerse a ciertos estándares que garanticen el cumplimiento de los requisitos técnicos establecidos por sus clientes, legales y reglamentarios aplicables; por tal motivo la implementación de un sistema de gestión de calidad no debe ser una práctica de moda, sino una estrategia orientada a generar confianza en los servicios prestados y lograr así la competitividad en el mercado.

Para la realización de este proyecto es fundamental mencionar y hacer un paréntesis en los diferentes acontecimientos que han influenciado para que hoy las normas ISO sean una herramienta de éxito en todo el mundo, por demostrar ser no solo un instrumento de mejora sino un medio para incrementar la satisfacción de los clientes.

#### 3.1 ¿QUÉ ES LA "ISO"?

"El 14 de octubre de 1946 se reunieron en Londres 25 países que deseaban establecer un organismo oficial para definir las normas que hicieran posible el intercambio de productos, repuestos, equipos y maquinaria. Ellos acordaron fundar la Organización Internacional para la Normalización. En inglés es la International Organization for the Standardization, sus siglas serían IOS, pero los creadores eligieron la palabra ISO"<sup>1</sup>.

La Organización Internacional de Normalización "ISO" sigla que proviene del griego y significa igualdad, empieza a funcionar en 1947 y es reconocida como la principal institución de normalización en el mundo, su sede central está en Ginebra Suiza y se estructuró con base en Comités Técnicos quienes lideran el desarrollo de las normas. El trabajo técnico de la ISO consiste en establecer acuerdos internacionales por consenso para luego ser publicados como normas. En la actualidad la ISO cuenta con 140 países miembros y a la vez organismos nacionales de normalización.

Esta organización fue creada con el fin promover el desarrollo de la estandarización de actividades relacionadas con el propósito de facilitar el intercambio internacional de bienes y servicios y para desarrollar la cooperación en la esfera de la actividad intelectual, científica, tecnológica y económica.

---

<sup>1</sup> HACIA UNA CALIDAD MÁS ROBUSTA CON ISO 9000:2000. Editorial Panorama. México D.F. 2001. Página 19. Párrafo 2.

Desde la creación de la ISO se han publicado alrededor de 11.000 normas técnicas internacionales, pero el reconocimiento real de esta organización surge a raíz de la publicación de las normas ISO 9000 debido a las ventajas competitivas que representan para las organizaciones al ser adoptadas como decisiones estratégicas.

Las normas son revisadas cada cinco años para asegurar que sean actuales y satisfagan las necesidades de los usuarios. Lo anterior teniendo presente el entorno global variable en aspectos económicos, comerciales y tecnológicos.

### *3.2 ¿QUE ES "ICONTEC"?*

Es el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), Organismo Nacional de Normalización de Colombia. Entre sus labores se destaca la creación de normas técnicas y la certificación de normas de calidad para empresas y actividades profesionales. ICONTEC es el representante de la organización internacional para la estandarización (ISO) en Colombia.

El ICONTEC fue creado el 10 de mayo de 1963 por 18 personas, la mayoría de ellos empresarios, liderados por el Ingeniero Javier Henao Londoño. Es un organismo multinacional de carácter privado, sin ánimo de lucro, que trabaja para fomentar la normalización, la certificación, la metrología y la gestión de la calidad en Colombia. Está conformado por la vinculación voluntaria de representantes del Gobierno Nacional, de los sectores privados de la producción, distribución y consumo, el sector tecnológico en sus diferentes ramas y por todas aquellas personas jurídicas y naturales que tengan interés en pertenecer a él.

En el campo de la normalización, la misión del Instituto es promover, desarrollar y guiar la aplicación de Normas Técnicas Colombianas (NTC) y otros documentos normativos, con el fin de alcanzar una economía óptima de conjunto, el mejoramiento de la calidad y también facilitar las relaciones cliente-proveedor, en el ámbito empresarial nacional o internacional. ICONTEC, como Organismo Nacional de Normalización (ONN) representa a Colombia ante organismos de normalización internacionales y regionales como la Organización Internacional de Normalización (ISO), la Comisión Electrotécnica Internacional (IEC), y la Comisión Panamericana de Normas de la Cuenca del Pacífico (COPANT).

Adicionalmente, el Instituto es miembro activo de los más importantes organismos regionales e internacionales de normalización, lo cual le permite participar en la definición y desarrollo de normas internacionales y regionales y así estar a la vanguardia en información y tecnología.

### ***3.3 LA FAMILIA DE NORMAS ISO 9000***

La familia de normas ISO 9000 corresponde a un conjunto de índices de referencia de las mejores prácticas de gestión con respecto a la calidad, que se encuentran definidos por la ISO (Organización Internacional de Normalización). Esta norma está compuesta de diferentes normas, las cuales son:

NTC-ISO 9000:2005; "Sistemas de gestión de la calidad - Principios básicos y vocabulario". La norma ISO 9000 describe los principios de un sistema de gestión de calidad y define la terminología.

NTC-ISO 9001:2008; "Sistemas de gestión de la calidad - Requisitos". La norma ISO 9001 describe los requisitos relacionados a un sistema de gestión de calidad, ya sea para uso interno o para fines contractuales o de certificación. Por lo tanto, esta norma es un conjunto de requisitos que las compañías deben respetar-

NTC-ISO 9004:2010; "Sistemas de gestión de la calidad - Instrucciones para mejorar el rendimiento". Esta norma, que no está diseñada con fines contractuales sino para uso interno, se centra particularmente en la mejora constante del rendimiento.

NTC-ISO 19011:2002; "Directrices para la auditoria de los sistemas de gestión de la calidad y/o ambiental".

### ***3.4 PRINCIPIOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD***

Las normas ISO 9000 tienen como base ocho (8) principios de la gestión de la calidad que pueden ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a la organización en una mejora en el desempeño.

1. Enfoque al cliente: las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender sus necesidades actuales y futuras, satisfacer sus requisitos y esforzarse en exceder las expectativas de estos.
2. Liderazgo: los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal puede llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.
3. Participación del personal: el personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.

4. Enfoque basado en procesos: un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
5. Enfoque de sistema para la gestión: identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.
6. Mejora continua: la mejora continua en el desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.
7. Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones: las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
8. Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor: una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

### ***3.5 CONCEPTO DE SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD***

Un sistema es “un conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan”<sup>2</sup>. Los elementos considerados en la implementación del Sistema de gestión de la calidad son los procesos, la estructura organizacional, los recursos asignados con un fin específico y los procedimientos.

El sistema de gestión de la calidad es aquella parte del sistema de gestión de la organización enfocada en el logro de resultados, en relación con los objetivos de la calidad, para satisfacer las necesidades, expectativas y requisitos de las partes interesadas, según corresponda.

El modelo basado en procesos es utilizado en la implementación del sistema de gestión de la calidad. Cualquier actividad, o conjunto de actividades, que utiliza recursos para transformar entradas en salidas puede considerarse como un proceso. El propósito de realizar un modelo de procesos es alinear las actividades de la organización en una sola dirección, de manera que todas estén orientadas a la satisfacción del cliente. En la siguiente figura se hace la representación grafica de cómo deben interactuar los procesos, tomando como entrada las necesidades y requisitos del cliente, cumpliendo los ocho principios de la calidad y teniendo como resultado la satisfacción del cliente, como se presenta a continuación:

---

<sup>2</sup> NORMA ISO 9000:2000. SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. FUNDAMENTOS Y VOCABULARIO.

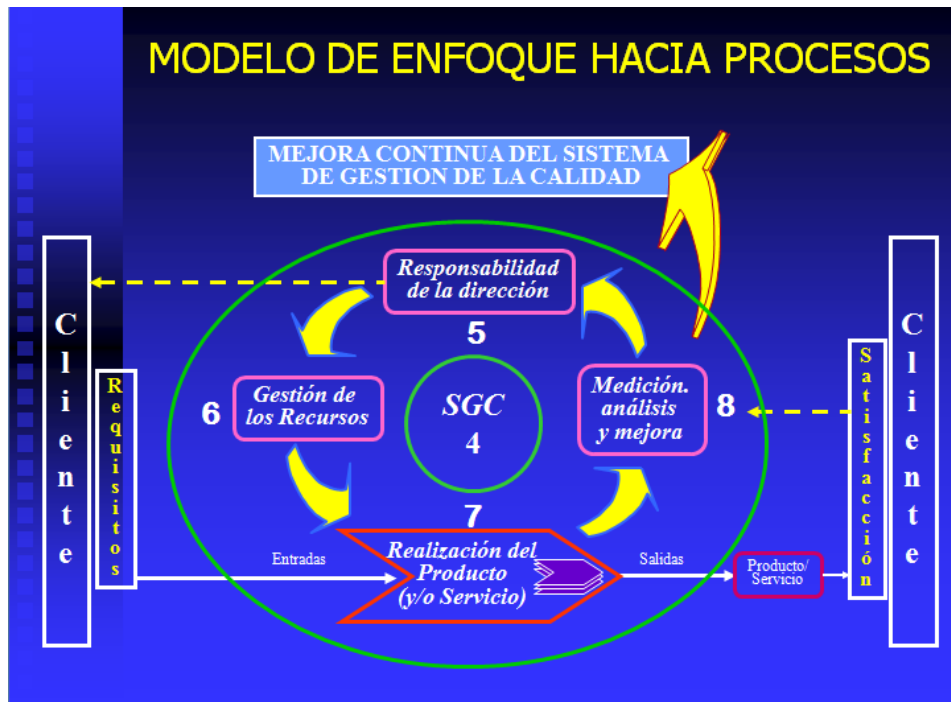


Figura 1. Modelo de enfoque hacia procesos

### 3.5.1. Beneficios de un Sistema de Gestión de la Calidad

La definición, documentación, implementación y evaluación de un sistema de gestión de la calidad, orientado bajo los principios anteriormente descritos, debe conducir a innumerables beneficios, dentro de los cuales se tiene:

- Una mejor consistencia en el servicio y en el desempeño del producto
- Mejores niveles de satisfacción del cliente
- Mejor opinión por parte del cliente
- Aumento de la productividad y eficiencia
- Reducción de costos
- Mejor comunicación entre clientes internos, externos, y proveedores
- Una ventaja competitiva, y un aumento en las oportunidades de ventas.

### 3.6. ¿QUÉ ES UN "PROCESO"?

Conjunto de recursos y actividades interrelacionados que transforman elementos de entrada en elementos de salida. Los recursos pueden incluir personal, finanzas, instalaciones, equipos, técnicas y métodos.

Hay tres elementos importantes en un proceso:

- **Valor agregado:** Aquellas que transforman los datos e insumos para crear información y productos o servicios para el cliente.
- **Traspaso (flujo):** Aquellas en las que se entrega de manera interdepartamental o externa la información y productos.
- **Control:** Aquellas que permiten que las actividades de traspaso se lleven a cabo de acuerdo a especificaciones previas de calidad, tiempo y costo establecido.

Características o condiciones de los procesos

- Se pueden describir las ENTRADAS y las SALIDAS
- El Proceso cruza uno o varios límites organizativos funcionales.
- Una de las características significativas de los procesos es que son capaces de cruzar verticalmente y horizontalmente la organización.
- Se requiere hablar de metas y fines en vez de acciones y medios. Un proceso responde a la pregunta "QUE", no al "COMO".
- El proceso tiene que ser fácilmente comprendido por cualquier persona de la organización.
- El nombre asignado a cada proceso debe ser sugerente de los conceptos y actividades incluidos en el mismo.

Requisitos de un proceso

- Todos los procesos tienen que tener un Responsable designado que asegure su cumplimiento y eficacia continuados.
- Todos los procesos claves y relevantes tienen que ser capaces de satisfacer los ciclos P, H, V, A: Planificar, hacer, verificar y actuar.
- Todos los procesos tienen que tener indicadores que permitan visualizar de forma gráfica la evolución de los mismos. Tienen que ser planificados en la fase P, tienen que realizarse en la fase H, tienen que verificarse en la fase V y tiene que utilizarse en la fase A para ajustar y/o establecer objetivos.
- Todos los procesos tienen que ser auditados para verificar el grado de cumplimiento y eficacia de los mismos. Para esto es necesario documentarlos mediante procedimientos.

- Es recomendable planificar y realizar periódicamente (aproximadamente 2 años) una reingeniería de los procesos de gestión clave y relevante para alcanzar mejoras espectaculares en determinados parámetros como costes, calidad, servicio y rapidez de respuesta.

Las organizaciones, de cualquier tipo o sector empresarial, tamaño, estructura o madurez en calidad, necesitan, para tener éxito, establecer un sistema de gestión apropiado. Los modelos de excelencia creados en las diferentes latitudes son instrumentos prácticos que ayudan a las organizaciones a establecerlos, midiendo en qué punto se encuentran dentro del camino hacia la excelencia.

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA

### 4.1 RESEÑA HISTORICA

En reuniones efectuadas entre profesionales allegados a la Dra. Nohora Galindo y su familia a inicios del año 2005, se mostro un gran interés por abordar temas relacionados con la intervención de las dificultades en el aprendizaje de los niños en edad escolar y por consiguiente el conflicto que esto genera en los padres al no tener las herramientas necesarias para enfrentar estos temas; surgió entonces la idea de ofrecer servicios en fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología y psicología con un enfoque diferente al que se ofrecía en el mercado y se da inicio a la idea de crear una sociedad con otro profesional de la salud, que tiempo después desiste del proyecto, pero se continua y materializa gracias a la persistencia y confianza aportada por la empresaria.

Es así como inicia la búsqueda de una sede en Cañaveral que reúna las características locativas y logísticas para brindar a los usuarios una atención con calidad, después de varios análisis se decidió que la residencia familiar era la que mejor se adaptaba, y así se da inicio a la fase de adecuación locativa de la sede y es lo que hoy se conoce como Centro de Especialistas IPS LOGROS EU.

### 4.2 MISIÓN

LOGROS IPS es una institución prestadora de servicios de promoción, prevención, habilitación y rehabilitación en salud, a través de la innovación y el desarrollo de programas integrales dirigidos por profesionales idóneos, en equipos multidisciplinarios, comprometidos con el mejoramiento de la calidad de vida de la población, teniendo en cuenta la familia como base determinante en el desarrollo del individuo.

### 4.3 VISIÓN

En el año 2014, LOGROS IPS será reconocido a nivel de Santander como la mejor institución, en programas de promoción, prevención y asistencia en salud; ampliando la oferta y cobertura de los servicios. Superaremos las expectativas de nuestros clientes y usuarios cumpliendo con altos estándares de calidad teniendo la certificación de nuestros procesos.

Mantendremos en nuestras sedes, una estructura física moderna y apta a las necesidades de los usuarios. Desarrollaremos proyectos sociales e investigación para mejorar la calidad de vida de la población vulnerable de la región.

#### 4.4 PRINCIPIOS

- Honestidad
- Liderazgo
- Desarrollo del recurso humano
- Solidaridad
- Compromiso de mejoramiento y seguridad en nuestros procesos

#### 4.5 PRODUCTOS Y SERVICIOS

Los servicios que ofrece LOGROS IPS están agrupados por especialidades en cinco (5) Unidades así:

##### 4.5.1 Unidad de Psicología

Contribuye a mejorar la calidad de vida del paciente y la de su familia, a través de:

- Servicios de psicología clínica y educativa
- Asesoría y Terapia: familiar, de pareja, niños, niñas y adolescentes.
- Orientación profesional
- Acompañamiento en dificultades escolares.

##### 4.5.2 Unidad de Nutrición y Dietética

- Consulta nutricional en niños, niñas, adolescentes y adultos.
- Apoyo al paciente con obesidad.
- Apoyo al programa psicoprofiláctico.

##### 4.5.3 Unidad de Fonoaudiología

Dirigido a niños, niñas, adolescentes y adultos que presentan dificultades que les impiden comunicarse eficientemente; comprende consulta e intervención en:

- Desórdenes en el desarrollo del lenguaje.
- Discapacidad cognitiva y lesiones motoras relacionadas con el habla.
- Pérdidas parciales o totales de audición.
- Alteraciones en la estructura de los órganos del habla.
- Dificultades y alteraciones en el aprendizaje escolar.
- Alteraciones miofuncionales que afecten procesos de alimentación o habla.

#### 4.5.4 Unidad de Terapia Ocupacional

Encaminada a alcanzar una funcionalidad óptima del individuo, con el fin de facilitar su integración en los ámbitos familiar, escolar, social y laboral:

- Problemas de aprendizaje, dirigido a niños, niñas, adolescentes y adultos, con disfunciones de atención, torpeza motriz e hiperactividad con el fin de desarrollar las habilidades necesarias para un buen desempeño. Comprende adiestramiento perceptual, visual y maduración del sistema nervioso.
- Programa de alteraciones neuromusculares, dirigido a niños, niñas y adolescentes con patologías como parálisis cerebral, retardo mental, síndrome de Down, entre otros.

#### 4.5.5 Unidad de Fisioterapia y Terapia respiratoria

Comprende los programas de:

- Estimulación adecuada, la cual busca favorecer el desarrollo psicomotor normal e integral en los niños y niñas sanos, orientando su intervención hacia el acompañamiento y/o mejoramiento de la adquisición de las diferentes habilidades motrices en los primeros años de vida. Para ello se cuenta con un moderno y completo gimnasio.
- Se asesora a los padres de familia por medio de actividades educativas y comunicativas con respecto a la secuencia del desarrollo motor y cuidados posturales de sus hijos.
- Psicoprofilaxis: Ofrece a la pareja la preparación física y emocional necesaria para el manejo adecuado del embarazo, parto y post-parto.
- Asistencia en Terapia Física y Respiratoria.

#### 4.6 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La estructura organizacional de la institución se ha dividido desde el rango principal de la gerencia hasta los cargos asignados por unidad de atención, para el proceso de implementación del SGC se conformaron nuevos comités, como el comité de historias clínicas, comité científico, comité de calidad, comité de compras y el SIAU (servicio de información y atención al usuario), estos comités están conformados directamente por el personal de la institución.

**CENTRO DE ESPECIALISTAS I.P.S LOGROS E.U.**

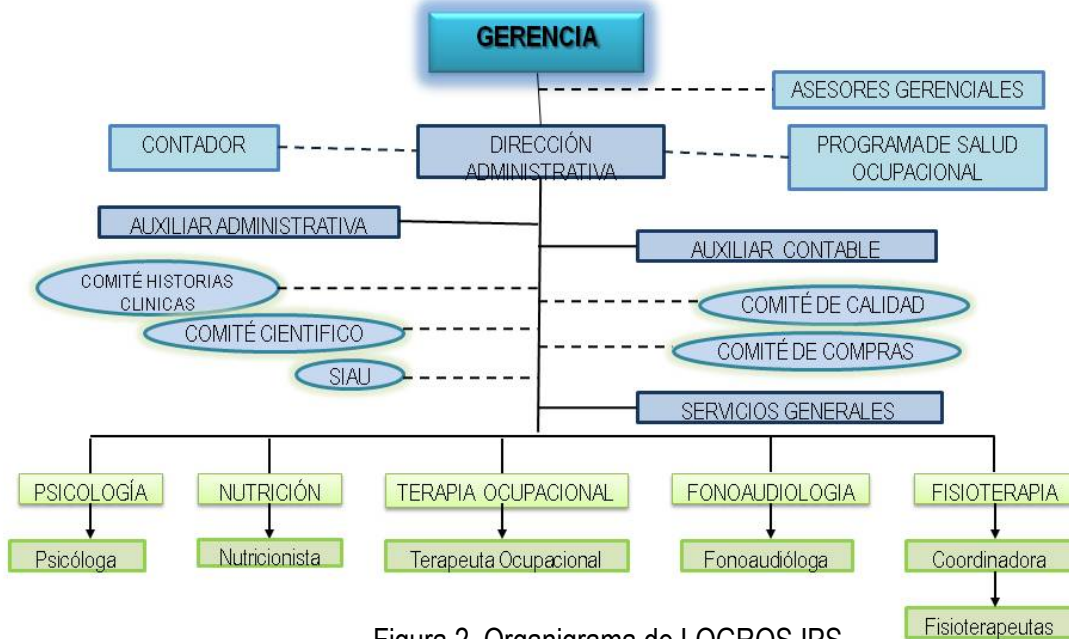


Figura 2. Organigrama de LOGROS IPS

**4.7 INFRAESTRUCTURA**

Con el fin de atender las necesidades de los clientes LOGROS IPS tiene dos sedes ubicadas en puntos estratégicos de la ciudad las cuales cuentan con las siguientes características:

- Sede Cañaveral



Figura 3. LOGROS IPS Sede Cañaveral

Sede Cañaveral: en el primer piso (65 m<sup>2</sup>) cuenta con sala de espera, recepción, acondicionamiento físico (barras paralelas, elíptica y caminador), espacio destinado para ejercicios de espalda y rodilla y 3 consultorios individuales de fisioterapia.

En el segundo piso (200 m<sup>2</sup>) funcionan 6 consultorios: Psicología, fisioterapia, fonoaudiología, nutrición y dietética, terapia ocupacional, terapia respiratoria y la oficina de gerencia.

En el tercer piso (180 m<sup>2</sup>) funciona el gimnasio terapéutico, dotado para trabajo físico e integración sensorial.



Figura 4. Entrada -Sede Cañaveral



Figura 5. Gimnasio Primer Piso -Sede Cañaveral



Figura 6. Gimnasio Tercer Piso -Sede Cañaveral

- Sede Cabecera

En el primer piso (250 m<sup>2</sup>) se encuentra la recepción, terapia respiratoria, rampa de acceso a la sala de espera y 3 consultorios de fisioterapia dotados para atender 10 pacientes simultáneamente, acondicionamiento físico (Barras paralelas, elíptica, caminador, colchonetas y balones de pilates) y oficina de gerencia.

En el segundo piso: (90 m<sup>2</sup>) funciona el consultorio de fonoaudiología, de terapia ocupacional, nutrición y dietética y psicología.



Figura 7. LOGROS IPS –Sede Cabecera

Las sedes de LOGROS I.P.S., están ubicadas en la Calle 31 No. 23-09 Cañaveral y en la Carrera 34 No. 51-79 Cabecera, distribuidas en la ciudad con el fin de garantizar a los usuarios fácil acceso a ellas.



Figura 8. Gimnasio – Sede Cabecera



Figura 9. Primer Piso – Sede Cabecera

## 5. METODOLOGÍA

### 5.1. METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOGROS IPS

El procedimiento metodológico que se empleó para el desarrollo del diseño e implementación del sistema de gestión de calidad en LOGROS IPS, se describe a continuación:

#### 5.1.1 Diagnóstico

Se busco identificar el estado actual de la institución respecto a los requisitos de la Norma ISO 9001:2008<sup>3</sup>. Para la elaboración de este diagnóstico se utilizó una herramienta que contribuye a la elaboración de un análisis teniendo en cuenta las evidencias detectadas en la empresa mediante observación de campo, entrevistas al personal y documentación utilizada, verificando en qué estado se encuentra cada requisito de la norma, según los siguientes criterios de evaluación:

Criterio	Descripción	%	%ACUMULADO
NA	No se aplica para la empresa	0%	X
ANC	Aplica pero la empresa no ha cumplido con el requisito exigido por la norma	0%	
PDD	El requisito se encuentra en proceso de diseño y desarrollo	10%	10%
PDC	El requisito se encuentra documentado	15%	25%
PIM	El requisito se encuentra en proceso de implementación	20%	45%
AMC	El requisito se encuentra auditado y en proceso de mejora continua	25%	70%
AIE	El requisito ha sido auditado e implementado efectivamente	30%	100%
TOTAL	<i>Avance del cumplimiento del requisito exigido por la norma, dado por la sumatoria total de los anteriores criterios establecidos.</i>	<b>100%</b>	

Tabla 1. Criterios de Evaluación Diagnostico Inicial ISO

La calificación se realizó evaluando cada requisito según el criterio de cumplimiento asignando un porcentaje; la herramienta pondera dicha calificación por subcapítulo y finalmente el promedio de la ponderación del total de los capítulos refleja el cumplimiento de la institución con respecto a la norma.

<sup>3</sup> NORMA NTC ISO 9001:2008

El resultado del diagnóstico por capítulo de la norma según lo evidenciado en LOGROS IPS, se detalla en el siguiente gráfico:

**Resultados del Diagnóstico Inicial del S.G.C en LOGROS I.P.S.**

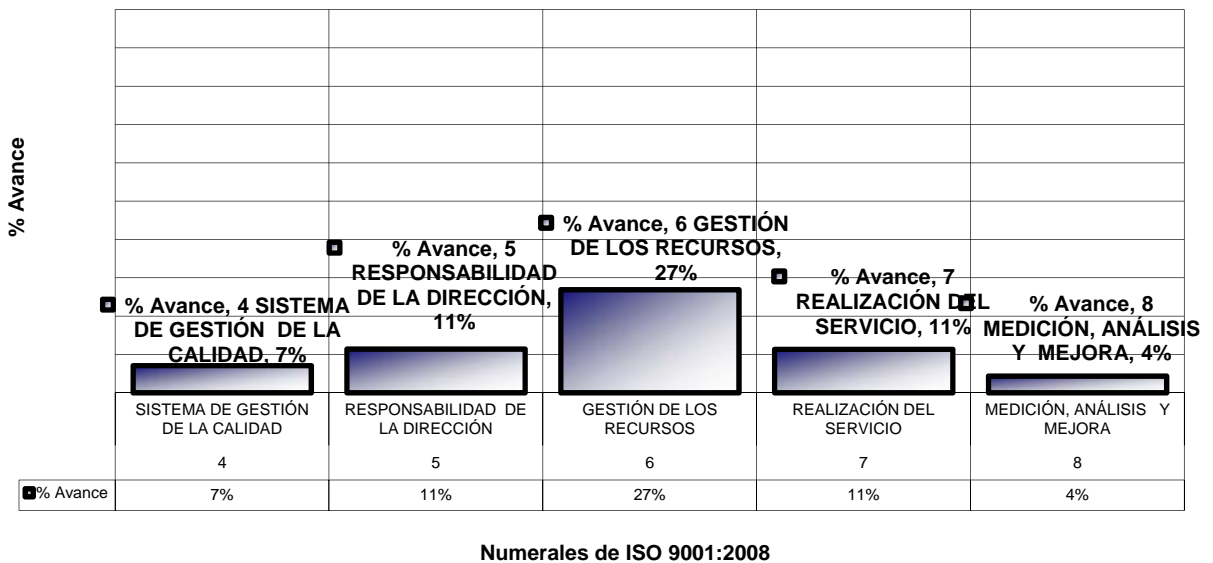


Figura 10. Resultados Diagnostico Inicial ISO en LOGROS IPS

Con base en estos resultados se concluye que el grado de cumplimiento promedio inicial de la empresa frente a los requisitos de la norma ISO 9001:2008 fue del 12 %.

% de Avance por Numerales		
Núm.	CAPÍTULO	% Avance
4	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	7%
5	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	11%
6	GESTIÓN DE LOS RECURSOS	27%
7	REALIZACIÓN DEL SERVICIO	11%
8	MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	4%
% Avance del S.G.C. TOTAL		12%

Tabla 2. Grado de Cumplimiento por capítulo de la ISO

En el análisis inicial por capítulo de la norma se evidencia que la mayoría de los requisitos se encuentran en proceso de diseño y desarrollo; En el numeral 4 de la NTC-ISO 9001:2008 el porcentaje de cumplimiento fue del 7% teniendo en cuenta que la institución no contaba con los procedimientos para el registro y control de documentos y hasta el momento no se tenían claramente identificados y establecidos los procesos del SGC, ni se poseía un manual de calidad; siendo estos aspectos de gran importancia en el momento de la verificación.

En los requisitos de responsabilidad por la dirección el porcentaje de análisis es de un 11%, debido a que se evidencia que está enfocado a brindar un servicio con calidad y calidez que logren la satisfacción del cliente, realizando actividades internas que controlen la comunicación, funciones y responsabilidades del personal de la institución, pero sin estas actividades cumplir con los requisitos establecidos por la norma.

En el numeral 6 el porcentaje de cumplimiento es del 27%, teniendo en cuenta que está documentado el proceso de selección de personal y organización de las hojas de vida y esto a la hora de dar la puntuación hace diferencia con respecto a otras áreas donde no se evidencia ningún documento.

El numeral 7 presentó un cumplimiento del 11% con base a que los procesos asistenciales se encontraban descritos en forma general y no específica para cada una de las áreas; en lo concerniente a compras no se evidenció un listado formal de proveedores ni seguimiento a la función de estos. Con respecto al control y seguimiento de los equipos no se contaba con hojas de vida, ni un programa de mantenimiento correctivo y preventivo.

Para efectos de este ejercicio el numeral 7.3 no se tuvo en cuenta porque es un requisito que se excluye del sistema, teniendo en cuenta que hace referencia al diseño y desarrollo de un producto y en la institución no se realizan actividades de diseño, solo se brinda un servicio asistencial, el cual ya está previamente establecido.

El numeral 8 presenta un cumplimiento del 4% donde no se evidencia ningún registro de seguimiento, medición y auditoría de los procesos internos de la institución, ni se tienen procedimientos documentados para el control del producto no conforme y manejo de acciones correctivas y preventivas.

Después de obtener conocimientos de cómo se encuentra la institución respecto a los requisitos exigidos por la norma NTC ISO 9001:2008, el proceso de Gestión de la Calidad, elabora un diagnóstico organizacional para poder analizar la institución ante la competencia y sus actividades internas.

Para una mejor interpretación de los resultados de cómo se encontraba la institución frente a los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008, ver Anexo 1. Diagnóstico inicial ISO 9001:2008 LOGROS IPS.

#### 5.1.2 Diagnóstico Del Proceso Gestión De La Calidad

Teniendo en cuenta los requisitos generales de la norma NTC ISO 9001:2008 para la implementación del SGC en LOGROS IPS, una de las etapas iniciales que se desarrolló fue la elaboración de un diagnóstico situacional frente a las exigencias de la norma, el cual se desarrolló mediante un instrumento que permitió dar un valor porcentual a cada uno de los numerales.

Con la información recolectada de la actividad de evaluación se encontró que para el proceso de gestión de la calidad en el numeral 4 que hace referencia a la estandarización y estructuración de los documentos, formatos y registros que hacen parte del SGC y los cuales deben ser adoptados por todas las áreas tanto asistenciales como administrativas, el porcentaje de cumplimiento fue del 11 % lo cual demostró que aunque la institución cuenta con procesos escritos y definidos, estos no cumplen con los requisitos de la norma y deben definirse las pautas tanto de diligenciamiento, almacenamiento, control, actualización para todos los procesos en la prestación del servicio. Otro de los aspectos fundamentales en cuanto al manejo de la documentación es la forma como el personal accede a ella siendo este un aspecto relevante en el proceso de inducción y reinducción de los funcionarios que laboran en la institución, facilitando la adherencia a los procesos y creando un mecanismo de retroalimentación de la información.

En lo referente al numeral el cual contempla la medición, el análisis y la mejora, así como la estandarización de formatos y documentos para identificar el producto no conforme, las fallas potenciales o reales durante el proceso de atención se obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 4%, denotando que la institución en este aspecto no ha venido realizando ningún tipo de acción o seguimiento a las fallas presentadas; con la estandarización de estos documentos se pretende que el personal conozca y pueda acceder a los instrumentos necesarios para documentar los hallazgos y que a través del respectivo análisis se implementen soluciones efectivas para evitar la recurrencia de estos eventos.

Estos hallazgos permiten a la institución, fortalecer los mecanismos a través de los cuales se busca la mejora continua y el logro de estándares de calidad óptimos para la prestación del servicio, además de disminuir la incidencia de los eventos adversos.

### 5.1.3 Planificación

Luego de realizar un diagnóstico inicial se identificaron los procesos gerenciales, operativos y de apoyo que se aplican en la institución y se realizaron las siguientes actividades:

#### 5.1.3.1 Alcance del Sistema de Gestión de la Calidad:

LOGROS IPS ha establecido el sistema de gestión de la calidad teniendo en cuenta los requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2008 para el siguiente alcance:

*“Prestación de servicios de salud de primer nivel de atención y baja complejidad en las áreas de: Terapia Física, Terapia Respiratoria, Fonoaudiología- Terapia de Lenguaje, Terapia Ocupacional, Psicología, Nutrición y Dietética”.*

La implementación del Sistema cubre las dos sedes de la institución; Cabecera carrera. 34 No 51-79 y Cañaveral, calle 31 No 23 – 09.

Se excluye el numeral 7.3 Diseño y Desarrollo, de la Norma NTC-ISO 9001:2008, ya que en la institución no se realizan actividades de diseño que conviertan las necesidades del cliente en requisitos específicos del producto o servicio; los servicios ofrecidos son procesos de habilitación y rehabilitación previamente definidos.

#### 5.1.3.2 Política de Calidad

LOGROS IPS como institución prestadora de servicios de promoción, prevención, habilitación y rehabilitación en salud se enfoca en satisfacer al cliente (empresa y usuario) ofreciendo un excelente servicio, con atención oportuna, calidad y calidez de acuerdo a las necesidades del usuario. Para lo cual cuenta con recurso humano altamente calificado, satisfecho y comprometido, equipos adecuados, modernas instalaciones y se mantiene en la búsqueda constante de mejora continua en sus procesos.

#### 5.1.3.3 Objetivos de calidad

Una vez definida la política de calidad, se establecieron los objetivos, los cuales se convierten en el medio para medir el cumplimiento de dicha política, los objetivos establecidos en la institución son:

- Garantizar la satisfacción del cliente usuario, ofreciendo un servicio con atención oportuna, calidad y calidez; que logre la efectividad en su tratamiento.
- Garantizar las expectativas del cliente empresa, minimizando las no conformidades de sus usuarios y afiliados.

- Desarrollar un equipo humano altamente calificado, en constante capacitación y sentido de pertenencia con la institución.
- Mantener unas instalaciones que ofrezcan fácil accesibilidad, seguridad, infraestructura moderna, dotación con material y equipos adecuados.
- Incrementar la mejora continua en los procesos de la Institución.

Para cada objetivo de calidad se procedió a definir los mecanismos de medición dentro de lo cual se estableció:

- **Indicador:** es una expresión matemática de lo que se quiere medir, con base en factores o variables claves que tienen un objetivo y cliente predefinido. Los indicadores de gestión son medidas utilizadas para determinar el éxito del servicio en la institución. Estos indicadores se establecen por cada objetivo de calidad de tal forma que permitan evidenciar el cumplimiento de la política de calidad.
- **Formula:** al tratarse de un indicador cuantitativo se aplica la forma de cálculo a emplearse para la deducción de su valor, esto implica la identificación exacta de los factores y la manera como ellos se relacionan.
- **Periodicidad:** cada cuanto debe ser medible y controlable un indicador.
- **Unidad de medida:** es la manera como se expresa el valor determinado del indicador dado por unidades, las cuales varían de acuerdo con los factores que se relacionan.
- **Responsable:** es el encargado de la recolección y análisis de la información.
- **Meta:** valor que se quiere lograr o mantener y se logra a través de factores claves.

En la siguiente tabla se muestran el despliegue de política y objetivos de calidad.

### Despliegue de la política y objetivos de la Calidad

POLÍTICA DE CALIDAD	OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	PERIODICIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	RESPONSABLE	META
LOGROS IPS como institución prestadora de servicios de promoción, prevención, rehabilitación y salud se enfoca en satisfacer al cliente (empresa y usuario) ofreciendo un excelente servicio, con atención oportuna, calidad y calidez de acuerdo a las necesidades del usuario. Para lo cual cuenta con recurso humano altamente calificado, satisfecho y comprometido, equipos adecuados, modernas instalaciones y se mantiene en la búsqueda constante de mejora continua en sus procesos.	1. Garantizar la satisfacción del cliente usuario, ofreciendo un servicio con atención oportuna, calidad y calidez; que logre la efectividad en su tratamiento.	Índice de Satisfacción del Cliente	Sumatoria de cada respuesta / Total de encuestas aplicadas	Mensual	Relación porcentual	Líder Proceso Administrativo (Auxiliar Administrativo)	≥ 95%
	2. Garantizar las expectativas del cliente empresa, minimizando las no conformidades de sus usuarios y afiliados.	Quejas y/o reclamos.	Número de quejas recibidas / Total de servicios entregados *100	Trimestral	Relación porcentual	Líder Proceso de Calidad	≤ 5%
	3. Desarrollar un equipo humano altamente calificado, en constante capacitación y sentido de pertenencia con la institución.	Índice de competencias del personal.	Total de Competencias cumplidas/ total Competencias requeridas	Semestral	Relación Porcentual	Líder de Recurso Humano (Psicóloga)	≥ 85%
	4. Mantener unas instalaciones que ofrezcan fácil accesibilidad, seguridad, infraestructura moderna, dotación con material y equipos adecuados.	Cumplimiento del programa de mantenimiento	No. mantenimiento preventivos realizados/No. total mantenimientos programados	Semestral	Relación porcentual	Líder Proceso Administrativo (Infraestructura/ Fisioterapia)	≥ 90%
	5. Incrementar la mejora continua en los procesos de la Institución.	Índice de prevención	Número de acciones preventivas /Total acciones (preventivas y correctivas)*100	Trimestral	Relación Porcentual	Líder Proceso de Calidad	≥ 50%

Tabla 3. Política y Objetivos de Calidad

#### 5.1.3.4 Definición de responsabilidades

Con el propósito de garantizar una cultura de calidad en la organización se han definido los siguientes responsables de mantener y mejorar el sistema de gestión de la calidad en la empresa:

- Gerente: es el encargado de velar por el funcionamiento y permanencia de la organización, es el responsable de asignar el presupuesto para la implementación del sistema de gestión de la calidad de la institución y a su vez es el encargado de cumplir las funciones de representante de la dirección.
  
- Comité de Calidad: Con el propósito de generar una dinámica participativa la organización ha conformado el Comité de Calidad integrado por:
  - Un representante de la dirección,
  - Coordinador de calidad,
  - Psicóloga,
  - Coordinador de fisioterapia.

Este comité se reúne con una periodicidad mensual y se revisan los indicadores de calidad, productos no conformes, acciones correctivas y preventivas entre otros. La filosofía de este comité es promover y gestionar la mejora continua dentro de la organización.

- Coordinador de Calidad: es el encargado de diseñar, elaborar, socializar e implementar el sistema de gestión de la calidad de la institución, con el fin de satisfacer las necesidades y expectativas de la institución, y velar por las mejoras continuas de los procesos institucionales, por medio del desarrollo permanente del Sistema de Gestión de Calidad.
  
- Líderes de Proceso: es la persona asignada por la institución como representante del proceso asignado, y debe velar por que se cumplan todas sus actividades descritas en la caracterización del proceso.
  
- Auditor de Calidad: es el encargado de elaborar el plan de auditoría, nombrar los auditores para auditar cada procedimiento, asegurarse de la independencia e integridad del equipo auditor, verificar las acciones para dar cumplimiento a los hallazgos o no conformidades detectadas en la auditoría, elaborar y entregar informe de auditoría para respectiva revisión por la dirección.
  
- Personal de la Organización: comprometido con la institución en las actividades a implementar del sistema de gestión de la calidad de la institución, aplicar los documentos, formatos y procedimientos establecidos del sistema de gestión de la calidad establecidos por la institución.

### 5.1.3.5 Mapa de procesos:

Logros IPS definió el mapa de procesos el cual es la representación gráfica de los procesos definidos dentro del sistema de gestión de la calidad de la institución que tienen como finalidad lograr la satisfacción del cliente a través del servicio recibido que cumpla sus necesidades.

Los procesos planteados se relacionan a continuación con el respectivo responsable:

Nombre del Proceso	Tipo de Proceso	Responsable
Gestión Estratégica	Estratégico	Gerente
Gestión de la Calidad		Coordinador de Calidad
Proceso Asistencial	Misionales	Coordinador de Fisioterapia
Gestión del Recurso Humano	Apoyo	Psicóloga
Gestión Administrativa		Auxiliar Administrativo

Tabla 4. Tabla de Procesos LOGROS IPS

A continuación se muestra el mapa de proceso diseñado en la empresa:



Figura 11. Mapa de Procesos LOGROS IPS

### 5.1.3.6 Caracterización de Procesos

Después de realizado el mapa de procesos se procedió a desarrollar la caracterización teniendo en cuenta los siguientes aspectos.

- **PROPÓSITO:** se describe el objetivo (s) del proceso, detalla la razón de ser del proceso o para que existe el proceso en la institución.
- **RESPONSABLE:** se define el cargo de quién es el líder del proceso.
- **PROVEEDORES DEL PROCESO:** corresponde a los procesos internos, proveedores externos, empresas clientes, usuarios que son necesarios para lograr el objetivo del proceso.
- **ENTRADAS AL PROCESO:** son las entradas de suministros que son necesarios para el proceso como los Insumos, materiales, información, de proveedores, usuarios, o los mismos procesos internos de la institución.
- **ACTIVIDADES DEL PROCESO:** se establecen a través del ciclo PHVA (Planear, hacer, verificar y actuar, que está compuesto por las cuatro fases básicas del control: planificar, ejecutar, verificar y actuar correctivamente.

Los términos usados en el ciclo PHVA, tienen el siguiente significado:

**Planear (P):** consiste en establecer metas para los indicadores de resultado y establecer la manera (el camino, el método) para alcanzar las metas propuestas.

**Hacer (H):** se describe la ejecución de las tareas exactamente de la forma prevista en el plan y en la recolección de datos para la verificación del proceso. En esta etapa es esencial el entrenamiento en el trabajo resultante de la fase de planeamiento.

**Verificar (V):** se toma como base los datos recolectados durante la ejecución, se compara el resultado obtenido con la meta planificada.

**Actuar (A):** esta es la etapa en la cual el usuario detectó desvíos y actuará de modo que el problema no se repita nunca más.

- **SALIDAS O RESULTADOS:** son los resultados que se esperan del proceso, los resultados están alineados con los objetivos del proceso en términos de la calidad, oportunidad, seguridad, eficiencia, accesibilidad, eficacia debe proporcionar el proceso.
- **PROCESOS CLIENTES:** se describen cuáles son los clientes del proceso; un cliente es quien recibe las salidas o resultados del proceso
- .
- **DOCUMENTOS RELACIONADOS:** se describen todos los documentos que se involucran en el proceso, como listados, manuales, etc.
- **RECURSOS:** es la descripción de los recursos que se utilizan en el proceso: humanos, físicos, equipos, materiales importantes, software especial, hardware, etc.
- **PARÁMETROS DE CONTROL DEL PROCESO:** son las tareas del proceso que se deben verificar y que ponen en riesgo los objetivos del proceso.
- **REQUISITOS DEL PROCESO:** Son los cuatro requisitos que intervienen en un sistema de gestión de la calidad como lo son las normas legales, directrices institucionales, requisitos del cliente y requisitos de la norma certificadora.
- **INDICADORES DE CONTROL DE GESTIÓN DEL PROCESO:** Se identifican los indicadores para dicho proceso.

Identificando los anteriores aspectos se procede a desarrollar la caracterización para el proceso de Gestión de la Calidad de LOGROS IPS, para una mejor comprensión ver Anexo 2. Caracterización Proceso Gestión de la Calidad.

#### 5.1.3.7 Estructuración del cronograma general de implementación y plan de trabajo específico por proceso:

Se estableció un cronograma contemplando los meses de septiembre del 2010 a junio del 2011, donde se especificaron las actividades a desarrollar en el proceso de Gestión de la Calidad distribuidas de la siguiente manera:

CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN SGC LOGROS IPS										
PROCESO GESTIÓN ESTRATÉGICA	sep-10	oct-10	nov-10	dic-10	ene-11	feb-11	mar-11	abr-11	may-11	jun-11
DIAGNÓSTICO										
PLANIFICACIÓN										
DOCUMENTACIÓN										
IMPLEMENTACIÓN										
CAPACITACIÓN										
EVALUACIÓN										

Figura 12. Cronograma de Implementación del SGC LOGROS IPS

#### 5.1.4. Documentación

Lograr la implementación de la mejora continua es un proceso que busca optimizar los procesos mediante la evaluación de su eficacia y eficiencia, el instrumento más adecuado para obtener este resultado es la norma NTC ISO 9001:2008, la cual da las pautas y lineamientos en los cuales se debe hacer énfasis para cumplir con los requisitos de la normatividad vigente y así alcanzar los estándares de calidad que permitan satisfacer las necesidades del cliente.

El desarrollo de actividades coordinadas y enfocadas en un solo propósito garantiza la adherencia del personal a los procesos y la correcta implementación de los mismos; dar respuesta a las posibles fallas en la prestación del servicio no es tarea fácil porque estamos hablando de errores que inciden en el bienestar del individuo; es por esta razón que todas los esfuerzos deben estar enfocados a prevenir el error antes que este ocurra.

La calidad representa la búsqueda de la mejora continua en todas las áreas de una institución por esto es de vital importancia la participación de todas la personas involucradas en los diferentes procesos, cada una desde su actuar podrá aportar al mejoramiento, revisión, documentación, evaluación y seguimiento de los mismos.

El objetivo de esta etapa es adecuar los documentos existentes en la institución y generar los documentos adicionales que sean necesarios para cumplir con los requisitos de la Norma NTC

ISO 9001:2008. A continuación se relacionan los requisitos de norma que se han incluido en el proceso de gestión de calidad.

#### 5.1.4.1. Requisitos de la Documentación:

##### GENERALIDADES (Numeral 4.2.1 Norma NTC ISO 9001:2008)

La documentación del sistema de gestión de la calidad debe incluir:

- declaraciones documentadas de una política de la calidad y de objetivos de la calidad,
- Un manual de la calidad,
- los procedimientos documentados y los registros requeridos en esta Norma Internacional,
- los documentos incluidos los registros que la organización determina que son necesarios para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.

Nota 1. Cuando aparezca el término “Procedimiento Documentado” dentro de esta Norma Internacional, significa que el procedimiento sea establecido, documentado, implementado y mantenido. Un requisito relativo a un procedimiento documentado puede cubrirse con más de un documento.

Nota 2 La extensión de la documentación del sistema de gestión de la calidad puede diferir de una organización a otra debido a:

- a) el tamaño de la organización y el tipo de actividades;

##### CONTROL DE LOS DOCUMENTOS (Numeral 4.2.3 Norma NTC ISO 9001:2008)

Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para:

- a. aprobar los documentos en cuanto su adecuación antes de su emisión,
- b. revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente,
- c. asegurar que se identifican los cambios y el estado de la versión vigente de los documentos,
- d. asegurar que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso,
- e. asegurar que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificable,

- f. asegurar que los documentos de origen externo, que la organización determina que son necesarios para la planificación y la operación del sistema de gestión de la calidad, se identifican y se controla su distribución, y
- g. prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso que se mantengan por cualquier razón.

#### **CONTROL DE LOS REGISTROS (Numeral 4.2.4. Norma NTC ISO 900:2008)**

Los registros establecidos para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del sistema de gestión de la calidad deben controlarse.

La organización debe establecer un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, la retención y la disposición de los registros.

Los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables.

#### **MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA (Numeral 8 Norma NTC ISO 9001:2008)**

##### **GENERALIDADES (Numeral 8.1 Norma NTC ISO 9001:2008)**

La organización debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para:

- a) demostrar la conformidad con los requisitos del producto,
- b) asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de la calidad, y
- c) mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

Esto debe comprender la determinación de los métodos aplicables, incluyendo las técnicas estadísticas, y el alcance de su utilización.

##### **SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN (Numeral 8.2 Norma NTC ISO 9001:2008)**

##### **AUDITORÍA INTERNA (Numeral 8.2.2 Norma NTC ISO 9001:2008)**

Se debe planificar un programa de auditorías tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas a auditar, así como los resultados de auditorías previas. Se deben definir los criterios de auditoría, el alcance de la misma, su frecuencia y la metodología. La selección

de los auditores y la realización de las auditorías deben asegurar la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría. Los auditores no deben auditar su propio trabajo.

Se debe establecer un procedimiento documentado para definir las responsabilidades y requisitos para la planificar y realizar las auditorías, establecer los registros e informar de los resultados.

Deben mantenerse registros de las auditorías y de sus resultados (véase 4.2.4)-

La dirección responsable del área que esté siendo auditada debe asegurarse de que realizan las correcciones y se toman las acciones correctivas necesarias sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas. Las actividades de seguimiento deben incluir la verificación de las acciones tomadas y el informe de los resultados de la verificación. (Véase 8.5.2).

#### **SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS (Numeral 8.2.3 Norma NTC ISO 9001:2008)**

La organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento, y cuando sea aplicable, la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados. Cuando no se alcancen los resultados planificados, deben llevarse a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente.

NOTA: Al determinar los métodos apropiados, es aconsejable que la organización considere el tipo y el grado de seguimiento o medición apropiado para cada uno de sus procesos en relación con su impacto sobre la conformidad con los requisitos del producto y sobre la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

#### **SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO (Numeral 8.2.4 Norma NTC ISO 9001:2008)**

La liberación del producto y la prestación del servicio al cliente no deben llevarse a cabo hasta que se hayan completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas (Véase 7.1), a menos que sean aprobados de otra manera por una autoridad pertinente y, cuando corresponda, por el cliente.

#### **CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME (Numeral 8.3 Norma NTC ISO 9001:2008)**

La organización debe asegurar que el producto que no sea conforme con los requisitos estipulados, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencionados. Se debe establecer un procedimiento documentado para definir los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas para tratar el producto no conforme.

Cuando sea aplicable, la organización debe tratar los productos no conformes mediante una o más de las siguientes maneras:

- a) tomando acciones para eliminar la no conformidad detectada;
- b) autorizando su uso, liberación o aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente, y cuando sea aplicable por el cliente;
- c) tomando acciones para impedir su uso o aplicación originalmente previsto.

#### **ANÁLISIS DE DATOS (Numeral 8.4 Norma NTC ISO 9001:2008)**

La organización debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad. Esto DEBE incluir los datos generados del resultado del seguimiento y medición y de cualesquiera otras fuentes pertinentes.

#### **MEJORA (Numeral 8.5 Norma NTC ISO 9001:2008)**

##### **MEJORA CONTINUA (Numeral 8.5.1 Norma NTC ISO 9001:2008)**

La organización debe mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.

##### **ACCIÓN CORRECTIVA (Numeral 8.5.2 Norma NTC ISO 9001:2008)**

La organización debe tomar acciones para eliminar la causa de no conformidades con el objeto de prevenir que vuelva a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.

Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los requisitos para:

- a) revisar las no conformidades (incluyendo las quejas de los clientes);
- b) determinar las causas de las no conformidades;
- c) evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse que las no conformidades no vuelvan a ocurrir;
- d) determinar e implementar las acciones necesarias;
- e) registrar los resultados de las acciones tomadas (véase 4.2.4), y
- f) revisar la eficacia de las acciones correctivas tomadas.

### ACCIÓN PREVENTIVA (Numeral 8.5.3 Norma NTC ISO 9001:2008)

La organización debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales.

Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los requisitos para:

- a) determinar las no conformidades potenciales y sus causas
- b) evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades,
- c) determinar e implementar las acciones necesarias;
- d) registrar los resultados de las acciones tomadas (véase 4.2.4), y
- e) revisar la eficacia de las acciones preventivas tomadas.

En la estructura de la documentación se establecieron directrices generales para la construcción, actualización y eliminación de los documentos que conforman la estructura documental del SGC ISO 9001: 2008 de Logros IPS. La documentación elaborada es la exigida por la norma y a su vez la que se desarrolló teniendo en cuenta los siguientes requisitos:

- Que la no existencia del documento afectara la calidad del servicio prestado.
- La documentación solicitada es necesaria para cumplir un requisito legal, reglamentario o contractual.
- Exista riesgo de insatisfacción del cliente o riesgo económico.
- Cuando se comprometa la eficacia y eficiencia del proceso.
- Lo requiera la complejidad de los procesos.

Los tipos de documentos utilizados en el Sistema de Gestión de la calidad son: manuales, procedimientos, instructivos, guías, formatos, protocolos, procesos, mapa de procesos y documentos de origen externo.

Cada tipo de documentos debe manejar el formato establecido por la institución para su respectiva identificación de la siguiente manera:

- **Encabezado:** logo de la empresa, título que corresponde el proceso clave al que pertenece el procedimiento, instructivo o registro y el nombre del documento, su código de identificación, versión y paginación.
- **Pie de Página:** contiene cargo de la persona quien revisa y quien aprueba el documento, con la respectiva fecha de aprobación.

El contenido de la documentación en general se presenta en la siguiente estructura:

- **Propósito:** define claramente la razón de ser del documento. Precisa los aspectos que trata el documento y amplía la información suministrada en el título del mismo.
- **Alcance:** establece la vigencia del documento y las gestiones, procesos, servicios, cargos, clientes, áreas, funciones o actividades a las cuales aplica la utilización del documento.
- **Responsable(s):** relaciona el(los) cargo(s) que participan y tienen responsabilidad en el cumplimiento de las actividades documentadas.
- **Procedimiento:** en esta sección se describe como se realiza el proceso estableciendo las diferentes etapas o actividades necesarias para su ejecución. Según las actividades a documentar el desarrollo del proceso se representa a través de texto, diagramas de flujo, cuadros, tablas, gráficos, entre otros, según se considere apropiado en cada caso.

Para el diseño de esta estructura se estableció un formato de maneje las siguientes preguntas:

- **Qué:** breve descripción de la actividad con la relación de formatos, informes, medios, etc. utilizados para registrar la evidencia de la actividad realizada.
- **Cómo:** realizar una descripción detallada de la forma en que se realiza la actividad.
- **Quién:** relación de cargo(s) responsable(s) de cada actividad.
- **Registros:** relacionar los documentos que se generan en la aplicación o implementación del procedimiento.
- **Políticas procedimentales:** aquí se describen norma, directrices y condiciones generales a considerar para la aplicación del documento o desarrollo del proceso; pueden realizarse también aclaraciones de carácter general sobre los diferentes elementos de las actividades documentadas. La política es del procedimiento o alineación a las políticas de calidad o a las políticas corporativas.

Teniendo en cuenta lo solicitado en dichos requisitos, más los requisitos del cliente, legales e internos de la institución, se procede a elaborar la siguiente documentación:

Documentos Generales:

- GCA-PR-02 Control de Documentos
- GCA-PR-05 Control de Registros
- GCA-PR-11 Programa de Auditoría Interna
- GCA- G-08 Producto No Conforme
- GCA-PR-09 Acciones Correctivas
- GCA-PR- 10 Acciones Preventivas

Y los siguientes procedimientos de relevancia para el proceso de Gestión de la Calidad según la norma NTC-ISO 9001:2008: Ver anexo 3. Procedimiento Control de Documentos, Formato Acciones Correctivas y Preventivas.

CÓDIGO	NOMBRE DEL DOCUMENTO	OBJETIVO	ALCANCE
GCA- G -01	Caracterización	Planificar y mantener el sistema de gestión de la calidad promoviendo una cultura de mejoramiento continuo en los procesos de la organización. Evaluando la eficacia y la eficiencia de los procesos internos y contratados externamente a través de los indicadores de gestión, las auditorías internas, el control del producto no conforme y el seguimiento de las acciones correctivas, preventivas y de mejora.	<p>Aplica a las actividades de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboración, aprobación, revisión y distribución de los documentos del SGC.</li> <li>- Identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros.</li> <li>- Identificación de No Conformidades potenciales o reales, análisis de causas, definición de acciones correctivas, acciones preventivas y seguimiento a su implementación y eficacia.</li> <li>- Preparación, realización, presentación del informe de auditoría y seguimiento a la solución de las No Conformidades u observaciones.</li> </ul>
GCA-PR-02	Procedimiento Control de Documentos.	Establecer la metodología para realizar la revisión, actualización, aprobación e implementación de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), para apoyar la operación eficaz y eficiente de los procesos de la organización.	Este procedimiento se aplica a toda la documentación de los procesos que hacen parte del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2008.

GCA-PR-05	Procedimiento Control de Registros.	Establecer la metodología para realizar la revisión, actualización, aprobación e implementación de los registros del Sistema de Gestión de Calidad (SGC), para apoyar la operación eficaz y eficiente de los procesos de la organización.	Este procedimiento se aplica a toda la documentación de los procesos que hacen parte del Sistema de Gestión de Calidad y comprende desde la identificación de los mismos hasta su disposición.
GCA-IN-07	Instructivo Control de Documentos.	Establecer directrices generales para la construcción, actualización y eliminación de los documentos que conforman la estructura documental del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2008 de la IPS LOGROS.	Este documento rige a partir de su fecha de aprobación y aplica a todos los documentos que hacen parte del Sistema de Gestión de la Calidad.
GCA-G-08	Procedimiento Producto No conforme.	Establecer los lineamientos que deben ser aplicados para la identificación y tratamiento de los Servicios no Conformes aplicable a los procesos definidos en el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad.	Este procedimiento es aplicable a los procesos involucrados en el alcance del S.G.C y así como a los procesos gobernantes y de soporte relacionados con el punto de contacto para el personal perteneciente a la institución.
GCA-PR-09	Procedimiento Acciones Correctivas.	Garantizar la aplicación del procedimiento de acciones correctivas que permite eliminar las causas de NO Conformidades reales, desviación tanto en la política y procedimientos del Sistema de Gestión de la Calidad, esto con el fin de prevenir que no vuelvan a ocurrir dichas no conformidades.	Desde la detección de las NO Conformidades (solicitudes de mejoramiento y eventos adversos) determinar las causas, control y seguimiento de las acciones emprendidas, este procedimiento aplica a todos los procesos de la IPS LOGROS.
GCA-PR-10	Procedimiento Acciones Preventivas.	Establecer la metodología para determinar y eliminar las causas de una No Conformidad Potencial, prevenir su recurrencia y mejorar la eficacia y eficiencia del Sistema de Gestión de la Calidad de la IPS LOGROS.	Aplica desde la determinación del proceso sobre el cual se va levantar el mapa de riesgos, evaluación, identificación del origen, impacto, clasificación y análisis de los riesgos, determinación y verificación de de acciones y planes de mejoramiento, elaboración del mapa consolidado, aplica a cada unos de los procesos de la institución.

GCA-PR-11	Programa de Auditoría Interna.	Establecer las directrices para programar, ejecutar, hacer seguimiento y presentar el informe a la gerencia, relacionado con las Auditorías Internas del Sistema de Gestión de la Calidad, en la IPS LOGROS.	Definir e implementar un programa de auditoría interna que aplique a todos los procesos del SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD de la IPS LOGROS.
GCA-PR-12	Plan de Auditoría Interna.	Definir el contenido de la planeación de la auditoría a realizar junto con la programación establecida para el desarrollo de la misma.	Realizar auditoría de la totalidad de los procesos asistenciales y administrativos de la institución.

Tabla 5. Tabla de Documentos Proceso Gestión de la Calidad

#### 5.1.4. Implementación

Para llevar a cabo la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad es fundamental realizar actividades de sensibilización y capacitación que le permitan a las personas involucradas en cada uno de los procesos tanto asistenciales como administrativos conocer las generalidades, objetivos y alcance del sistema, así como la participación y responsabilidad que cada uno tiene en el desarrollo del mismo, es por esta razón que LOGROS IPS desarrolló actividades educativas enfocadas a lograr el conocimiento y la adherencia a los procesos.

##### 5.1.4.1. Capacitación

La primera actividad de socialización realizada en LOGROS IPS fue la relacionada con la presentación del plan de trabajo a desarrollar en la implementación del SGC la cual fue dirigida a todo el personal que labora en la institución con el objetivo de incentivar la participación de todas las áreas y promover la adherencia en cada una de las etapas del sistema. A esta actividad asistieron veinte (20) participantes. Ver anexo 4. Acta de reunión No. 01.

Otra de las actividades que se llevó a cabo en esta etapa, fue la socialización de las generalidades y conceptos básicos del sistema de Gestión de Calidad liderada por el proceso de gestión estratégica con el personal que labora en las dos sedes de LOGROS IPS; se enfatizó en la importancia que tiene para las instituciones de salud llevar a cabo procesos basados en la mejora continua y la satisfacción del cliente, así como la evaluación frente a los requisitos exigidos por la normatividad vigente lo cual permite ser competitivos frente a otras instituciones que ofrecen servicios en el área de rehabilitación; dicha actividad contó con la participación de veintitrés ( 23 ) personas de todas las áreas. Como evidencia de esta actividad se adjunta la figura 13. Ver anexo 4. Acta de reunión No. 02.



Figura 13. Actividad de socialización.

Otra capacitación que se llevó a cabo fue la relacionada con la elaboración de la política de calidad, misión, visión en donde los participantes de todas las áreas asistenciales y administrativas expresaron sus aportes frente al tema, contribuyendo de esta forma a la estructuración de la política de calidad con la cual cuenta LOGROS IPS en la actualidad. Ver anexo 4. Acta de reunión No. 4.

La siguiente capacitación que se realizó fue la relacionada con la identificación del producto no conforme, acciones preventivas y correctivas, en la que participaron todos los funcionarios de la institución y en la cual se dieron pautas para el manejo de los instrumentos y registros que se deben tener en cuenta en el momento de evidenciar una falla en la prestación del servicio. Ver anexo 4. Acta de reunión No. 6.

#### 5.1.4.2 Instrucción del diligenciamiento de los registros

Luego de dar a conocer los aspectos generales del sistema se procedió a trabajar con el grupo de profesionales el tema de la identificación del producto no conforme y la implementación de acciones correctivas y preventivas para prevenir su ocurrencia; resultado de esta actividad se logró sensibilizar a todas las personas involucradas en el proceso de atención sobre la importancia que tiene la identificación las fallas potenciales y reales que pueden afectar la prestación de un servicio con calidad al cliente usuario. Específicamente con el acompañamiento en la socialización y diligenciamiento de estos formatos, se buscó dar herramientas efectivas para que el personal de la institución pueda realizar los reportes de las fallas en la atención que se pueden presentar y a su vez afianzar la adherencia al proceso. Ver anexo 4. Actas de Reunión No. 6.

Para mayor comprensión de los asistentes, en lo referente a los documentos y registros mencionados anteriormente, se diseñó un folleto educativo con los aspectos relevantes, el cual fue entregado por grupos de trabajo para ser publicado en cada una de las áreas y de esta manera llegar con la información al total de los funcionarios. A continuación se muestra el folleto utilizado:

**FORMATO DE REPORTE DE PRODUCTO NO CONFORME LOGROS IPS**

Proceso:  
Responsable del Proceso:  
Responsable del Reporte:  
Fecha de Reporte:

**PARTE 1 - REPORTE DE LA NO CONFORMIDAD**

1. Nombre del emisor: \_\_\_\_\_ 2. Cargo del emisor: \_\_\_\_\_

3. Tipo de No Conformidad:  
Desempeño de producción:  Inocuidad de la producción:   
Luz y el medio ambiente de la:  Incumplimiento de requisitos de:   
Ejemplarización de registros:  Otros: \_\_\_\_\_

4. Descripción de la No Conformidad:  
6. Firma del emisor: \_\_\_\_\_ 7. Firma del responsable del proceso: \_\_\_\_\_

**PARTE 2 - ACCIÓN PROPUESTA**

8. Proceso a seguir en la acción y cómo se solicita:

9. Causa directa de la no conformidad: \_\_\_\_\_ 10. Fecha de recepción de la no conformidad: \_\_\_\_\_

11. Causa principal de la no conformidad: \_\_\_\_\_  
12. Acción correctiva propuesta: \_\_\_\_\_  
13. Acción preventiva: \_\_\_\_\_

**PARTE 3 - VERIFICACIÓN**

14. ¿La acción tomada fue eficaz?  Sí  No  
15. Si no fue eficaz, mencione la razón: \_\_\_\_\_

16. Firma del responsable del proceso: \_\_\_\_\_ 17. Fecha de verificación de la acción: \_\_\_\_\_

**FORMATO DE REPORTE DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS DE LOGROS IPS**

Para de elaboración: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Acción Correctiva: \_\_\_\_\_  
Acción Preventiva: \_\_\_\_\_

**DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL:** (puede contener foto, sonido, video, etc.)

**ANÁLISIS DE CAUSAS:** (aplica para acción correctiva) / (HLSGU aplica para acción preventiva)

**PLAN DE ACCIÓN**

ACCIÓN	FECHA	RESPONSABLE
I		
II		
III		
IV		

**SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE LA ACCIÓN**

ACTIVIDAD	FECHA	RESULTADO DE LA ACCIÓN	FIRMA

**VERIFICACIÓN DE ACCIÓN CORRECTIVA/PREVENTIVA**

FECHA DE REVISIÓN	COMENTARIOS (EFECTIVIDAD)	FIRMA

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Figura 14 . Folleto de Socialización Acciones Correctivas/Preventivas (hoja 1)

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

**REQUISITO:** necesidad o expectativa establecida generalmente implícita u obligatoria son los generados por las partes interesadas.

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

**Indicadores:** Un indicador de gestión es la expresión cuantitativa del comportamiento y desempeño de un proceso, cuya magnitud, al ser comparada con algún nivel de referencia, puede estar señalando una desviación sobre la cual se toman acciones correctivas o preventivas según el caso.

**EFICIENCIA Vs. EFICACIA**

**EFICACIA:** Extensión en que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados. *Hacer las cosas correctas; lograr los objetivos.*

**EFICIENCIA:** Relación entre los resultados alcanzados y los recursos utilizados. *Hacer correctamente las cosas; uso adecuado de los recursos para obtener un fin.*

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

**PROCEDIMIENTO:** Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un Proceso.

**INSTRUCTIVO:** Forma especificada para llevar a cabo una Tarea.

**DOCUMENTO Vs. REGISTRO**

DOCUMENTO	REGISTRO
INFORMACIÓN Y SU MEDIO DE SOPORTE	DOCUMENTO QUE PRESENTA RESULTADOS OBTENIDOS O EVIDENCIA
Define lo que se debe hacer	Registra lo que se hizo
Se puede actualizar	No se puede modificar
Orienta el cumplimiento de los requisitos	Evidencia el cumplimiento de los requisitos

**Conformidad Vs. No Conformidad**

**CONFORMIDAD:** cumplimiento de un requisito

**NO CONFORMIDAD:** incumplimiento de un requisito.

**QUE ES CORRECCIÓN:** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

**QUE ES ACCIÓN CORRECTIVA:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad u otra situación indeseada.

**QUE ES ACCIÓN PREVENTIVA:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseada.

Figura 15. Folleto de Socialización Acciones Correctivas/Preventivas (hoja 2)

Con respecto al tema de las auditorías internas se desarrolló actividad de socialización del programa de auditoría y plan de auditoría para la vigencia del año 2011 con la presentación de objetivos de la misma y la importancia que tiene para la institución la medición en el cumplimiento de las directrices en los diferentes procesos asistenciales y administrativos.

En total se realizaron tres actividades de socialización del sistema de gestión de la calidad, en las cuales se interactuó con los participantes permitiendo la retroalimentación del proceso y la participación activa en todos los momentos de la implementación. Ver anexo 4. Actas de Reunión No 12 y No 15.



Figura 16. Actividad de Socialización

ACTA No	TEMA	PARTICIPANTES
6	Socialización Formatos Sistema Gestión de la Calidad	4
13	Socialización formatos sistema Gestión de la Calidad Profesionales atención domiciliaria.	12
15	Socialización documentación sistema Gestión de la Calidad	21

Tabla 6. Relación Actividades de Capacitación

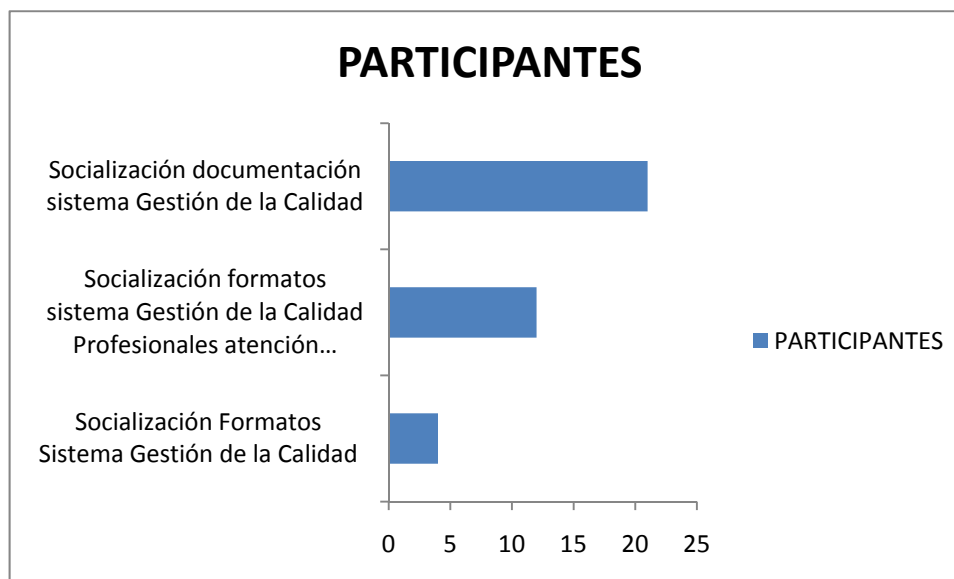


Figura 17. Relacion Actividades de Capacitacion

El manejo de estándares de calidad óptimos tanto en la realización como en la prestación del servicio es un proceso que no tiene un punto final al permitir visualizar el objetivo de lograr la excelencia y la innovación que orienta las acciones para aumentar la competitividad, disminuir los riesgos, racionalizar el costo y orientar los esfuerzos hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente usuario. Es por esta razón que la etapa de implementación del sistema de gestión de calidad muestra un valor significativo en la consecución de las metas propuestas teniendo en cuenta que es la forma como las personas involucradas en cada uno de los procesos utilizan las herramientas propuestas con el fin de garantizar un proceso de evaluación y mejora continúa.

Las actividades que se llevaron a cabo en la etapa de implementación son las siguientes:

- Desarrollar actividades de socialización de la documentación en cada proceso.
- Socialización de las directrices del SGC (Misión, Visión, Política y Objetivos de Calidad).
- Capacitar en la elaboración de informes, seguimiento de no conformidades, elaboración de acciones preventivas y correctivas, entre otros.
- Realizar ajustes a los documentos en caso de ser necesario.

A continuación se realiza una descripción de las actividades desarrolladas para lograr la implementación de los documentos del proceso:

CODIGO	NOMBRE DEL DOCUMENTO	OBJETIVO	ALCANCE	ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACION
GCA- G -01	Caracterización	Planificar y mantener el sistema de gestión de la calidad promoviendo una cultura de mejoramiento continuo en los procesos de la organización. Evaluando la eficacia y la eficiencia de los procesos internos y contratados externamente a través de los indicadores de gestión, las auditorías internas, el control del producto no conforme y el seguimiento de las acciones correctivas, preventivas y de mejora.	Aplica a las actividades de: - Elaboración, aprobación, revisión y distribución de los documentos del SGC. - Identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros. - Identificación de No Conformidades potenciales o reales, análisis de causas, definición de acciones correctivas, acciones preventivas y seguimiento a su implementación y eficacia. - Preparación, realización, presentación del informe de auditoría y seguimiento a la solución de las No Conformidades u observaciones.	El documento en el que se describe la caracterización del proceso fue socializado con el líder de este, se clarificaron las entradas, las salidas y las actividades correspondientes al ciclo PHVA.
GCA-G-08	Procedimiento Producto No conforme.	Establecer los lineamientos que deben ser aplicados para la identificación y tratamiento de los Servicios no Conformes aplicable a los procesos definidos en el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad.	Este procedimiento es aplicable a los procesos involucrados en el alcance del S.G.C y así como a los procesos gobernantes y de soporte relacionados con el punto de contacto para el personal perteneciente a la institución.	Se realizó capacitación con los profesionales involucrados en el proceso con el fin de dar a conocer la definición del producto no conforme, el registro que se debe utilizar para el mismo y garantizar de esta forma el uso del instrumento.
GCA-PR-09	Procedimiento Acciones	Garantizar la aplicación del procedimiento de	Desde la detección de las NO Conformidades (solicitudes de	En esta capacitación se dio a conocer el documento y registro planteado para

	Correctivas.	acciones correctivas que permite eliminar las causas de NO Conformidades reales, desviación tanto en la política y procedimientos del Sistema de Gestión de la Calidad, esto con el fin de prevenir que no vuelvan a ocurrir dichas no conformidades.	mejoramiento y eventos adversos) determinar las causas, control y seguimiento de las acciones emprendidas, este procedimiento aplica a todos los procesos de la IPS LOGROS.	implementar el procedimiento de acciones correctivas con el fin de eliminar una no conformidad presentada durante el proceso de atención.
GCA-PR-10	Procedimiento Acciones Preventivas.	Establecer la metodología para determinar y eliminar las causas de una No Conformidad Potencial, prevenir su recurrencia y mejorar la eficacia y eficiencia del Sistema de Gestión de la Calidad de la IPS LOGROS.	Aplica desde la determinación del proceso sobre el cual se va levantar el mapa de riesgos, evaluación, identificación del origen, impacto, clasificación y análisis de los riesgos, determinación y verificación de de acciones y planes de mejoramiento, elaboración del mapa consolidado, aplica a cada unos de los procesos de la institución.	Para la implementación de este documento se reunió el grupo de profesionales para dar a conocer las generalidades del mismo, el diligenciamiento y metodología que se debe seguir cuando se necesite plantear una acción preventiva ante una no conformidad.
GCA-PR-11	Programa de Auditoría Interna.	Establecer las directrices para programar, ejecutar, hacer seguimiento y presentar el informe a la gerencia, relacionado con las Auditorías Internas del Sistema de Gestión de la Calidad, en la IPS LOGROS.	Definir e implementar un programa de auditoría interna que aplique a todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad de la IPS LOGROS.	Este documento se definió con el fin de establecer la secuencia de auditorías que se desarrollaran en el año teniendo en cuenta objetivos y demás aspectos relacionados con el desarrollo de las mismas.

Tabla 7. Implementación de documentos

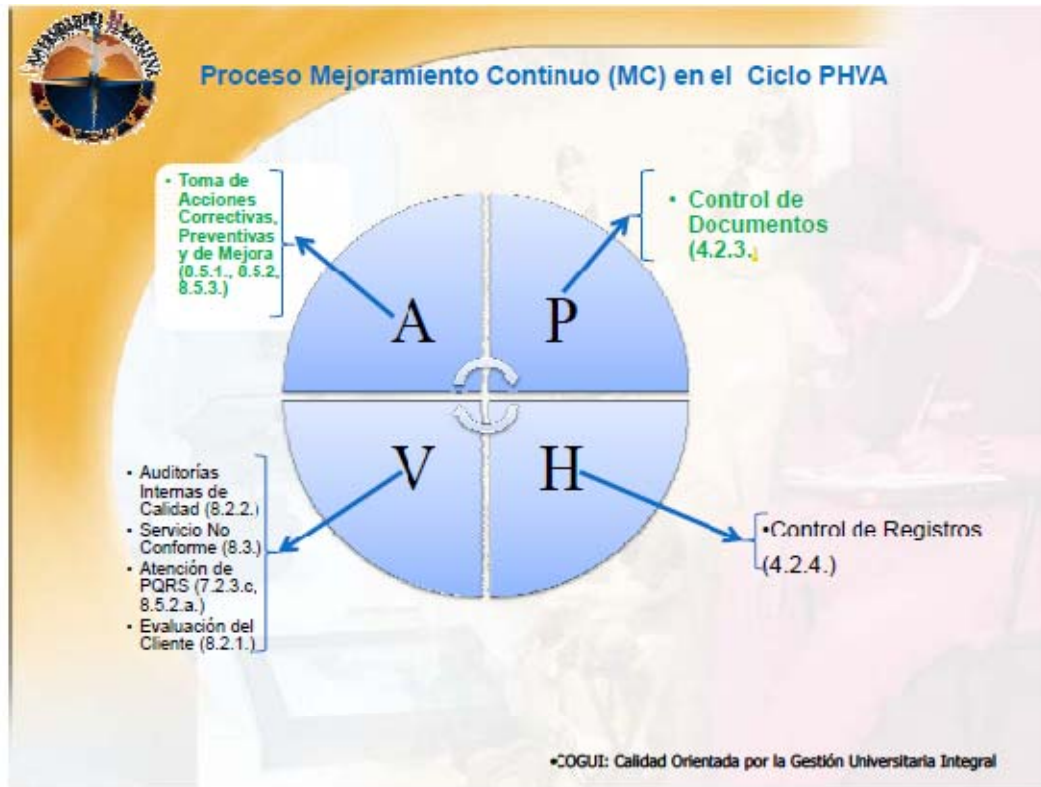
### 5.1.4.3. Socialización Documentos Transversales

Además de la socialización de los documentos propios de cada proceso la norma NTC ISO 9001:2008 exige la implementación de los documentos transversales a todo los procesos los cuales deben ser aplicados en todas las áreas tanto en la implementación como en el seguimiento durante el proceso de atención; dicha transversalidad se relaciona en cada una de las etapas del PHVA fortaleciendo el proceso de mejoramiento continuo de la institución. A continuación se describen los documentos transversales que se implementaron en LOGROS IPS:

DOCUMENTO	NUMERAL NORMA NTC ISO 9001:2008	ACCIONES PARA LA IMPLEMENTACION
Control de Documentos	4.2.3.	En la institución se definieron las pautas para la creación de los documentos aplicables a todos los procesos como son: nombre, código, objetivo, alcance, etc., sin embargo se ha presentado dificultad para que el personal acceda a esta información en medio físico.
Control de Registros	4.2.4	Se definieron los parámetros para el diligenciamiento de los formatos de registro aplicables para cada proceso, su almacenamiento, recuperación e identificación.
Auditorías Internas de Calidad	8.2.2	Metodología para llevar a cabo la evaluación de los diferentes procesos con el fin de identificar falencias y plantear acciones de mejoramiento. En LOGROS IPS se diseño el plan de auditoría interna para todos los procesos la cual se llevo a cabo los días 16 y 17 de junio del 2011.
Servicio No Conforme	8.3	Documento establecido para identificar las fallas potenciales o reales de un proceso asistencial o administrativo.
Procedimiento Acciones Correctivas, preventivas y acciones de mejora.	8.5.2,8.5.3,8.5.1.	Proceso que se realizo en el SGC para identificar y corregir situaciones que afecten la calidad en la prestación del servicio, poder investigar sus causas y definir las respectivas acciones de mejora que se deberán implementar para prevenir su recurrencia o para mejorar el servicio.
Procedimiento de la Comunicación con el Cliente	7.2.3	Los medios que ofrece la institución para que el cliente usuario exprese su precepción frente al servicio recibido.
Satisfacción del Cliente	8.2.1.	Es la medida del desempeño del sistema de gestión de calidad que tiene la organización con respecto a la calidad de la prestación del servicio y las opiniones del usuario. El instrumento utilizado en LOGROS IPS para medir este aspecto fue la encuesta de satisfacción.

Tabla 8. Documentos transversales

En la siguiente figura se especifica la transversalidad de los documentos aplicables en el SGC:



4

Figura18. Documentos transversales/PHVA

#### 5.1.4.4 Listado Maestro de Documentos

Es el instrumento donde se relacionan los documentos exigidos por la norma NTC ISO 9001:2008 que son de obligatorio cumplimiento y que permiten a la institución un adecuado diseño, implementación y control de los mismos.

Ver anexo 5. Listado Maestro de Documentos.

<sup>4</sup> "Cogui": Calidad Orientada por la Gestión Universitaria Integral

### 5.1.5. Evaluación

El proceso de evaluación hace parte integral del ciclo PHVA y se desarrolla después de las etapas de planeación e implementación verificando el cumplimiento de los requisitos de la NTC ISO 9001:2008, al desarrollarse un plan las variables del proceso deben ser evaluadas en forma continua con el fin de evitar resultados inespecíficos y no congruentes con la implementación de un sistema de gestión de calidad; es así como se deben llevar a cabo actividades de seguimiento, medición y análisis de cada uno de los procesos con el fin de determinar la eficiencia, eficacia, efectividad y mejora continua de todos los sistemas a través de la auditoría interna y la revisión por la dirección lo cual permite establecer acciones correctivas, preventivas y planes de mejoramiento continuo.

Para desarrollar una etapa de evaluación eficaz en LOGROS IPS se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Desarrollo de auditorías internas.
- Preparación de la información del proceso para la revisión del sistema por parte de la dirección.
- Elaboración e implementación de los planes de mejoramiento producto de las auditorías.

#### 5.1.5.1 Auditoría Interna

Desarrollo de una auditoría interna la cual garantiza una evaluación objetiva de la implementación del sistema de gestión de calidad, su sistema de control, resultados y seguimiento de los planes de mejora establecidos el cual contempló los componentes descritos a continuación:

Objetivo:

- Evaluar la conformidad del SGC con respecto a los criterios establecidos en la norma NTC ISO 9001:2008
- Verificar la eficacia del SGC para lograr los objetivos especificados, incluyendo los requisitos del cliente.
- Revisar el desarrollo de los procesos del SGC.
- Identificar mejoramientos potenciales en el SGC.

Alcance:

Aplica a todos los procesos del SGC de LOGROS IPS.

Criterios:

- Norma NTC ISO 901.2008
- Manual de Calidad y documentación establecida en los diferentes procesos del SGC.
- Requisitos legales y reglamentarios aplicables al servicio.

### Equipo Auditor:

- Auditor líder : Lady Patricia Quintero Velasco
- Auditor Interno: María Clara Langhammer

### Proceso a auditar:

- Todos los procesos

Adicional a esto se definió la agenda de la auditoría durante los días que se planteó su desarrollo. Ver anexo 6 . Plan de Auditoría Interna.

PROGRAMACIÓN				
Fecha / Sede	Hora	Proceso/Actividad por auditar	Auditado	Auditor
JUEVES 16-06-11 Sede Cañaveral	2:00 – 2:20 p.m.	Reunión de apertura	Líderes de cada proceso	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
	4:30 – 5:00 p.m.	Gestión de la Calidad	Líder del Proceso	María Clara Langhammer
VIERNES 17-06-11 Sede Cabecera	2:00 – 2:20 p.m.	Reunión de apertura	Líderes de cada proceso	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
	4:30 – 5:00 p.m.	Gestión de la Calidad	Líder del Proceso	María Clara Langhammer
Observaciones: Se entregara el informe de auditoría con plazo de entrega el día 20 de junio de 2011.				

Tabla 9. Programación Auditoría Interna LOGROS IPS.

Esta auditoría fue desarrollada por el equipo auditor (Auditor líder: Ing. Lady Patricia Quintero Velasco; coordinador de calidad de la institución) y conto con el acompañamiento de la auditora María Clara Langhammer (Psicóloga) quienes cuentan con formación como auditores de calidad.

Una vez realizada la auditoría interna durante los días determinados se procedió a realizar el informe de auditoría (Ver anexo 7. Informe de Auditoría) donde se encontraron los siguientes hallazgos para el proceso de gestión de la calidad:

5.1.6.2. Resultados de Auditoría Interna Proceso de Gestión de la Calidad:

PROCESO: GESTIÓN DE CALIDAD				
Descripción del Hallazgo	HALLAZGOS			
	F	AM	O	NC
Se evidencia la organización de las sedes en cuanto al manejo de procedimientos y normas establecidas en la institución para el proceso de implementación del SGC.	X			
Imprimir la documentación del sistema de gestión de la calidad de la institución, para que el personal tenga fácil acceso a esta.			X	
Hacer seguimiento y aplicar el plan de acción a los eventos adversos presentados en la institución.			X	
No se evidencia que la documentación implementada en el sistema de gestión de la calidad no es de fácil acceso en las instalaciones de la institución como lo establecido en el requisito de la norma 4.2 Requisitos de la Documentación.				X

Tabla 10. Hallazgos Proceso Gestión de la Calidad

Con el fin de garantizar la eficacia de la evaluación de los diferentes procesos durante el desarrollo de la auditoría se hace necesaria la etapa de revisión por la dirección, para la cual se obtuvo en el proceso de Gestión de la calidad la siguiente información:

NO CONFORMIDAD	CAUSAS	ACCIÓN PLANTEDA	RESPONSABLE	ABIERTA	CERRADA
Se evidencia que la documentación implementada en el sistema de gestión de la calidad no es de fácil acceso en las instalaciones de la institución como lo establecido en el requisito de la norma 4.2 Requisitos de la Documentación.	Debido a que se encuentran todos los procesos en implementación, respectivos ajustes y revisión, no se han impreso hasta no estar aprobados por la gerencia.	Imprimir los documentos que conforman el sistema de gestión de la calidad de la institución, archivar y organizar en un sitio de fácil acceso en cada sede, y difundir con el personal su ubicación y organización del sistema para que puedan consultar y acceder para dicha documentación. Se establece como fecha límite para verificar la ubicación y accesibilidad a la documentación del sistema para el día 30 de Julio del 2.011.	Gerencia y Coordinadora de Calidad	X	

Tabla 11. No Conformidad Proceso Gestión de la Calidad.

## DESEMPEÑO DEL PROCESO Y CONFORMIDAD DEL PRODUCTO:

Para la medición del alcance en el proceso de Gestión de la Calidad se estableció el siguiente indicador el cual fue medido en el periodo comprendido entre febrero y mayo de 2011; en la siguiente tabla se muestra el resultado de la medición:

PROCESO	INDICADOR	FORMULA	META	VALOR ALCANZADO	% CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
GESTION DE LA CALIDAD	Índice de prevención	Numero de acciones preventivas/Total de las acciones ( preventivas y correctivas) * 100	≥ 50%	100%	100%	La institución deberá continuar en la identificación de fallas en el proceso de atención con el fin de implementar acciones preventivas y evitar la implementación de acciones correctivas ante fallas reales.

Tabla 12. Indicador Proceso Gestión de la Calidad

A continuación se relaciona en forma grafica el cumplimiento del indicador para el periodo marzo – junio de 2011:

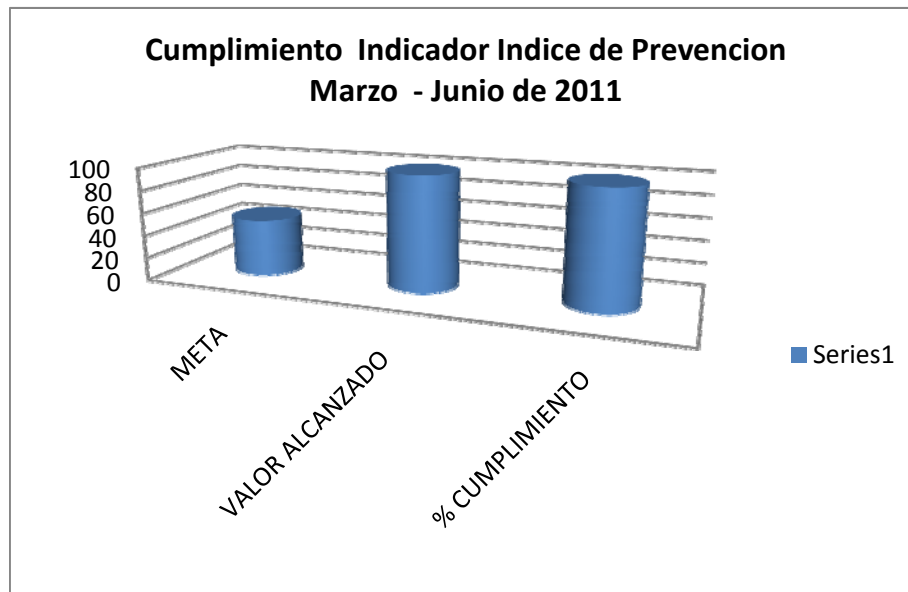


Figura 19. Cumplimiento Indicador Índice de Prevención

## 6 PLAN DE MEJORAMIENTO

Para LOGROS IPS en esta etapa y frente al proceso de Gestión de la Calidad se definen los siguientes mecanismos para la mejora continua y la eficacia en la implementación del sistema de calidad:

- Establecer una reunión quincenal con el fin de priorizar las no conformidades de los procesos asistenciales y administrativos que impacten en la atención del usuario y que se deben intervenir en forma inmediata. Se evidenciaron falencias en la socialización de los protocolos asistenciales, diligenciamiento y control de historias clínicas, entre otros.
- Sensibilizar al total de personal sobre la importancia en la aplicación de estas estrategias (acciones correctivas, acciones preventivas, producto no conforme) ya que con su implementación se contribuye a mejorar las debilidades, afianzar las fortalezas y mejorar el nivel de competitividad de la institución mediante mecanismos de mejora de la calidad.
- El comité de calidad debe realizar acompañamiento en cuanto a la identificación de no conformidades, acciones preventivas y correctivas con el fin de lograr adherencia con el proceso en todos los funcionarios de la institución.
- Realizar retroalimentación de hallazgos con el personal involucrado en las no conformidades presentadas para evitar su ocurrencia.

## 7 CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PROYECTO

A continuación se hace una relación entre los objetivos específicos definidos en este proyecto, y las evidencias de las actividades realizadas en LOGROS IPS y dar cumplimiento de dicho objetivo, que se describieron en el presente documento.

No.	OBJETIVO ESPECÍFICO	EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO
1	Elaborar un diagnóstico teniendo en cuenta los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008 que permita identificar el estado actual del proceso de gestión de la calidad, así como las fortalezas y debilidades que puedan ser de utilidad para las etapas de documentación e implementación.	<p>- Diagnóstico Inicial ante la Norma NTC ISO 9001:2008 se evidencia en el numeral:</p> <p>5.1.1 Diagnóstico Inicial.</p> <p>- Para identificar las fortalezas y debilidades y la situación actual de la empresa se desarrollo el análisis evidenciado en el numeral:</p> <p>5.1.2 Diagnóstico Gestión de la Calidad</p>
2	Sensibilizar y capacitar al personal del proceso de gestión de la calidad con el fin de fomentar la cultura de calidad que facilite el desarrollo de las etapas que conlleva a la implementación del sistema de gestión de la calidad.	<p>- Se desarrollaron las actividades contempladas en el numeral:</p> <p>5.1.5.1 Capacitación.</p>
3	Estandarizar el proceso de gestión de la calidad estableciendo los documentos y formatos que garanticen el cumplimiento de los requisitos establecido en la norma NTC-ISO 9001:2008 y los requisitos legales aplicables.	<p>- Se desarrollaron las actividades contempladas en el numeral:</p> <p>5.1.4 Documentación.</p>
4	Implementar los documentos definidos en el proceso gestión de la calidad con el fin de evidenciar la estandarización y el diligenciamiento adecuado de los registros establecidos.	<p>- Se desarrollaron las actividades contempladas en el numeral:</p> <p>- 5.1.5.2 Instrucción para el diligenciamiento de los Registros.</p>
5	Realizar una auditoría interna al proceso de gestión de la calidad para evaluar el estado del sistema de gestión de la calidad, e identificar oportunidades de mejora en el proceso.	<p>- Se desarrollaron las actividades contempladas en el numeral:</p> <p>5.1.6 Evaluación.</p>
6	Elaborar e implementar los planes de mejora como resultado de los hallazgos de la auditoría interna con el fin de consolidar y mejorar el sistema establecido.	<p>- Se desarrollaron las actividades contempladas en el numeral:</p> <p>6. Plan de Mejoramiento.</p>

Tabla 13. Cumplimiento Objetivos del Proyecto.

## 8 CONCLUSIONES

- La situación inicial de LOGROS IPS mostro un cumplimiento del 11% en lo relacionado a los procesos de gestión de la calidad, lo que representa falta de estándares claros, que permitan satisfacer las necesidades del cliente controlar las posibles fallas en el proceso de atención y reflejando una clara necesidad de adoptar un sistema basado en los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008.
- Se observó que para obtener resultados favorables con la norma NTC ISO 9001:2008 es necesario que la dirección y el personal de la empresa se comprometa en la resolución de problemas y se involucren en los procesos de mejora continua que se desarrollan a partir de la identificación del producto no conforme, la implementación de acciones preventivas y correctivas y el seguimiento a los planes de mejora continua.
- Teniendo en cuenta los requisitos exigidos por la norma NTC ISO 9001:2008 se diseñaron los documentos y registros necesarios para estandarizar el proceso de gestión de la calidad, lo cual proporcionó las herramientas para la implementación del SGC.
- La implementación de los documentos, formatos y registros se evidenció mediante la identificación del producto no conforme y la respectiva elaboración de la acción correctiva para evitar su recurrencia, lo cual fortalece la aplicabilidad de la norma por parte del personal de la organización.
- Durante el desarrollo de la auditoría interna se identifico para el proceso de gestión de la calidad una no conformidad relacionada con las barreras de acceso para la información ya que el personal no puede consultar con facilidad la documentación del SGC
- Con el resultado de la auditoría interna se elaboró un plan de mejoramiento enfocado en la disminución de las no conformidades con el fin de dar cumplimiento a la implementación del SGC y lograr la certificación de la institución.
- Desarrollar un trabajo relacionado con la implementación de un SGC es una experiencia que permite cambiar la perspectiva que se tiene sobre calidad y mejora continua ya que estos aspectos están relacionados con los requisitos exigidos por la norma pero solo se obtienen si se cuenta con el compromiso de los integrantes de una organización y con los objetivos claros de la dirección, lo cual es aplicable si se analiza desde el punto de vista de administradores de servicios de salud en formación.
- Para una institución de salud trabajar en todo lo relacionado con calidad y satisfacción del cliente debe ser una prioridad pues a través de la mejora continua, el seguimiento y la evaluación se pueden alcanzar los objetivos de calidad propuestos y la permanencia en un mercado tan competitivo como es la salud.

## 9 RECOMENDACIONES

- Todos los miembros de la organización deben conocer y entender las necesidades de sus clientes externos e internos y los medios para interactuar con estos y garantizar la eficacia de las acciones implementadas para lograr la satisfacción con el servicio prestado.
- Se recomienda socializar periódicamente la documentación aprobada y revisada con todos los funcionarios de la institución de tal forma que se garantice la adherencia a los procesos.
- Incentivar la cultura del mejoramiento continuo mediante la participación activa de los funcionarios en la búsqueda de nuevas metodologías para la implementación del SGC.
- Realizar actividades que permitan prevenir fallas potenciales en el proceso de atención con el fin de minimizar la ocurrencia de eventos adversos.

## 10 BIBLIOGRAFIA

HACIA UNA CALIDAD MÁS ROBUSTA CON ISO 9000:2000. Editorial Panorama. México D.F. 2001.  
Página 19. Párrafo 2.

NORMA ISO 9000:2000. SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. FUNDAMENTOS Y VOCABULARIO.

MEMORIAS. DIPLOMADO EN GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2000.

GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD. Malagon -Londoño, Gustavo; Galán- Morera, Ricardo, Pontón-Laverde, Gabriel. 2 da Edición – Bogotá, Editorial Medica Internacional: 2006.

# ANEXOS

# Anexo 1. Diagnostico Inicial IOS 9001:2008 LOGROS IPS.

DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD														
PROCESO	Num	REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008	CRITERIOS						PUNTAJE (%) ACUMULADO			JUSTIFICACIÓN DE LA EXCLUSIÓN		
			NA	ANC	Estado del requisito				Avenca	Subcapítulo	Capítulo			
					PDD	PDC	PIM	AMC					AIE	
	4	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>												
GESTION ESTRATEGICA	4.1.	<b>Requisitos Generales</b>								10%		7%		
		La empresa tiene establecido, documentado, implementado y mantenido un S.G.C., y mejora continuamente su eficacia con base en los requerimientos de la NTC-ISO 9001:2008.		X						0%				
		La empresa identifica los procesos necesarios para el S.G.C., y su aplicación a través de la organización.				25%				25%				
		La empresa determina la secuencia e interacción de los procesos.				25%				25%				
		La empresa determina los criterios y métodos necesarios para asegurarse que tanto la operación como el control de los procesos son eficaces.			10%					10%				
		La empresa asegura la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y seguimiento de los procesos.				25%				25%				
		La empresa realiza seguimiento, medición y análisis de los procesos.		X						0%				
		La empresa implementa acciones para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de los procesos.				10%				10%				
		La empresa gestiona los procesos de acuerdo con los requisitos de la NTC-ISO 9001:2008.		X						0%				
		La empresa controla los procesos contratados externamente.		X						0%				
		La empresa identifica el tipo y grado de control de los procesos contratados externamente dentro del S.G.C.		X						0%				
	GESTION DE CALIDAD	4.2.	<b>Requisitos de la Documentación</b>								5%			
		4.2.1.	<b>Generalidades</b>								4%			
		La empresa cuenta con una declaración documentada de una política de calidad y objetivos de calidad.		X						0%				
		La empresa posee un manual de calidad		X						0%				
		La empresa tiene documentados los procedimientos y registros requeridos por la NTC-ISO 9001:2008.		X						0%				
		La empresa posee los documentos necesarios para asegurar la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.				10%				10%				
		La empresa diligencia los registros requeridos por la NTC ISO-9001:2008.				10%				10%				
4.2.2.		<b>Manual de Calidad</b>								0%				
		La empresa establece y mantiene un manual de calidad que contenga: el alcance del S.G.C, justificación de cualquier exclusión, procedimientos documentados establecidos para el S.G.C., ó referencia a los mismos y la descripción de la interacción entre los procesos del S.G.C.		X						0%				
4.2.3.		<b>Control de Documentos</b>								10%				
		La empresa controla los documentos requeridos por el S.G.C.				10%				10%				
		La empresa aprueba los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión.				10%				10%				
		La empresa revisa y actualiza los documentos cuando es necesario y los aprueba nuevamente.				10%				10%				
		La empresa se asegura de que sean identificados los cambios y el estado de revisión actual de los documentos.				10%				10%				
		La empresa se asegura de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentren disponibles en los puntos de uso.				10%				10%				
		La empresa se asegura que los documentos permanezcan legibles y fácilmente identificables.				10%				10%				
		La empresa se asegura de que sean identificados los documentos de origen externo y se controla su distribución.				10%				10%				
	La empresa previene el uso no intencionado de documentos obsoletos, y les aplica una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón.				10%				10%					
4.2.4.	<b>Control de Registros</b>								3%					
	La empresa establece y mantiene registros para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos de la NTC ISO-9001:2008.		X						0%					
	Los registros existentes permanecen legibles, fácilmente identificables y recuperables.		X						0%					
	La empresa posee un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros.				10%				10%					
6	<b>RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN</b>										11%			
5.1.	<b>Compromiso de la Dirección</b>								18%					

**DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

Proceso	Num	REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008	CRITERIOS						PUNTAJE (%) ACUMULADO			JUSTIFICACIÓN DE LA EXCLUSIÓN	
			NA	ANG	Estado del requisito				Average	Subcapítulo	Capítulo		
					PDD	PDC	PIM	AMC					AIE
GESTIÓN ESTRATÉGICA		La alta dirección proporciona evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del S.G.C., así como con la mejora continua de su eficacia.					45%				45%		
		La alta dirección comunica a la empresa la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios.					45%				45%		
		La alta dirección establece la política de calidad		X							0%		
		La alta dirección se asegura de que se establecen los objetivos de la calidad.		X							0%		
		La alta dirección lleva a cabo las revisiones del S.G.C.					10%				10%		
		La alta dirección se asegura de la disponibilidad de recursos.					10%				10%		
		<b>5.2. Enfoque al Cliente</b>									<b>10%</b>		
		La empresa se asegura de que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente.					10%				10%		
		<b>5.3. Política de Calidad</b>									<b>10%</b>		
		La política de calidad es adecuada al propósito de la organización.					10%				10%		
		La política de calidad incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del S.G.C.					10%				10%		
		La política de calidad proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad.					10%				10%		
		La política de calidad es comunicada y entendida dentro de la organización.					10%				10%		
		La política de calidad es revisada para su continua adecuación.					10%				10%		
		<b>5.4. Planificación</b>									<b>10%</b>		
		<b>5.4.1. Objetivos de la Calidad</b>									<b>10%</b>		
		La alta dirección se asegura de que los objetivos de calidad, incluyendo aquellos necesarios para cumplir los requisitos para el servicio, se establecen en las funciones y niveles pertinentes dentro de la empresa.					10%				10%		
		Los objetivos de calidad son medibles y coherentes con la política de calidad.					10%				10%		
		<b>5.4.2. Planificación del Sistema de Gestión de Calidad</b>									<b>10%</b>		
		La alta dirección se asegura de que la planificación del S.G.C., se realiza con el fin de cumplir con los requisitos citados en 4.1 así como los objetivos de calidad.					10%				10%		
		La alta dirección se asegura de que se mantiene la integridad del S.G.C., cuando se planifican e implementan cambios en éste.					10%				10%		
		<b>5.5. Responsabilidad, Autoridad y Comunicación</b>									<b>10%</b>		
		<b>5.5.1. Responsabilidad y Autoridad</b>									<b>10%</b>		
		La alta dirección se asegura de que las responsabilidades y autoridades del personal están definidas y son comunicadas dentro de la empresa.					10%				10%		
		<b>5.5.2. Representante de la Dirección</b>									<b>10%</b>		
		La alta dirección ha designado un miembro de la dirección (R.D.) para que actúe en representación del S.G.C.					10%				10%		
		El R.D., se asegura de que se establecen, implementen y mantengan los procesos necesarios para el S.G.C					10%				10%		
		El R.D., informa a la alta dirección sobre el desempeño del S.G.C., y de cualquier necesidad de mejora.					10%				10%		
		El R.D., se asegura de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la empresa.					10%				10%		
		<b>5.5.3. Comunicación interna</b>									<b>10%</b>		
	La alta dirección se asegura de que se establezcan los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y que ésta se efectúa considerando la eficacia del S.G.C.					10%				10%			
	<b>5.6.</b>									<b>10%</b>			
	<b>5.6.1. Generalidades</b>									<b>10%</b>			
	La alta dirección revisa el S.G.C., de la empresa, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continua.					10%				10%			
	La alta dirección incluye en las revisiones la evaluación de oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el S.G.C., incluyendo la política de calidad y los objetivos de calidad.					10%				10%			
	Se mantienen registros de las revisiones por la dirección.					10%				10%			
	<b>5.6.2. Información para la Revisión</b>									<b>10%</b>			
	La alta dirección revisa los resultados de las auditorías					10%				10%			

**DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

Proceso	Num	REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008	CRITERIOS						PUNTAJE (%) ACUMULADO			JUSTIFICACIÓN DE LA EXCLUSIÓN	
			NA	ANC	Estado del requisito				Avance	Subcapítulo	Capítulo		
					PDD	PDC	PIM	ANC					AIE
GESTIÓN RECURSO HUMANO Y COMPRAS		La alta dirección revisa las retroalimentaciones del cliente.			10%					10%			
		La alta dirección revisa el desempeño de los procesos y la conformidad del servicio.			10%					10%			
		La alta dirección revisa el estado de las acciones correctivas y preventivas.			10%					10%			
		La alta dirección revisa las acciones de seguimiento de revisiones previas.			10%					10%			
		La alta dirección revisa los cambios que podrían afectar al S.G.C.			10%					10%			
		La alta dirección revisa recomendaciones para la mejora.			10%					10%			
	5.6.3.	Resultados de la Revisión								10%			
		La alta dirección toma decisiones y acciones para la mejora de la eficacia del S.G.C., y sus procesos.			10%					10%			
		La alta dirección toma decisiones y acciones para la mejora del servicio en relación con los requisitos del cliente.			10%					10%			
		La alta dirección toma decisiones y acciones para las necesidades de recursos.			10%					10%			
	6.	<b>GESTIÓN DE LOS RECURSOS</b>										27%	
	6.1.	<b>Provisión de Recursos</b>								0%			
		La empresa determina y proporciona los recursos necesarios para implementar y mantener el S.G.C., y mejorar continuamente su eficacia.		X						0%			
		La empresa determina y proporciona los recursos necesarios para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.		X						0%			
	6.2.	<b>Recursos Humanos</b>								16%			
6.2.1.	<b>Generalidades</b>								25%				
	El personal que realiza trabajos que afecten la calidad del servicio son competentes con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas.				25%				25%				
6.2.2.	<b>Competencia, Formación y Toma de Conciencia</b>								40%				
	La empresa determina la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan la conformidad con los requisitos del servicio.				25%				25%				
	La empresa proporciona formación o toma otras acciones para satisfacer dichas necesidades.		X						0%				
	La empresa evalúa la eficacia de las acciones tomadas.		X						0%				
	La empresa se asegura de que su personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de calidad.		X						0%				
	La empresa mantiene los registros apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia.				25%				25%				
6.3.	<b>Infraestructura</b>								45%				
	La empresa determina, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del servicio. La infraestructura incluye edificios, espacio de trabajo y servicios asociados, equipo para los procesos (tanto hardware como software) y servicios de apoyo (tales como transporte, comunicación o sistemas de información).					45%			45%				
6.4.	<b>Ambiente de Trabajo</b>								45%				
	La empresa determina y gestiona el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del servicio.				45%				45%				
7.	<b>REALIZACIÓN DEL SERVICIO</b>										11%		
7.1.	<b>Planificación de la Prestación del Servicio</b>								21%				
	La empresa planifica y desarrolla los procesos necesarios para la realización del servicio.				25%				25%				
	La planificación para la prestación del servicio es coherente con los requisitos de los otros procesos del S.G.C.		X						0%				
	En la planificación de la prestación del servicio, la empresa determina los objetivos de calidad y los requisitos para el servicio.				25%				25%				
	En la planificación de la prestación del servicio, la empresa determina la necesidad de establecer procesos, documentos y de proporcionar recursos específicos para el servicio.				25%				25%				
	En la planificación de la prestación del servicio, la empresa determina las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, medición, inspección y ensayo/prueba específicas para el servicio así como los criterios para la aceptación del mismo.				25%				25%				

**DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

PROCESO	Num	REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008	CRITERIOS						PUNTAJE (%) ACUMULADO			JUSTIFICACIÓN DE LA EXCLUSIÓN	
			NA	ANC	Estado del requisito				Avance	Subcapítulo	Capítulo		
					PDD	PDC	PIM	AMC					AIE
		En la planificación de la prestación del servicio, la empresa determina los registros que son necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de realización y prestación del servicio resultante cumplen los requisitos.					25%				25%		
		<b>7.2. Procesos Relacionados con el Cliente</b>									<b>10%</b>		
GESTOR DE CALIDAD	7.2.1	Determinación de los Requisitos Relacionados con el Servicio									13%		
		La empresa determina los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma.	x								0%		
		La empresa determina los requisitos no establecidos por el cliente, pero necesarios para el uso especificado o el uso previsto, cuando sea conocido.	x								0%		
		La empresa determina los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el servicio.					25%				25%		
		La organización determina cualquier requisito adicional que considere necesario.					25%				25%		
	7.2.2	Revisión de los Requisitos Relacionados con el Servicio									10%		
		Se revisan los requisitos relacionados con el servicio.					10%				10%		
		Se aseguran de la definición de los requisitos del servicio.					10%				10%		
		Se aseguran de que estén resueltas las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.					10%				10%		
		La empresa tiene la capacidad de cumplir los requisitos definidos.					10%				10%		
		Se mantienen registros de los resultados de la revisión y de las acciones originadas por la misma (Ver 4.2.4.)					10%				10%		
		Cuando el cliente no proporciona una declaración documentada de los requisitos, la organización confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación.					10%				10%		
		Cuando se cambian los requisitos del servicio, la organización se asegura de que la documentación pertinente es modificada y de que el personal correspondiente es consciente de los requisitos modificados.					10%				10%		
	7.2.3	Comunicación con el Cliente									25%		
		La empresa determina e implementa disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a la información sobre el servicio.					25%				25%		
		La empresa determina e implementa disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a las consultas, contratos o atención de pedidos, incluyendo las modificaciones.					25%				25%		
		La empresa determina e implementa disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a la retroalimentación del cliente incluyendo sus quejas.					25%				25%		
	7.3.	<b>Diseño y Desarrollo</b>										<b>0%</b>	
	7.3.1	Planificación del Diseño y Desarrollo										0%	
		La empresa planifica y controla el diseño y desarrollo del servicio.	x									0%	
	La empresa determina las etapas del diseño y desarrollo.	x									0%		
	La empresa determina la revisión, verificación y validación, apropiadas para cada etapa del diseño y desarrollo.	x									0%		
	La empresa determina las responsabilidades y autoridades para el diseño y desarrollo.	x									0%		
	La empresa gestiona las interfaces entre los diferentes grupos involucrados en el diseño y desarrollo para asegurarse de una comunicación eficaz y una clara asignación de responsabilidades.	x									0%		
	Los resultados de la planificación se actualizan, a medida que progresa el diseño y desarrollo.	x									0%		
7.3.2	Elementos de Entrada para el Diseño y Desarrollo										0%		
	Son determinados los elementos de entrada relacionados con los requisitos del servicio y mantienen registros. Estos elementos incluyen: requisitos funcionales y de desempeño, requisitos legales y reglamentarios aplicables, información proveniente de diseños previos similares y cualquier otro requisito esencial para el diseño y desarrollo.	x									0%		
	Los elementos anteriores se revisan, para verificar su adecuación.	x									0%		
	Los requisitos están completos, sin ambigüedades y no son contradictorios.	x									0%		
7.3.3	Resultados del Diseño y Desarrollo										0%		

**DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

PROCESO	Num	REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008	CRITERIOS						PUNTAJE (%) ACUMULADO			JUSTIFICACIÓN DE LA EXCLUSIÓN	
			NA	ANG	Estado del requisito				Avenca	Subcapítulo	Capítulo		
					PDD	PDC	PIM	AMC					AIE
NO APLICA		Los resultados del diseño y desarrollo permiten la verificación respecto a los elementos de entrada para el diseño y desarrollo, y se aprueban antes de su liberación.	X								0%		
		Los resultados del diseño cumplen los requisitos de los elementos de entrada para el diseño y desarrollo.	X								0%		
		Los resultados del diseño proporcionan información apropiada para la compra, producción y prestación del servicio.	X								0%		
		Los resultados del diseño contienen ó hacen referencia a los criterios de aceptación del servicio.	X								0%		
		Los resultados del diseño especifican las características del servicio esenciales para el uso seguro y correcto.	X								0%		
	7.3.4	Revisión del Diseño y Desarrollo									0%		
		Se realizan revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado.	X								0%		
		Se evalúa la capacidad de los resultados de diseño y desarrollo para cumplir los requisitos.	X								0%		
		Se identifica cualquier problema y se proponen las acciones necesarias.	X								0%		
		Se mantienen registros de los resultados de la revisión y de las acciones originadas por la misma (Ver 4.2.4.)	X								0%		
	7.3.5	Verificación del Diseño y Desarrollo									0%		
		Se realiza la verificación, de acuerdo con lo planificado para asegurarse de que los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de los elementos de entrada del diseño y desarrollo.	X								0%		
		Se mantienen registros de los resultados de la verificación y de cualquier acción que sea necesaria.	X								0%		
	7.3.6	Validación del Diseño y Desarrollo									0%		
		Se realiza validación del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado, para asegurarse de que el servicio resultante es capaz de satisfacer los requisitos para su aplicación especificada ó uso previo.	X								0%		
	La validación se complementa antes de la entrega ó implementación del servicio.	X								0%			
	Se mantienen registros de los resultados de la validación y de cualquier acción que sea necesaria.	X								0%			
7.3.7	Control de los Cambios del Diseño y Desarrollo									0%			
	Los cambios del diseño y desarrollo se identifican, revisan, verifican y validan según sea apropiado y se aprueban antes de su implementación.	X								0%			
	La revisión de los cambios del diseño y desarrollo incluyen la evaluación del efecto de los cambios en las partes constitutivas y en el servicio ya prestado.	X								0%			
	Se mantienen registros de los resultados de la revisión de los cambios y de cualquier acción que sea necesaria.	X								0%			
7.4.	Compras									0%			
7.4.1.	Proceso de Compras									0%			
	La empresa se asegura de que el producto adquirido cumple con los requisitos de compra especificados.		X							0%			
	La empresa evalúa y selecciona los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con los requisitos de la organización.		X							0%			
	Se establecen los criterios para la selección, evaluación y la re-evaluación de los proveedores.		X							0%			
	Se mantienen los registros de los resultados de las evaluaciones y de cualquier acción necesaria que se derive de las mismas.		X							0%			
7.4.2.	Información de las Compras									0%			
	La información de las compras describen el producto a comprar.									0%			
	La información de las compras describe los requisitos para la aprobación del producto, procedimientos, procesos y equipos.		X							0%			
	La información de las compras incluye requisitos para la calificación del personal.		X							0%			
	La información de las compras incluye requisitos del sistema de gestión de calidad.		X							0%			
	La empresa se asegura de la adecuación de los requisitos de compra especificados antes de comunicárselos al proveedor.									0%			
7.4.3.	Verificación de los Productos Comprados									0%			
	La empresa establece e implementa la inspección u otras actividades necesarias para asegurarse de que el producto comprado cumple con los requisitos de compra especificados.									0%			

**DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

Proceso	Num	REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008	CRITERIOS							PUNTAJE (%) ACUMULADO			JUSTIFICACIÓN DE LA EXCLUSIÓN	
			NA	ANG	Estado del requisito					Avance	Subcapítulo	Capítulo		
					PDD	PDC	PIM	AMC	AIE					
		Si la empresa ó sus clientes desean llevar a cabo la verificación en las instalaciones del proveedor, la empresa establece en la información de compra las disposiciones para la verificación pretendida y el método para la liberación del producto.									0%			
		<b>7.5. Producción y Prestación del Servicio</b>									<b>10%</b>			
GESTION ASISTENCIAL		<b>7.5.1. Control de la Producción y de la Prestación del Servicio</b>									<b>10%</b>			
		La empresa planifica y lleva a cabo la producción y prestación del servicio bajo condiciones controladas.			10%						10%			
		La empresa dispone de información que describa las características del servicio.			10%						10%			
		La empresa dispone de instrucciones de trabajo.			10%						10%			
		La empresa usa el equipo apropiado.			10%						10%			
		La empresa dispone y usa equipos de seguimiento y medición.			10%						10%			
		Las condiciones controladas incluyen, si aplica, la implementación del seguimiento y de la medición.			10%						10%			
		La empresa implementa actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.			10%						10%			
		<b>7.5.2. Validación de los Procesos de la Producción y de la Prestación del Servicio</b>									<b>10%</b>			
		Se validan aquellos procesos de producción y de prestación del servicio donde los productos resultantes no puedan verificarse mediante las actividades de seguimiento ó medición posteriores.			10%						10%			
		Se establecen disposiciones para los procesos de validación, incluyendo, cuando sea aplicable: los criterios definidos para la revisión y aprobación de los procesos, la aprobación de equipos y calificación del personal, el uso de métodos y procedimientos específicos, los requisitos de los registros (Ver 4.2.4.) y la revalidación.			10%						10%			
		<b>7.5.3. Identificación y Trazabilidad</b>									<b>10%</b>			
		Se identifican los servicios por medios adecuados, a través de toda la prestación del servicio.			10%						10%			
		La organización identifica el estado del servicio con respecto a los requisitos de seguimiento y medición.			10%						10%			
		Cuando la trazabilidad es un requisito, se controla y registra la identificación única del servicio.			10%						10%			
		<b>7.5.4. Propiedad del Cliente</b>									<b>10%</b>			
		La empresa cuida los bienes que son propiedad de los clientes, mientras estén bajo el control de la empresa ó estén siendo utilizados por la misma.			10%						10%			
	La empresa identifica, verifica, protege y salvaguarda los bienes que son propiedad del cliente suministrados para su utilización ó incorporación dentro del servicio.			10%						10%				
	La empresa registra y comunica al cliente, cualquier bien que se pierda, deteriore o que de algún otro modo se considere inadecuado para su uso.			10%						10%				
	<b>7.5.5. Preservación del Servicio</b>									<b>10%</b>				
	La empresa preserva la conformidad del servicio durante el proceso interno y la entrega al destino previsto. (esta preservación incluye la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección).			10%						10%				
JURDO HUMANO Y COMPINAS		<b>7.6. Control de los equipos de Seguimiento y de Medición</b>									<b>10%</b>			
		La empresa determina el seguimiento y la medición a realizar, y los equipos de medición y seguimiento necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del servicio con los requisitos determinados.			10%						10%			
		La organización establece procesos para asegurarse de que el seguimiento y medición pueden realizarse y se realizan de una manera coherente con los requisitos de seguimiento y medición.			10%						10%			
		Cuando es necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición se calibra y verifica a intervalos especificados o antes de su utilización, comparado con patrones de medición trazables a patrones de medición nacionales o internacionales. Cuando no existan tales patrones se registra la base utilizada para la calibración o verificación.			10%						10%			
		El equipo de medición se ajusta o reajusta según es necesario.			10%						10%			
		El equipo de medición se identifica para poder determinar el estado de calibración.			10%						10%			
		El equipo de medición se protege contra ajustes que pueden invalidar el resultado de la medición.			10%						10%			

**DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

Proceso	Num	REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008	CRITERIOS						PUNTAJE (%) ACUMULADO			JUSTIFICACIÓN DE LA EXCLUSIÓN	
			NA	ANG	Estado del requisito				Averaje	Subcapítulo	Capítulo		
					PDD	PDC	PIM	AMC					AIE
GESTIÓN DE CALIDAD		El equipo de medición se protege contra los daños y el deterioro durante la manipulación, el mantenimiento y el almacenamiento.			10%					10%			
		La empresa evalúa y registra la validez de los resultados de las mediciones anteriores cuando se detecta que el equipo no está conforme con los requisitos.			10%					10%			
		La empresa toma las acciones apropiadas sobre el equipo y sobre cualquier servicio afectado.			10%					10%			
		Se mantienen registros de los resultados de la calibración y la verificación.			10%					10%			
		Se confirma la capacidad de los programas informáticos para satisfacer su aplicación prevista cuando éstos se utilicen en las actividades de seguimiento y medición de los requisitos especificados. Se lleva a cabo antes de iniciar su utilización y se confirma de nuevo cuando es necesario.			10%					10%			
<b>8 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA</b>										<b>4%</b>			
<b>8.1. Generalidades</b>										<b>0%</b>			
		La empresa planifica e implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para demostrar la conformidad del servicio, asegurarse de la conformidad del S.G.C., y mejorar continuamente la eficacia del S.G.C. Esto comprende la determinación de los métodos aplicables, incluyendo las técnicas estadísticas y el alcance de su utilización.		X						0%			
<b>8.2. Seguimiento y Medición</b>										<b>5%</b>			
<b>8.2.1. Satisfacción del Cliente</b>										<b>10%</b>			
		La empresa realiza el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización.			10%					10%			
		Se determinan los métodos para obtener y utilizar dicha información.			10%					10%			
<b>8.2.2. Auditoría Interna</b>										<b>0%</b>			
		La empresa lleva a cabo a intervalos planificados auditorías internas para determinar si el S.G.C., es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de la NTC ISO-9001:2008 y con los requisitos del S.G.C. establecidos.		X						0%			
		La empresa lleva a cabo a intervalos planificados auditorías internas para determinar si el S.G.C., se ha implementado y se mantiene de manera eficaz.		X						0%			
		Se planifica un programa de auditorías tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas a auditar, así como los resultados de auditorías previas.		X						0%			
		Se definen los criterios de auditoría, el alcance de la misma, su frecuencia y metodología.		X						0%			
		La selección de los auditores y la realización de las auditorías aseguran la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría.		X						0%			
		Se define en un procedimiento documentado, las responsabilidades y requisitos para la planificación y la realización de auditorías, para informar los resultados y para mantener los registros. (Ver 4.2.4.)		X						0%			
		La dirección responsable del área que está siendo auditada se asegura de que se toman acciones sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas.		X						0%			
		Las actividades de seguimiento incluyen la verificación de las acciones tomadas y el informe de los resultados de la verificación. (Ver 8.5.2)		X						0%			
<b>8.2.3. Seguimiento y Medición de los Procesos</b>										<b>0%</b>			
		La empresa aplica métodos apropiados para el seguimiento, y cuando aplica, la medición de los procesos del S.G.C.		X						0%			
		Los métodos demuestran la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados.		X						0%			
		Cuando no se alcanzan los resultados planificados, se llevan a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente, para asegurar la conformidad del servicio.		X						0%			
<b>8.2.4. Seguimiento y Medición del Servicio</b>										<b>10%</b>			
		La empresa mide y hace seguimiento de las características del servicio para verificar que se cumplen los requisitos del mismo. Esto se realiza en las etapas apropiadas del proceso de realización del servicio de acuerdo con las disposiciones planificadas.			10%					10%			
		Se establecen registros que indiquen las personas que autorizan la liberación del servicio al cliente.			10%					10%			

**DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

PROCESO	Num	REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008	CRITERIOS							PUNTAJE (%) ACUMULADO			JUSTIFICACIÓN DE LA EXCLUSIÓN
			NA	ANC	Estado del requisito					Avance	Subcapítulo	Capítulo	
					PDD	PDC	PIM	AMC	AIE				
GESTIÓN DE CALIDAD		Los registros indican las personas que autorizan la liberación del servicio.			10%						10%		
		La liberación del servicio y la prestación del servicio se llevan a cabo hasta que se hayan completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas, (a menos que sean aprobados de otra manera por una autoridad pertinente y, cuando corresponde por el cliente).			10%						10%		
		<b>8.3. Control del Servicio No Conforme</b>									10%		
		La empresa se asegura de que el servicio que no sea conforme con los requisitos, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencional.			10%						10%		
		Los controles, responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del servicio no conforme están definidos en un procedimiento documentado.			10%						10%		
		La empresa trata los servicios no conformes mediante una o más de las siguientes maneras: tomando acciones para eliminar la no conformidad detectada; autorizando su uso, liberación o aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente y cuando es aplicable, por el cliente; tomando acciones para impedir su uso o aplicación prevista originalmente.			10%						10%		
		Se mantienen registros de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluyendo las concesiones que se hayan obtenido.			10%						10%		
		Cuando se corrige un servicio no conforme, se somete a una nueva verificación para demostrar su conformidad con los requisitos.			10%						10%		
		Cuando se detecta un servicio no conforme después de la entrega o cuando ha comenzado su uso, la empresa toma las acciones apropiadas respecto a los efectos, reales o potenciales, de la no conformidad.			10%						10%		
		<b>8.4. Análisis de Datos</b>									0%		
		La empresa determina, recopila y analiza los datos apropiados para demostrar la idoneidad de la eficacia del S.G.C., y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del S.G.C. Esto incluye los datos generados del resultado del seguimiento y medición y de cualesquiera otras fuentes pertinentes.		X							0%		
		El análisis de datos proporciona información sobre: la satisfacción del cliente, la conformidad con los requisitos del servicio, las características y tendencias de los procesos y de los servicios, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas y sobre los proveedores.		X							0%		
		<b>8.5. Mejora</b>									7%		
		<b>8.5.1. Mejora Continua</b>									0%		
		La empresa mejora continuamente la eficacia del S.G.C mediante el uso de la política de calidad, los objetivos de calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.		X							0%		
		<b>8.5.2. Acción Correctiva</b>									10%		
		La empresa toma acciones para eliminar la causa de no conformidades con objeto de prevenir que vuelva a ocurrir. Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.			10%						10%		
		Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.			10%						10%		
		Se ha establecido un procedimiento documentado para definir los requisitos para: revisar las no conformidades (incluyendo las quejas de los clientes), determinar las causas de las no conformidades, evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir, determinar e implementar las acciones necesarias, registrar los resultados de las acciones tomadas y revisar las acciones correctivas tomadas.			10%						10%		
		<b>8.5.3. Acción Preventiva</b>									10%		
	La empresa determina acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia.			10%						10%			
	Las acciones preventivas son apropiadas a los efectos de los problemas potenciales.			10%						10%			

**DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

PROCESO	Num	REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008	CRITERIOS							PUNTAJE (%) ACUMULADO			JUSTIFICACIÓN DE LA EXCLUSIÓN
			NA	ANC	Estado del requisito					Avance	Subcapítulo	Capítulo	
					FDD	PDC	PIM	AMC	AIE				
		Se ha establecido un procedimiento documentado para definir los requisitos para: determinar las no conformidades potenciales y sus causas, evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades, determinar e implementar las acciones necesarias, registrar los resultados de las acciones tomadas y revisar las acciones preventivas tomadas.			10%					10%			

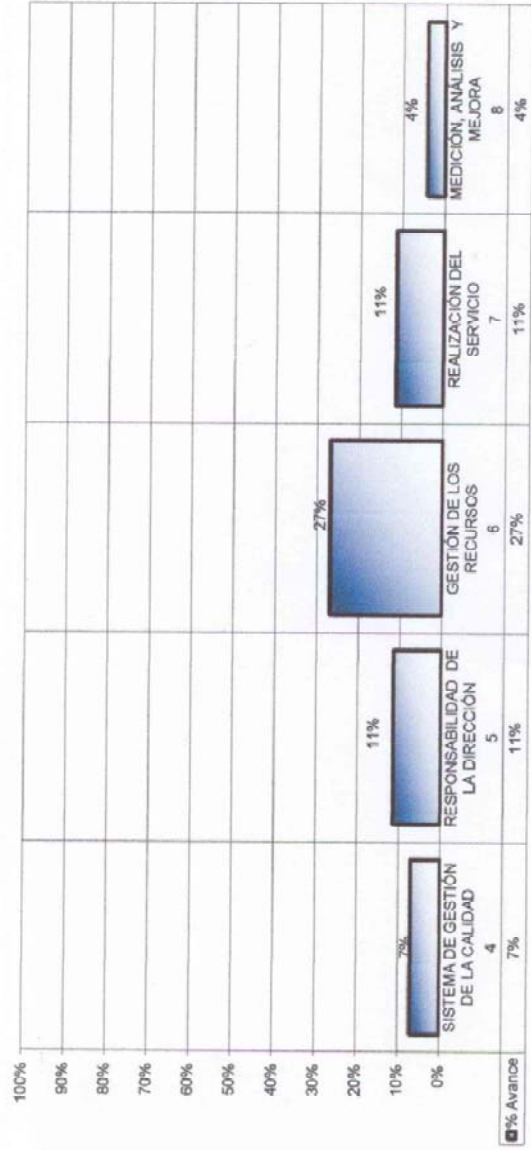
**CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN CUANTITATIVA DE LA HERRAMIENTA  
DQ**

Criterio	Descripción	%	%ACUMULADO
NA	No se aplica para la empresa	0%	X
ANC	Aplica pero la empresa no ha cumplido con el requisito exigido por la norma	0%	
PDD	El requisito se encuentra en proceso de diseño y desarrollo	10%	10%
PDC	El requisito se encuentra documentado	15%	25%
PIM	El requisito se encuentra en proceso de implementación	20%	45%
AMC	El requisito se encuentra auditado y en proceso de mejora continua	25%	70%
AIE	El requisito ha sido auditado e implementado efectivamente	30%	100%
<b>TOTAL</b>	<i>Avance del cumplimiento del requisito exigido por la norma, dado por la sumatoria total de los anteriores criterios establecidos.</i>	<b>100%</b>	

A continuación se especifica el nivel de cumplimiento inicial con cada uno de los requisitos establecidos en la NTC ISO 9001:2008.

% de Avance por Números		
# RAL	CAPITULO	% Avance
4	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	7%
5	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	11%
6	GESTIÓN DE LOS RECURSOS	27%
7	REALIZACIÓN DEL SERVICIO	11%
8	MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	4%
<b>% Avance del S.G.C. TOTAL</b>		<b>12%</b>

**Gráfica N°1. Resultados del Diagnóstico Inicial del S.G.C en LOGROS I.P.S.**



Numerales de ISO 9001:2008

## Anexo 2. Caracterización Proceso Gestión de la Calidad

	GESTIÓN DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GCA – G – 01
	CARACTERIZACIÓN DE PROCESO	VERSION: 00
		PÁGINA 1 DE 5

<p><b>PROPÓSITO:</b> Planificar y mantener el sistema de gestión de la calidad promoviendo una cultura de mejoramiento continuo en los procesos de la organización. Evaluando la eficacia y la eficiencia de los procesos internos y contratados externamente a través de los indicadores de gestión, las auditorías internas, el control del producto no conforme y el seguimiento de las acciones correctivas, preventivas y de mejora.</p> <p><b>Alcance :</b>          Aplica a las actividades de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaboración, aprobación, revisión y distribución de los documentos del S.G.C.</li> <li>▪ Identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros.</li> <li>▪ Identificación de No Conformidades potenciales o reales, análisis de causas, definición de acciones correctivas, acciones preventivas y seguimiento a su implementación y eficacia.</li> </ul> <p>Preparación, realización, presentación del informe de auditoría y seguimiento a la solución de las No Conformidades u observaciones</p>	<p><b>RESPONSABLE:</b> Coordinador de Calidad</p>
--	---



PROCESOS PROVEEDOR ES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	PROCESOS CLIENTES
<p>Todos los procesos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Necesidad de documentar y estandarizar el S.G.C.</li> <li>▪ Necesidad de crear los documentos del S.G.C.</li> <li>▪ Información sobre documentos externos aplicables (normas, leyes).</li> <li>▪ Análisis de la información del S.G.C. y sus procesos.</li> <li>▪ Situación potencialmente indeseable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar los documentos aplicables (internos y externos) a los procesos definidos del S.G.C.</li> <li>▪ Identificar y determinar las No Conformidades potenciales o reales, analizar sus causas definiendo acciones correctivas y preventivas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Listado maestro de documentos internos y externos.</li> <li>▪ La no conformidad con las posibles causas y el plan de acción registrado en el formato de acciones correctivas y preventivas.</li> </ul>	<p>Todos los procesos.</p>

REVISOR GERENCIA	APROBO GERENCIA	FECHA DE APROBACION 29 de Febrero de 2011
---------------------	--------------------	--

	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>		CODIGO: <b>GCA – G – 01</b>
	<b>CARACTERIZACIÓN DE PROCESO</b>		VERSION: <b>00</b>
			PÁGINA <b>2</b> DE <b>5</b>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Necesidad de conformar un equipo auditor.</li> <li>▪ Resultado de auditorías previas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Definir el perfil y seleccionar auditores.</li> <li>▪ Elaborar y aprobar el programa de auditorías.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perfil del auditor y del equipo auditor.</li> <li>▪ Programa de auditoría aprobado.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Solicitud de creación o revisión de documentos.</li> <li>▪ Documentos aprobados.</li> <li>▪ Información sobre actualización de documentos externos.</li> <li>▪ Registros del S.G.C.</li> <li>▪ Solicitudes de documentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaborar, aprobar y distribuir los documentos del S.G.C.</li> <li>▪ Revisar, reaprobar y emitir nuevamente los documentos del S.G.C.</li> <li>▪ Controlar los documentos obsoletos.</li> <li>▪ Controlar los registros (identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición).</li> <li>▪ Gestión de documentos externos.</li> <li>▪ Gestión de documentos internos.</li> <li>▪ Definir los registros.</li> <li>▪ Planificación del control.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Listado maestro de documentos (internos y externos) actualizados.</li> <li>▪ Documentos obsoletos identificados.</li> <li>▪ Listado maestro de registros actualizados.</li> <li>▪ Registros controlados.</li> <li>▪ Gestión y control de documentos y registros del</li> </ul>	<p>Todos los procesos internos y externos.</p> <p>Todos los procesos.</p>

REVISO GERENCIA	APROBO GERENCIA	FECHA DE APROBACION 29 de Febrero de 2011
--------------------	--------------------	--

<p>▪ Registro del Sistema de Gestión de Calidad.</p> <p>▪ Acción correctiva o preventiva definida en el formato de acciones correctivas y preventivas</p>	<p>▪ Desarrollo de los formatos.</p> <p>▪ Definir la disposición.</p> <p>▪ Definir el almacenamiento de los registros.</p> <p>▪ Ejecutar la acción correctiva o preventiva definida.</p> <p>▪ Realizar la auditoría interna.</p>	<p>Sistema de Gestión de Calidad.</p> <p>▪ Acciones de mejora.</p> <p>▪ Acción correctiva o preventiva ejecutada.</p>	<p>Todos los procesos</p>
<p>▪ Información del desempeño del proceso.</p> <p>▪ Plan de acción definido en el formato de Acciones Correctivas y Preventivas.</p>	<p>▪ Medir el desempeño del proceso a través de actividades de seguimiento y medición.</p> <p>▪ Estado de las acciones correctivas y preventivas.</p> <p>▪ Mejoras a los procesos o servicios.</p> <p>▪ Evidencia del cumplimiento y la eficacia de las acciones en el formato de acciones correctivas y preventivas.</p>	<p>▪ Acciones correctivas</p> <p>▪ Acciones preventivas</p> <p>▪ Resultados de indicadores</p> <p>▪ Acta de Comité de Gestión de Calidad.</p> <p>▪ Estado de las Acciones Correctivas y Preventivas.</p> <p>▪ Mejoras a los procesos o servicios.</p> <p>▪ Evidencia del cumplimiento</p>	<p>Todos los procesos</p>

	<b>GESTION DE LA CALIDAD</b>		CÓDIGO: <b>GCA – G – 01</b>
	<b>CARACTERIZACIÓN DE PROCESO</b>		VERSION: <b>00</b> PÁGINA 4 DE 5

Gestión de la Calidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No conformidades del proceso.</li> <li>▪ Informe de auditoría interna.</li> </ul>	<b>A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mejorar continuamente el proceso mediante la aplicación de acciones correctivas, preventivas y de mejora.</li> </ul>	<p>y de la eficacia de las acciones en el formato de acciones correctivas y preventivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estado de las Acciones Correctivas y Preventivas.</li> <li>▪ Mejora al proceso o servicio a través de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora.</li> </ul>	Gestión Gerencial.
------------------------	--	----------	---	---	--------------------

REVISOR	APROBO	FECHA DE APROBACION
GERENCIA	GERENCIA	29 de Febrero de 2011


	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>		CÓDIGO: <b>GCA – G – 01</b>
	<b>CARACTERIZACIÓN DE PROCESO</b>		VERSION: <b>00</b>
			PÁGINA <b>5 DE 5</b>

+

DOCUMENTOS RELACIONADOS	RECURSOS	RESPONSABLES	REQUISITOS	MEDICION DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Procedimiento control de documentos.</li> <li>▪ Procedimiento control de registros</li> <li>▪ Instructivo de control de documentos</li> <li>▪ Procedimiento control de producto no conforme</li> <li>▪ Procedimiento acciones correctivas y preventivas</li> <li>▪ Listado maestro de documentos internos y externo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Papelería</li> <li>▪ Equipo de computo</li> <li>▪ Impresora</li> <li>▪ Internet</li> <li>▪ Humanos</li> <li>▪ Información</li> <li>▪ Presupuesto para la implementación del S.G.C.</li> </ul>	Líder del Proceso Coordinador de Calidad Colaboradores Gerente Administrativo Asistencial	Norma NTC-ISO 9001:2008 numerales 4.1,4.2.1, 4.2.2,4.2.3,4.2.4,8.1, 8.2.2,8.2.3,8.4,8.5.1, 8.5.2,8.5.3.	Aplicación del indicador Índice de Prevención. Numero de acciones preventivas/ Total de acciones preventivas y correctivas * 100
<b>SEGUIMIENTO Y MONITOREO DEL PROCESO</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Revisiones al proceso mediante auditorías internas de calidad.</li> <li>▪ Revisión por parte de la Gerencia.</li> <li>▪ Verificar que se encuentren los documentos actualizados de los procesos.</li> <li>▪ Revisión mensual de los indicadores en el Comité de Gestión de Calidad.</li> </ul>				

REVISO GERENCIA	APROBO GERENCIA	FECHA DE APROBACION 29 de Febrero de 2011
--------------------	--------------------	--

## Anexo 3. Procedimiento Control de Documentos/ Formato Acciones Correctivas y Preventivas

	FORMATO PARA ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS		CODIGO:
			VERSION:
			PAGINA X de Y
Fecha de elaboración:	Proceso:	Acción Correctiva	
		Acción Preventiva	
P	DESCRIPCION DE LA SITUACION ACTUAL: (Debe contener que, donde, cuando, quien)		
P	ANALISIS DE CAUSAS (aplica para acción correctiva) / RIESGO (aplica para acción preventiva)		
PLAN DE ACCION			
	ACCION	FECHA	RESPONSABLE
H			
H			
H			
SEGUIMIENTO Y VERIFICACION DE LA ACCION			
V	ACTIVIDAD	FECHA	RESULTADOS DE LA ACCION
CERTIFICACION DE ACCION CORRECTIVA/PREVENTIVA			
A	FECHA DE REVISION	COMENTARIOS ( EFECTIVIDAD )	FIRMA
Nombre:		Fecha:	

REVISO	APROBO	FECHA
Coordinador de Calidad	Gerencia	19 de Enero de 2011

## Anexo 4. Actas de Reunión

- Acta No. 01

Logros	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO: GCA - AC - 01
	ACTAS DE REUNIÓN	VERSION: 00
		PÁGINA 1 DE 2

Fecha: 4 de Noviembre del 2010 Acta No. 01  
 Comité Gestión Estratégica  
 Hora de Inicio: 6:30 p.m Hora de Finalización: 7:30 p.m  
 Lugar: Sede Cañaveral

### Propósito de la Reunión

-Dar a conocer el nuevo proyecto de implementación del SGC en la Institución.

### Temas a Tratar

- Equipo de trabajo.
- Importancia de implementar un SGC.
- Beneficios.
- tiempo a dedicar.

### Compromisos de esta Reunión

ITEM	DESCRIPCIÓN Y COMENTARIOS	RESPONSABLE	FECHA
1	-Definir los procesos de la Institución.	Lady Quintero	8-11-10
2	Conformar los Comités que se van a aplicar.	M <sup>a</sup> . Clara Langhammer	5-11-10.

FECHA PRÓXIMA REUNIÓN: 9 de Noviembre del 2010.

ELABORO LADY PATRICIA QUINTERO VELASCO	REVISÓ Y APROBO NOHORA GALINDO	FECHA DE APROBACIÓN 02 - NOVIEMBRE - 2010
---	-----------------------------------	--

Logros

HOJA DE ASISTENCIA

Código:  
Version:  
Fecha:

Asistentes Reunión Art. No. 001

Nº	NOMBRE	CARGO	SEDE	FIRMA
1	Carlos Juan Medive.	FISIOTERAUTA	Cabecera	<i>Carlos Juan Medive</i>
2	ANA CAROLINA ROSAS	PSIOTERAPEUTA	CABECERA	ANA C. ROSAS
3	Sandra J. Caballero Villamil	Terapeuta Ocupacional	Cañaveral	<i>Sandra J. Caballero Villamil</i>
4	Lury Cardina Lopez A	FISIOTERAPEUTA	Cañaveral	<i>Lury Cardina Lopez A</i>
5	Marelys Dominguez C	Fonoaudióloga	Cañaveral	<i>Marelys Dominguez C</i>
6	Ingrid Johanna Diaz M.	Fisioterapeuta	Domicilios	<i>Ingrid Johanna Diaz M.</i>
7	Lina María Camacho Camacho	Fisioterapeuta	Cañaveral	<i>Lina María Camacho Camacho</i>
8	Johanna Andrea Herrera M.	Fisioterapeuta	Domicilios	<i>Johanna Andrea Herrera M.</i>
9	Lyla Soledad Márquez García	Fisioterapeuta	Cabecera	<i>Lyla Soledad Márquez García</i>
10	Olano Marcelo Gómez Paz	Fisioterapeuta	Cabecera	<i>Olano Marcelo Gómez Paz</i>
11	Nelida Villalobos Márquez	PSIOTERAPEUTA	Domicilio	<i>Nelida Villalobos Márquez</i>
12	Dania A. Meléndez Duarte	PSIOTERAPEUTA	DOMICILIOS	<i>Dania A. Meléndez Duarte</i>
13	Andrea Arenus Vespiga	Fisioterapeuta	Domicilio	<i>Andrea Arenus Vespiga</i>
14	Jhanna Beltrán B	Fonoaudióloga	Cabecera	<i>Jhanna Beltrán B</i>
15	Lady Patricia Quintero Velasco	Facilitadora Calidad	Cañaveral / Cab.	<i>Lady Patricia Quintero Velasco</i>
16	Monica Alejandra King	Secretaria	Cañaveral	<i>Monica Alejandra King</i>
17	Caribelo Sabido Velázquez	Secretaria	Cabecera	<i>Caribelo Sabido Velázquez</i>
18	Indira Chaverra Rodríguez	Fonoaudióloga	Cabecera	<i>Indira Chaverra Rodríguez</i>
19	Natalia Aguilar Sandoval	T. Organizacional	Cañaveral	<i>Natalia Aguilar Sandoval</i>
20	Martha C. Boniega Flores	Fisioterapeuta	Cañaveral	<i>Martha C. Boniega Flores</i>
21				
22				
23				
24				
25				
26				

Elaboró: LINDY PATRICIA QUINTERO

Revisó y Aprobó: NADORA GALINDO

Firma:

• Acta No. 02

Logros	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO: GCA - AC - 01
	ACTAS DE REUNIÓN	VERSIÓN: 00
		PÁGINA 1 DE 2

Fecha: 9 de Noviembre del 2010 Acta No. 02  
 Comité Personal de LOGROS IPS  
 Hora de Inicio: 6:00 p.m Hora de Finalización: 7:00 p.m  
 Lugar: Sede LOGROS IPS Cañaveras

**Propósito de la Reunión**

Capacitación que es un sistema de Gestión de Calidad

**Temas a Tratar**

- Capacitación por parte del Ing. HORACIO MALDONADO
- Conceptos Básicos: Organización, sistema, Gestión, Calidad, requisitos, Satisfacción, Proceso, tipos de causas, que es producto,
- Características de Procesos (Gerenciales, Asistencial, Proveedores, Rec.Humano)

**Compromisos de esta Reunión**

ITEM	DESCRIPCIÓN Y COMENTARIOS	RESPONSABLE	FECHA
1	Se realizaron ejercicios de definir acciones correctivas, acciones Preventivas y Productos no conformes.	Ing. Horacio Maldonado (Asesor Externo)	

FECHA PRÓXIMA REUNIÓN: \_\_\_\_\_

ELABORO	REVISÓ Y APROBO	FECHA DE APROBACIÓN
LADY PATRICIA QUINTERO VELASCO	NOHORA GALINDO	02 - NOVIEMBRE - 2.010

Logros

HOJA DE ASISTENCIA

Código:  
Versión:  
Fecha:

9 Noviembre 2010

No.	Asistentes Fundación Astarce, QUZ	NOMBRE	CARGO	SEDE	FIRMA
1	Carlos Juan Medina		FISIOTERAPEUTA	CABECERA	
2	ANA CAROLINA ROSAS		PSIOTERAPEUTA	CABECERA	
3	Sandra J. Castillo Orellana		Terapeuta Ocup.	CANAUERAL	
4	Fry Carolina Lopez A		FISIOTERAPEUTA	CANAUERAL	
5	Marelys Dominguez C.		Fonoaudióloga	CANAUERAL	
6	Ingrid Johanna Diaz M.		FISIOTERAPEUTA	DOMICILIO	
7	Lina María Camacho Camacho		FISIOTERAPEUTA	CANAUERAL	
8	Johanna Andrea Illegoro M.		FISIOTERAPEUTA	DOMICILIO	
9	Lyla Sibina Marguez Garcia		FISIOTERAPEUTA	CABECERA	
10	Diana Heicela Korta		FISIOTERAPEUTA	CABECERA	
11	Hélmer Villalobos		FISIOTERAPEUTA	DOMICILIO	
12	Dania A. Melendez Duarte		PSIOTERAPEUTA	DOMICILIO	
13	Andrea Arenas Vega		FISIOTERAPEUTA	DOMICILIO	
14	Ingrid Johana Beltrán B		FONOaudióloga	CABECERA	
15	Ara Sofía Castillo B		FISIOTERAPIA	DOMICILIO	
16	Mara Clara Longhammer		Psicóloga	CAB / CANAUERAL	
17	Tania Alejandra Galia		psicóloga	CANAUERAL	
18	Lady Patricia Quintero Velasco		Facilitadora Calidad	CAB / CANAUERAL	
19	Naharra Salgado Hernández		Gerente	CAB / CANAUERAL	
20	Maribel Salazar Martínez		Secretaría	CABECERA	
21	Jadira Milena Chayring		Fonoaudióloga	CANAUERAL	
22	Natalia Ajulor Sandoval		T. Organizacional	CABECERA	
23	Martha Concha Flores		FISIOTERAPEUTA	CABECERA	
24					
25					
26					

Elaboró: LADY PATRICIA QUINTERO

Revisó y Aprobó: NOHRA GARCIA

Firma:

• Acta No. 04

Logros	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO: GCA - AC - 01
	ACTAS DE REUNIÓN	VERSIÓN: 00 PÁGINA 1 DE 2

Fecha: 16 de Febrero 2011 Acta No. 04  
 Comité Lideres de Procesos  
 Hora de Inicio: 6:10 pm Hora de Finalización: 7:40 p.m  
 Lugar: Sede Canaveral

<b>Propósito de la Reunión</b>
• Dar a Conocer el Proceso a Cargo, y como se conformaban los comites.
<b>Temas a Tratar</b>
- Lideres de Proceso. - Responsabilidades y funciones de los Comites. - Ideas para Conformar la Política y objetivos de Calidad.

Compromisos de esta Reunión			
ITEM	DESCRIPCIÓN Y COMENTARIOS	RESPONSABLE	FECHA
1	Entregar Caracterización de Procesos a los Lideres de Proceso	Lady Quintero	1 de Marzo/11
2.	Llevar Plan de trabajo los Comites.	Comites (Todos)	1 de Marzo/11

FECHA PRÓXIMA REUNIÓN: 1 de Marzo /2011 6:00 pm  
 LUGAR: CABECERA.

ELABORO LADY PATRICIA QUINTERO VELASCO	REVISO Y APROBO NOHORA GALINDO	FECHA DE APROBACION 02 - NOVIEMBRE - 2010
---	-----------------------------------	--

① Definición de la Política de Calidad entre Líderes de Proceso

- Buen Servicio	----	Mk
- Atención Oportuna	----	Carolina
- Calidad Humana	----	Milena
- Idoneidad en el profesional	----	Lyda
- Ofrecer buenas Instalaciones	--	Carlos
- Seguimiento en el tratamiento	--	Carlos
- Electividad		
- Respeto		
- Comunicación efectiva	--	H <sup>a</sup> . Clara
- Responsabilidad		

② Definición de Comites

① Comites de Historias Clínicas

↳ Responsables: ~~T.O. Nathalia~~  
 Fono. Milena y Ingrid  
 T. F. ~~Lury~~ ~~Carolina~~ → Dra. Lina Mari  
 T. F. Diana y Paola Gonzalez,  
 Silvia Suarez.

② Comite de Compras

↳ Responsables: Monica  
 Marby, Anci y Carolina (T.F)

③ Comite Científico

↳ Responsables: T.O Paula y Yureinis pinto  
 T. F Carlos  
 Fono. Ingrid y Silvia Suarez.  
~~T.F Lidy~~ Leidy

④ Comite de Calidad

↳ Responsable: H<sup>a</sup>. Clara, Lida, Lury y Lady.

LIDERES DE PROCESOS:

Gestión Estratégica → Dra. NATHALIA GALINDO	Compras → Marby
Gestión Calidad → Ing. Lidy Quintero	Proceso Asistencial → Monica
Proceso Habilitación → Dr. Lyda Marquez	Proce Infraestructura
Proceso Recurso Humano → H <sup>a</sup> . Clara	

ASISTENTES REUNIÓN ACTA No. 04

Tema Tratado:

Dar a conocer el proceso a Cargo y como se conformaban los Comités

No.	NOMBRE	CARGO	SEDE	FIRMA
1	Luz Carlino Lopez Acevedo	Fisioterapeuta	Canaveral	Luz Carlino
2	Lyda Sabina Márquez Estrella	Fisioterapeuta	Cabecera	Lyda Márquez
3	Paula Andrea Uribe Espitia	T. Ocupacional	Canaveral	Paula Andrea Uribe
4	Natalia Aguilar Domínguez	T. Ocupacional	Canaveral	Natalia Aguilar
5	Zaira Helena Sotelo F.	Fonoaudióloga	Canaveral	Zaira Sotelo
6	Carla Medicine	Fisioterapeuta	Cabecera	Carla Medicine
7	Maria Clara Granados	Psicóloga	Cañ / Cab.	Maria Clara
8	Yónica Alexander Emilia	Secretaría	Canaveral	Yónica Alexander
9	YANCAIRO LUNA PEREZ	SECRETARIA	CABECERA	Yancairo Luna
10	Dobilyn Salazar Valverde	Secretaria	Cabecera	Dobilyn Salazar
11	Luz Hiperia ARAUJO H.	Secretaria	Canaveral	Luz Hiperia Araujo
12	Lady Patricia Quintero	Coord. Calidad	Canaveral	Lady Patricia Quintero
13	Mrs. Dec. Yancy	Servicios Generales		Mrs. Dec. Yancy
14				
15				

ELABORO  
LADY PATRICIA QUINTERO VELASCO

REVISÓ Y APROBO  
NOHORA GALINDO

FECHA DE APROBACIÓN  
02 - NOVIEMBRE - 2.010

• Acta No. 06

Logros	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO: GCA-AC-01
	ACTAS DE REUNIÓN	VERSION: 00 PÁGINA 1 DE 2

Fecha: 23 de febrero / 2011 Acta No. 06  
 Comité Comite de Calidad  
 Hora de Inicio: 6:00 p.m Hora de Finalización: 7:30 p.m  
 Lugar: Sede Canaveal

<b>Propósito de la Reunión</b>
- Socialización de los Formatos del Proceso de Calidad.
<b>Temas a Tratar</b>
- Revisión y socialización de los procedimientos del SGC. del proceso de Gestión de Calidad; - Acciones correctivas - Acciones preventivas - Producto NO conforme.

Compromisos de esta Reunión			
ITEM	DESCRIPCIÓN Y COMENTARIOS	RESPONSABLE	FECHA
1	Se cita a todo el personal de las dos sedes para socializar los formatos.	Lady Quintero	1 de Marzo
2	Reunión para Cronogramas de trabajos de los Comites.	Lady Quintero.	1 de Marzo

FECHA PRÓXIMA REUNIÓN: 1 de Marzo / 2011

ELABORO	REVISO Y APROBO	FECHA DE APROBACIÓN
LADY PATRICIA QUINTERO VELASCO	NOHORA GALINDO	02 - NOVIEMBRE - 2010

# Logros

## HOJA DE ASISTENCIA

CÓDIGO: F-RH-002

VERSION: 00

PAGINA: 1 de 1

### ASISTENTES REUNIÓN ACTA No. 05

No.	NOMBRE	CARGO	SEDE	FIRMA
1	Lany Carolina Lopez Acosta	Fisioterapeuta	Guáncaramo	<i>[Handwritten Signature]</i>
2	Lidd Sabina Margilez Garcia	Fisioterapeuta	Cabareña	<i>[Handwritten Signature]</i>
3	Mara Clara Langhammer	Psicóloga	Sub/comandante	<i>[Handwritten Signature]</i>
4	Lady Patricia Quintero	Coord. Calidad	Caranave	<i>[Handwritten Signature]</i>
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Elaboró:

Revisó y Aprobó:

• Acta No. 12

Logros	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO: GCA - AC - 01
	ACTAS DE REUNIÓN	VERSIÓN: 00
		PÁGINA 1 DE 2

Fecha: 4 de Abril del 2011 Acta No. 12  
 Comité Todos los Comites  
 Hora de Inicio: 7:00 p.m Hora de Finalización: 8:00 p.m  
 Lugar: Sede LOGROS Cabaiguan

<b>Propósito de la Reunión</b>
Socializar la Mision, Vision, Valores, Politica y Objetivos de Calidad establecidos en el SGC.
<b>Temas a Tratar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Definición de la Política y Objetivos de Calidad.</li> <li>→ Socializar los protocolos de atención.</li> <li>→ Entrega de folletos de Implementación del SGC. (Organigramas, Mapa de Procesos, Mision, vision, Valores, Política y Objetivos de Calidad y Unidades de atención)</li> </ul>

Compromisos de esta Reunión			
ITEM	DESCRIPCIÓN Y COMENTARIOS	RESPONSABLE	FECHA
1	En la unidad de Fonocuidología, adecuar los consultorios para manejo de pérdidas parciales o totales de audición	Fonocuidología	
2	Retroalimentación con los Padres, de hacer seguimiento de usuarios, Gear el espacio para asesorar el usuario sobre el tratamiento a seguir.	Fisioterapia	
3	Perceptual visual, auditiva.	T. Ocupacional	

4. Dividir los protocolos y enviar a Correos. Coord. Calidad  
 FECHA PROXIMA REUNIÓN: 11 de Abril / 2.011 Sede Cabecera  
6:00 p.m

ELABORO	REVISO Y APROBO	FECHA DE APROBACION
LADY PATRICIA QUINTERO VELASCO	NOHORA GALINDO	02 - NOVIEMBRE - 2010

ASISTENTES REUNIÓN ACTA No. 12

Tema Tratado: Socializar Misión, Visión, Política y Objetivos de Calidad.

No.	NOMBRE	CARGO	SEDE	FIRMA
1	Monica Parra F.	Secretaria.	Cabecera	<i>[Firma]</i>
2	Zoila Milena Sotelo F.	Fonoaudióloga	Canaqueral	<i>[Firma]</i>
3	Awa Carolina Rojas	FISIOTERAPIA	CABECEPA	<i>[Firma]</i>
4	SILVIA LILIANA SUAREZ MONSALVE	FISIOTERAPISTA.	CABECEPA.	<i>[Firma]</i>
5	Ms. Cristina Bohórquez Hernández	Fisioterapeuta	Cabecera	<i>[Firma]</i>
6	Patricia González Sarabia.	Fisioterapeuta	Canaqueral	<i>[Firma]</i>
7	Paula Andrea Quiroz Espitia	T. Ocupacional	Canaqueral	<i>[Firma]</i>
8	Berdy Suiley Kantillo Ardila.	Fisioterapeuta	Canaqueral	<i>[Firma]</i>
9	Ms. Tatiana Guzmán Sandoval	T. Ocupacional	Canaqueral	<i>[Firma]</i>
10	Jury Carolina Lopez Aceas	Psicoterapeuta	Canaqueral	<i>[Firma]</i>
11	Maria Cica Langhammer	Psicóloga	Canaqueral	<i>[Firma]</i>
12	Mrs. Lee Kewing.	S. Generalista	Canaqueral	<i>[Firma]</i>
13	Lady Patricia Quintero	Coord. Calidad	Canaqueral	<i>[Firma]</i>
14				
15				



ASISTENTES REUNIÓN ACTA No. 15

Tema Tratado:

## Reunion de Gerencia

No.	NOMBRE	CARGO	SEDE	FIRMA
1	Georgio Solor	Fisioterapeuta	Cañaveral	
2	Mariol Angorita Amaya	Auxiliar Contable	Cañaveral	Mariol Angorita
3	Paula Andrea Quiroz Espitia	T. Operacional	Cañaveral	Paula Andrea Quiroz E.
4	Leidy Sukey Manilla Andilla	Fisioterapeuta	Cañaveral	SEIDA MANILLA
5	Natalia Anislor Zambrano	T. Operacional	Cañaveral	CAJIBOS
6	Jay Carolina Ureza	Fisioterapia	Cañaveral	JOSE CARLOS UREZA
7	Lily Sabina Márquez García.	Fisioterapeuta	Cabecera	Lily Sabina Márquez García
8	Helena González S.	Fisioterapeuta	Cañaveral	HELENA GONZALEZ S.
9	Pa. Cristina Bohórquez Hernández	Fisioterapeuta	Cabecera	PA. CRISTINA BOHORQUEZ HERNANDEZ
10	Darla Milena Sobelo Fuentes	Fonaudióloga	Cañaveral	DARLA MILENA SOBLO FUENTES
11	Steli Mirella Contreras Pérez	As. Administrativa	Cañaveral	STELI MIRELLA CONTRERAS PEREZ
12	Aina Saba Contreras D.	Fisioterapeuta	Cañaveral	AINA SABA CONTRERAS D.
13	Daniela Meléndez Duarte	Fisioterapeuta	Domicilio	Daniela Meléndez Duarte
14	Andrea Francis Vega	Fisioterapeuta	Domicilio	ANDREA FRANCIS VEGA
15	Ingrid Johanna D'at	Fisioterapeuta	Domicilio	INGRID JOHANNA D'AT

ELABORO

LADY PATRICIA QUINTERO VELASCO

REVISO Y APRUBO

NICHORA GALINDO

FECHA DE APROBACIÓN

02 - NOVIEMBRE - 2010


ASISTENTES REUNIÓN ACTA No. 15

Tema Tratado:

Reunión de Gerencia

No.	NOMBRE	CARGO	SEDE	FIRMA
1	Ingrid J. Delgado Bueno	Fonocardiologa	Cabecera	<i>[Firma]</i>
2	Patricia Laita F.	Auxiliar Administrativa	Cabecera	<i>[Firma]</i>
3	Maria Clara Longhammer	Psicologa	Cab / Caceres	<i>[Firma]</i>
4	SILVIA LILIANA SUAREZ MORALES	FISIOTERAPEUTA	CABECERA	<i>[Firma]</i>
5	Mrs CAROLINA ROSAS GUERRA	FISIOTERAPEUTA	CABECERA	<i>[Firma]</i>
6	Lady Patricia Quintero Velasco	Coord. de Calidad	Cab / Caceres	<i>[Firma]</i>
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

# Anexo 5. Listado Maestro de Documentos


		GESTIÓN DE CALIDAD						CÓDIGO: GCA - U - 03 VERSIÓN: 00 FECHA APROBACIÓN: 25 - ENERO - 2 011	
		LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS							
PROCESO	CÓDIGO-IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL DOCUMENTO	VERSION	REVISO - APROBADO	FECHA DE APROBACIÓN	UBICACIÓN ESPECÍFICA	TIEMPO DE VIGENCIA	DISPOSICIÓN FINAL	
Gestión Estratégica	GE-G-01	Caracterización Gestión Estratégica	0,0	Coordinador de Calidad	29 de febrero 2011				
	GE-PR-07	Procedimiento de Revisión por la Dirección	0,0	Coordinador de Calidad	19 de enero 2011				
	GE-PR-08	Procedimiento comercial	0,0	Coordinador de Calidad	25 de febrero del 2011				
	GE-PR-09	Procedimiento de Comunicación con el Cliente	0,0	Gerencia	11 de enero del 2011				
	GE-M-10	Manual de calidad	0,0	Gerencia					
	GCA-G-01	Caracterización Gestión de la Calidad	0,0	Gerencia	29 de febrero 2011				
	GCA-PR-02	Procedimiento Control de Documentos.	0,0	Coordinador de Calidad	11 de febrero 2011				
	GCA-PR-05	Procedimiento Control de Registros	0,0	Coordinador de Calidad	11 de enero 2011				
	GCA-IN-07	Instructivo Control de Documentos	0,0	Coordinador de Calidad	11 de enero 2011				
Gestión de la Calidad	GCA-G-08	Procedimiento Producto No Conforme	0,0	Coordinador de Calidad	19 de enero 2011				
	GCA-PR-09	Procedimiento Acciones Correctivas	0,0	Coordinador de Calidad	19 de enero 2011				
	GCA-PR-10	Procedimiento Acciones Preventivas	0,0	Coordinador de Calidad	13 de enero 2011				
	GCA-PR-11	Programa de Auditoría Interna	0,0	Coordinador de Calidad	21 de marzo 2011				
	GCA-PR-12	Plan de Auditoría Interna	0,0	Coordinador de Calidad	21 de marzo 2011				
	GAD-G-01	Caracterización Gestión Administrativa	0,0	Gerencia	24 de Enero 2011				
	GAD-PR-01	Procedimiento General de Compras	0,0	Coordinador de Calidad	26 de Febrero 2011				
	GAD-PR-02	Reevaluación de Selección, Evaluación y Control de Inventario	0,0	Coordinador de Calidad	26 de Febrero 2011				
	GAD-PR-06	Programa de Mantenimiento Preventivo de Equipos	0,0	Psicóloga	25 de Enero 2011				
	GAD-PR-04	Procedimiento Hoja de Vida de Equipos	0,0	Psicóloga	15 de febrero 2011				
	GL-PR-03	Procedimiento Almacenamiento de Insumos	0,0	Coordinador de Calidad	26 de Enero 2011				
	Gestión Administrativa	GAD-M-01	PGH/RH	0,0	Gerencia	26 de Enero 2011			
GAD-PR-05		Procedimiento Limpieza y Desinfección de Áreas	0,0	Coordinador de Calidad	25 de Enero 2011				
GAD-PR-03		Procedimiento Limpieza y Desinfección Equipos de Terapia Respiratoria	0,0	Coordinador de Calidad	28 de Noviembre 2010				
GAD-F-04		Hoja de Vida de Proveedores	0,0	Coordinador de Calidad	24 de Enero 2011				
GAD-F-01		Cotización y Orden de Compra	0,0	Coordinador de Calidad	26 de Marzo 2011				
				Coordinador de Calidad	26 de Enero 2011				
				Coordinador de Calidad	26 de Enero 2011				

Gestión Asistencial	GA-G-01	Caracterización Gestión Asistencial	0,0	Gerencia	24 de Enero 2011			
	GA-G-02	Guía de Manejo de Historias Clínicas	0,0	Gerencia	26 de Enero 2011			
	GI-PR-01	Procedimiento Atención Domiciliaria	0,0	Gerencia	28 de Febrero 2011			
	GA-PR-02	Procedimiento de Ingreso del Usuario	0,0	Coordinador de Calidad/ Gerencia	25 de Enero 2011			
Gestión de Recurso Humano	GA-PR-03	Procedimiento de atención de consulta	0,0	Coordinador de Calidad/ Gerencia	27 de mayo del 2011			
	GH - G - 01	Caracterización de Recurso Humano	0,0	Gerencia	24 de Enero 2011			
	GH-PC-01	Selección de Personal de LOGROS IPS	0,0	Psicóloga	29- Noviembre-2.010			
	GH- F - 01	Formato de Entrevista LOGROS IPS	0,0	Psicóloga	29- Noviembre-2.010			
	GH - M - 01	Manual de Pruebas Psicotécnicas LOGROS IPS	0,0	Psicóloga	29- Noviembre-2.010			
	GH-PC-02	Inducción y Reinserción del Personal	0,0	Psicóloga	29- Noviembre-2.010			
	GH-F-02	Formato de Registro de Inducción y Reinserción	0,0	Psicóloga	29- Noviembre-2.010			
	GH -MF- 03	Manual de Funciones y Perfiles LOGROS IPS	0,0	Psicóloga	29- Noviembre-2.010			
	GH-PC-04	Proceso de Contratación	0,0	Gerencia	29- Noviembre-2.010			
	GH-PR-04	Evaluación de Desempeño y Competencias	0,0	Psicóloga	29- Noviembre-2.010			
	GH-F-05	Formato de Evaluación del Desempeño y Competencias	0,0	Psicóloga	26 de Enero 2011			

ELABORÓ:  
REVISÓ:

COORDINADORA DE CALIDAD  
GERENCIA

## Anexo 6. Plan de Auditoría Interna

	<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	CÓDIGO: <b>GC – PR – 02</b>
	<b>PLAN DE AUDITORIA INTERNA</b>	VERSIÓN: <b>00</b>
		PÁGINA <b>1 DE 2</b>

<b>Objetivo</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar la conformidad del SGC con respecto a los criterios establecidos en la norma NTC ISO 9001:2008</li> <li>• Verificar la eficacia del SGC para lograr los objetivos especificados, incluyendo el cumplimiento de los requisitos de la norma, del cliente, legales y reglamentarios del servicio.</li> <li>• Revisar el cumplimiento de los objetivos y requisitos establecidos en los procesos del SGC.</li> <li>• Identificar mejoramientos potenciales en el SGC.</li> </ul>				
<b>Alcance:</b>				
Aplica a todos los procesos del SGC del Centro de Especialistas LOGROS EU.				
<b>Criterios:</b>				
NTC ISO 9001:2008,				
Manual de Calidad y Documentación establecida en los diferentes procesos del SGC.				
Requisitos legales como:				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema Único de Habilitación (Resolución 1043 de 2006)</li> <li>- Manejo de historias clínicas según (Resolución 1995 de 1999)</li> </ul>				
<b>Auditor líder:</b>		<b>Auditor Interno:</b>		<b>Procesos a auditar:</b>
Lady Patricia Quintero Velasco.		María Clara Langhammer		Todos los procesos.
<b>PROGRAMACIÓN</b>				
Fecha / Sede	Hora	Proceso/Actividad por auditar	Auditado	Auditor
<b>JUEVES</b> 16-06-11 Sede Cañaveral	2:00 – 2:20 p.m.	Reunión de apertura	Líderes de cada proceso	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
	2:20 - 4:00 p.m.	Gestión Asistencial	Auxiliar Administrativa (Proceso asistencial y Historias Clínicas) Y Auditoría de Campo en las Unidades de Servicio.	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
	4:00 – 4:30 p.m.	Gestión Administrativa	Auxiliar Administrativa y Servicio General (Compras y Bioseguridad)	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
<b>REVISÓ</b>		<b>APROBÓ</b>		<b>FECHA DE APROBACIÓN</b>
Coordinadora de Calidad		Gerencia		21 – Marzo – 2011



<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>  <b>PLAN DE AUDITORIA INTERNA</b>	CÓDIGO: <b>GC - PR - 02</b>
	VERSIÓN: <b>00</b>
	PÁGINA <b>2 DE 2</b>

<b>VIERNES</b>  17-06-11  Sede Cabecera	4:30 – 5:00 p.m.	Gestión de la Calidad	Líder del Proceso	María Clara Langhammer
	5:30 – 6:00 p.m.	Gestión de Recurso Humano	Líder del Proceso	Lady Patricia Quintero
	6:00 – 6:30 p.m.	Gestión Estratégica	Gerente	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
	6:30 – 7:00 p.m.	Reunión de cierre	Líderes de cada proceso	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
	2:00 – 2:20 p.m.	Reunión de apertura	Líderes de cada proceso	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
	2:20 - 4:00 p.m.	Gestión Asistencial	Auxiliar Administrativa (Proceso asistencial y Historias Clínicas) Y Auditoria de Campo en las Unidades de Servicio.	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
	4:00 – 4:30 p.m.	Gestión Administrativa	Auxiliar Administrativa y Servicio General (Compras y Bloseguridad)	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
	4:30 – 5:00 p.m.	Gestión de la Calidad	Líder del Proceso	María Clara Langhammer
5:30 – 6:00 p.m.	Gestión de Recurso Humano	Líder del Proceso	Lady Patricia Quintero	
6:00 – 6:30 p.m.	Gestión Estratégica	Gerente	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer	
6:30 – 7:00 p.m.	Reunión de cierre	Líderes de cada proceso	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer	

**Observaciones:**

Durante el desarrollo de la auditoria en cada proceso se evaluara el control de documentos y registros y las acciones de mejora (Acciones correctivas y preventivas)


RESPONSABLE: LADY PATRICIA QUINTERO VELASCO  
**LIDER EQUIPO AUDITOR**

APROBADO POR: NOHORA GALINDO  
**GERENTE**

FECHA: Junio 10 de 2011

REVISÓ	APROBÓ	FECHA DE APROBACIÓN
Coordinadora de Calidad	Gerencia	21 - Marzo - 2.011

## Anexo 7. Informe Auditoría Interna

	GESTIÓN DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GCA - F - 14
	INFORME DE AUDITORIA	VERSIÓN: 00
		PÁGINA 1 DE 5

<b>FECHA:</b> 20 de Junio del 2.011	<b>AUDITORIA INTERNA</b> No: <u>01</u>	<b>SEDE:</b> Cañaveral y Cabecera
<b>Objetivo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar la conformidad del SGC con respecto a los criterios establecidos en la norma NTC-ISO 9001:2008</li> <li>• Verificar la eficacia del SGC para lograr los objetivos especificados, incluyendo el cumplimiento de los requisitos de la norma, del cliente, legales y reglamentarios del servicio.</li> <li>• Revisar el cumplimiento de los objetivos y requisitos establecidos en los procesos del SGC.</li> <li>• Identificar mejoramientos potenciales en el SGC.</li> </ul>		
<b>Alcance:</b> Aplica a todos los procesos del SGC del Centro de Especialistas LOGROS EU.		
<b>Criterios:</b> NTC ISO 9001:2008, Manual de Calidad y Documentación establecida en los diferentes procesos del SGC. Requisitos legales como: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema Único de Habilitación (Resolución 1043 de 2006)</li> <li>- Manejo de historias clínicas según (Resolución 1995 de 1999)</li> </ul>		
<b>Auditor líder:</b> Lady Patricia Quintero Velasco.	<b>Auditor Interno:</b> María Clara Langhammer	<b>Procesos Auditados:</b> Todos los procesos.
<b>PERSONAL ENTREVISTADO:</b> Se auditó todo el personal de las dos sedes Cabecera y Cañaveral.		

REVISÓ	APROBÓ	FECHA DE APROBACIÓN
Coordinadora de Calidad	Gerencia	21 - Marzo - 2.011

PROCESO: GESTIÓN ESTRATÉGICA				
Descripción del Hallazgo	HALLAZGOS			
	F	AM	O	NC
Compromiso del personal con el proceso de implementación del SGC y el empeño por cumplir el objetivo de la empresa de lograr la satisfacción de sus usuarios.	X			
Reforzar al personal la definición de la política y objetivos de calidad de la institución.			X	
Se recomienda hacer seguimiento a los líderes de los procesos, que estén aplicando y midiendo el rendimiento de los indicadores por proceso.			X	
En el informe de revisión por la dirección se recomienda a los líderes de procesos hacer un seguimiento para que el personal este aplicando los procedimientos definidos en cada uno de sus procesos.			X	

PROCESO: GESTIÓN DE CALIDAD				
Descripción del Hallazgo	HALLAZGOS			
	F	AM	O	NC
Se evidencia la organización de las sedes en cuanto al manejo de procedimientos y normas establecidas en la institución para el proceso de implementación del SGC.	X			
Imprimir la documentación del sistema de gestión de la calidad de la institución, para que el personal tenga fácil acceso a esta.			X	
Hacer seguimiento y aplicar el plan de acción a los eventos adversos presentados en la institución.			X	
No se evidencia que la documentación implementada en el sistema de gestión de la calidad no es de fácil acceso en las instalaciones de la institución como lo establecido en el requisito de la norma 4.2 Requisitos de la Documentación.				X

REVISÓ	APROBÓ	FECHA DE APROBACIÓN
Coordinadora de Calidad	Gerencia	21 - Marzo - 2011



GESTIÓN DE LA CALIDAD

CÓDIGO: GCA - F - 14

INFORME DE AUDITORIA

VERSIÓN: 00

PÁGINA 3 DE 5

PROCESO: ASISTENCIAL				
Descripción del Hallazgo	HALLAZGOS			
	F	AM	O	NC
Según los resultados obtenidos por auditorías del cliente, se evidencia la organización y buen manejo de las historias clínicas, en cuanto a diligenciamiento, firma de consentimiento informado, evolución, entrega de informes y archivo al día, como se establece en el procedimiento de control de HC.	X			
Fortalecer el proceso asistencial, en cuanto al manejo de las historias clínicas que sean evolucionadas al final la cita, como está establecido en el procedimiento de Control de Historias Clínicas.			X	
Se recomienda organizar los protocolos asistenciales de cada unidad de atención, para que los profesionales tengas fácil acceso a ellos.			X	

PROCESO: GESTIÓN DE RECURSO HUMANO				
Descripción del Hallazgo	HALLAZGOS			
	F	AM	O	NC
Fortalecer el proceso de reinducción al personal antiguo, para dar a conocer los cambios institucionales presentados.			X	
Cuentan con una herramienta (Perfil 16 PF de Catter) para la elaboración de la prueba psicotécnica, aplicada a todo el personal de la institución, que da un resultado de personalidad según unos indicadores clínicos, y después fueron tratados y valorados con la psicóloga de la institución.	X			
Organizar las hojas de vida del personal que cada sede mantenga la carpeta de hojas de vida de sus empleados por sede.			X	
Se recomienda en el proceso de inducción al personal nuevo, aplicar el formato de inducción, como se define en el procedimiento de inducción y reinducción al personal teniendo este como evidencia y no las actas como se está manejando.			X	

REVISÓ	APROBÓ	FECHA DE APROBACIÓN
Coordinadora de Calidad	Gerencia	21 - Marzo - 2.011

No se evidencia un programa de capacitación y/o entrenamiento debidamente aprobado como lo requiere el numeral 6.2.2 (b) competencia, formación y toma de conciencia, donde la organización DEBE proporcionar formación o tomar otras acciones para lograr la competencia necesaria.				X
No se evidencia la evaluación de las competencias y desempeño del personal como lo establecido en el procedimiento de evaluación y desempeño del personal GH-PR-04, incumpliendo el requisito (6.2.2 (e) competencia, formación y toma de conciencia, donde dice que la organización DEBE mantener los registros apropiados de la educación, formación y habilidades del personal.				X

PROCESO: ADMINISTRATIVA				
Descripción del Hallazgo	HALLAZGOS			
	F	AM	O	NC
Especificar en el programa de mantenimiento preventivo de los equipos de fisioterapia el responsable de llevar a cabo dicho mantenimiento.			X	
Cuentan con un manual para el manejo de residuos hospitalarios, PGIRH (plan de gestión integral de residuos hospitalarios), donde especifican los pasos a seguir para el manejo y control de estos residuos, a su vez lo complementan con un manual de bioseguridad ajustado a la institución teniendo en cuenta los requisitos de ley (Decreto 2676 de 22-12-00 y Resol. 1669 de 02-08-02) del ministerio de salud y medio ambiente.	X			
No se evidencia la selección, evaluación y reevaluación de los proveedores, como lo establecido en el procedimiento de selección de proveedores GAD-PR-02, según el requisito de la norma NTC-ISO 9001:2008, numeral 7.4.1 Procesos de Compras.				X
No están aplicando las actividades de verificación en recepción para asegurarse del cumplimiento de los requisitos de compra, ni se evidencian los formatos de las cotizaciones y ordenes de compras, como se establece en el procedimiento general de compras GAD-PR-01, que permite cumplir el requisito (7.4.2 Información de las Compras).				X

REVISÓ	APROBÓ	FECHA DE APROBACIÓN
Coordinadora de Calidad	Gerencia	21 - Marzo - 2.011



No se evidencia un seguimiento y control de cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo de los equipos, se evidenció en la hoja de vida de equipos las fechas de mantenimiento pero no tienen responsable, ni cuentan con un contrato de una empresa responsable de efectuar dichos mantenimientos, como se establece en el procedimiento de hoja de vida de equipos GI-PR-03, según el requisito de la norma NTC-ISO 9001:2008, numeral 7.6 control de los equipos de seguimiento y medición.				X
--	--	--	--	---

**CONCLUSIONES**

- Tienen definida la estructura y conformidad del sistema de gestión de calidad bajo los lineamientos de la norma NTC -ISO 9001:2008, en el manejo y definición de sus procesos, se recomienda hacer seguimiento para los procesos de gestión administrativa y recurso humano los cuales se presentaron No Conformidades.
- Los objetivos y requisitos establecidos en cada caracterización de proceso del SGC, se están cumpliendo y aplicando en las actividades diarias para la prestación del servicio.
- La organización y compromiso del personal en cuanto la aplicación de los documentos y formatos definidos en el proceso asistencial, se evidencia un alto compromiso por lograr la satisfacción de los clientes.
- Se puede visualizar la organización por parte de la recepción en cuanto al manejo de los procedimientos, control y orden en los documentos establecidos en el SGC. Y el compromiso de los profesionales de Fisioterapia para el mantenimiento de la calidad de los registros de las historias clínicas.

REVISÓ	APROBÓ	FECHA DE APROBACIÓN
Coordinadora de Calidad	Gerencia	21 - Marzo - 2.011