

**DISEÑO, DOCUMENTACION E IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE  
GESTION DE CALIDAD SEGÚN NORMA NTC-ISO 9001:2000 PARA  
COMPARTA EPS-S**

**LUIS EUSEBIO HERRERA CASTILLA**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTA DE INGENIERIAS FISICOQUIMICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
BUCARAMANGA  
2008**

**DISEÑO, DOCUMENTACION E IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE  
GESTION DE CALIDAD SEGÚN NORMA NTC-ISO 9001:2000 PARA  
COMPARTA EPS-S**

**LUIS EUSEBIO HERRERA CASTILLA**

**Proyecto para obtener el titulo de  
INGENIERO INDUSTRIAL**

**Director**

**Joaquín García**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTA DE INGENIERIAS FISICOQUIMICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
BUCARAMANGA  
2008**

## AGRADECIMIENTOS

*Agradezco a Dios,  
Por ser el brazo poderoso y protector mío que todo lo puede  
Guiándome por el buen camino  
A mis padres por su apoyo incondicional para la realización de mis sueños  
A mi hermano  
Por su colaboración incondicional  
A los docentes de la UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
Por haber colaborado en mi formación como profesional  
A COMPARTA EPS-S  
Por su participación constante en el desarrollo de este proyecto  
A mi novia por su apoyo incondicional y cariño inmenso que me dieron la  
fuerza para seguir progresando  
Y a todos aquellos que de una u otra forma  
Contribuyeron para lograr esta meta.*

## CONTENIDO

### INTRODUCCIÓN

	Pág.
<b>1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO</b>	<b>3</b>
1.1 TITULO DEL PROYECTO.	3
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	3
1.3 JUSTIFICACIÓN	4
1.4 OBJETIVOS	5
1.4.1 Objetivo General	5
1.4.2 Objetivos Específicos	5
1.5 ALCANCE	6
<b>2. ESTADO DEL ARTE</b>	<b>7</b>
2.1 SISTEMAS DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	7
2.1.1 Evolución de la Calidad	7
2.1.2 Sistema de Gestión de Calidad	11
2.2 NORMA ISO 9001:2000	13
2.3 NORMA ISO 9004:2000	15
2.4 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD	16
2.4.1 Definiciones	16
2.4.2 Características del SOGCS	18
2.4.3 Componentes del SOGCS	19
2.4.4 Entidades responsables del funcionamiento del SOGCS	20
<b>3. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA</b>	<b>23</b>
3.1 IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA	23
3.2 RESEÑA HISTÓRICA	24
3.3 MISIÓN	26
3.4 VISIÓN	26
3.5 ESTRUCTURA ORGÁNICA	26
3.6 PROCESOS QUE SE LLEVAN A CABO EN COMPARTA EPS-S	30

<b>4. MARCO METODOLÓGICO</b>	<b>36</b>
4.1 ETAPA DE DIAGNOSTICO	36
4.1.1 Metodología	36
4.1.2 Diseño de la Evaluación diagnóstica	37
4.1.3 Realización de la Evaluación Diagnóstica	37
4.1.4 Resultados de la Evaluación diagnóstica	38
4.1.5 Conclusiones de la Evaluación Diagnóstica	38
4.2 PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	39
4.2.1 Nombramiento del Representante de la Dirección	39
4.2.2 Conformación del Comité de Calidad	40
4.2.3 Determinación de la Documentación para el SGC	40
4.2.4 Diseño del Sistema de Gestión de la Calidad	45
4.2.5 Elaboración de la Documentación	47
4.2.5.1 Elaboración del Mapa de Procesos	47
4.2.5.2 Caracterización de Procesos	48
4.2.5.3 Definición de la Política de Calidad	49
4.2.5.4 Definición de los Objetivos de Calidad	49
4.2.5.5 Indicadores de Gestión	50
4.3 CAPACITACIÓN DEL PERSONAL	52
4.4 DOCUMENTACIÓN	54
4.4.1 Metodología para el control y elaboración de documentos	54
4.4.2 Desarrollo de la documentación	54
4.5 IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	55
4.5.1 Medición y análisis de la satisfacción del cliente	56
4.5.1.1 Satisfacción del cliente	56
4.5.2 Ambiente de trabajo y seguridad industrial	59
4.5.3 Selección y evaluación de proveedores	59
4.5.4 Medición, análisis y mejora	60
4.5.4.1 Seguimiento al producto no conforme	60
4.5.4.2 Acciones correctivas, preventivas y de mejora	61

4.6	AUDITORIA INTERNA	63
4.6.1	Planeación de la auditoria interna	63
4.6.2	Realización de la auditoria interna	65
4.6.3	Resultados de la auditoria interna	65
4.6.3.1	Informe de Auditoria Interna	68
4.6.4	Evaluación de los auditores internos	68
<b>5.</b>	<b>PLAN DE MEJORA</b>	<b>70</b>
5.1	Desarrollo del plan de acción	70
5.2	Segunda Auditoria interna	71
<b>6.</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO</b>	<b>73</b>
<b>7.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>74</b>
<b>8.</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>76</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>77</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>78</b>

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
<b>Figura 1.</b> Sistema de Gestión de Calidad basado en procesos	15
<b>Figura 2.</b> Estructura Orgánica	29
<b>Figura 3.</b> Resultado de la evaluación diagnostica	38
<b>Figura 4.</b> Pirámide de documentación	41
<b>Figura 5.</b> Mapa de Procesos	47
<b>Figura 6.</b> Resultado de la Segunda Evaluación Diagnostica	55

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla 1.</b> Comparación entre los principios de calidad definidos por la NTC ISO 9001:2000 y el SOGCS.	21
<b>Tabla 2.</b> Criterios de evaluación	37
<b>Tabla 3.</b> Documentación a elaborar para el SGC.	43
<b>Tabla 4.</b> Indicadores de gestión	51
<b>Tabla 5.</b> Programa de capacitación COMPARTA EPS-S	52
<b>Tabla 6.</b> Relación de aspectos encuestados	58
<b>Tabla 7.</b> Listado de No conformidades Primera Auditoria Interna.	67
<b>Tabla 8.</b> Plan de mejora	70
<b>Tabla 9.</b> Cumplimiento de los objetivos del proyecto	73

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
<b>Anexo 1.</b> Evaluación Diagnostica	79
<b>Anexo 2.</b> Reglamento Interno del Comité de Calidad	86
<b>Anexo 3.</b> Caracterizaciones	92
<b>Anexo 4.</b> Control y Elaboración de Documentos	107
<b>Anexo 5.</b> Listado Maestro de Documentos	126
<b>Anexo 6.</b> Manual de Calidad	141
<b>Anexo 7.</b> Programa de Auditoria	167

## RESUMEN

**TITULO:**

DISEÑO, DOCUMENTACION E IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD SEGÚN NORMA NTC-ISO 9001:2000 PARA COMPARTA EPS-S.\*

**AUTOR:**

LUIS EUSEBIO HERRERA CASTILLA†

**PALABRAS CLAVES:**

Calidad, Sistema de Gestión de Calidad, NTC ISO 9001:2000, Mejoramiento Continuo, Auditoria.

**DESCRIPCION:**

Este libro contiene la descripción del proceso de Diseño, Documentación e Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de COMPARTA EPS-S, basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2000.

El proceso inicia con una fase de diagnóstico con el fin de determinar el estado en el que se encontraba la empresa frente a los requisitos exigidos por la Norma y así poder realizar la planificación del Sistema, elaborando la documentación, realizando el nombramiento del Representante de la Dirección como apoyo constante a la implementación del Sistema.

Seguidamente se inició la elaboración de la documentación, iniciando con la Política y los Objetivos de Calidad, los documentos mandatorios, los requeridos por la organización y el Manual de Calidad.

Finalizada la etapa de documentación del Sistema, se pasó a la etapa de implementación, con el fin de darlos a conocer al personal de COMPARTA EPS-S y poner en marcha lo establecido en ellos, dejando la evidencia en los registros que se habían creado.

Posteriormente se realizó la primera y segunda auditoria interna con su respectivo plan de mejoramiento para corroborar el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Norma y crear acciones correctivas y preventivas de acuerdo a los hallazgos encontrados durante el desarrollo de esta actividad.

---

\* Trabajo de grado

† Facultad de ingenierías Físico-Mecánicas. Ingeniería Industrial. Director de Proyecto: José Joaquín García.

## SUMMARY

**TITLE:**

DESIGN, DOCUMENTATION, AND IMPLEMENTATION OF QUALITY MANAGEMENT SYSTEM ACORDING TO THE STANDARD NTC-ISO 9001:2000 FOR COMPARTA EPS-S.\*

**AUTHOR:**

LUIS EUSEBIO HERRERA CASTILLA†

**KEY WORDS:**

Quality, Quality Management System, NTC ISO 9001:2000 Continuous Improvement, Auditing.

**DESCRIPTION:**

This book contains a description of the process of Design, Documentation and Implementation of System of Quality Management COMPARTA EPS-S, based on ISO 9001:2000 requirement.

The process begins with a diagnostic phase in order to determine the state in which the company was facing the requeriments of the standart in order to do the planning system, preparing documentation, marking the appointment of the representative of the manager as support for the implementation of the system.

After that preparation of documentation, starting with the policy and Quality objectives, the mandatory documents, required bye the organization and the quality manual.

After the stage of system documentation, we moved on to the stage of implementation, in order to let the staff of COMPARTA EPS-S to know it; and implementing the system with the staff keeping a record of the things already done.

Then, we conducted the first and second auditing with their respective internal plan improved with the requeriments of the standard and we created corrective and preventive actions according to the findings during the development of this activity.

---

\* Grade Work

† Faculty of Engineering physique Mechanics. Industrial Engineering. José Joaquín García.

## INTRODUCCION

Hoy en día nos encontramos ante grandes cambios, la globalización de la economía, los adelantos en todas las áreas de la ciencia y la investigación. Son estos factores los que nos llevan a buscar una mejora continua al interior de las organizaciones, sin importar cual sea el objetivo comercial o servicios prestados.

Ante todo esto es necesario, generar nuevos cambios en las organizaciones que nos permitan ser competitivos en un mercado dispuesto a mejorar, generando estrategias que nos lleven a la satisfacción de los clientes y el reconocimiento del servicio.

Este proyecto inicia con la fase de diagnóstico, la cual permite conocer el estado en el cual se encuentra la empresa con relación a los requisitos exigidos por la NTC ISO 9001:2000 y según los resultados obtenidos se inicia la planificación del proyecto,

La documentación fue elaborada por los responsables de cada proceso, labor que fue liderada por el Coordinador de Calidad y el Comité de Calidad.

Se inició con la elaboración de los seis procedimientos obligatorios por la ISO 9001:2000 como el Control de Documentos, el Control de Registros, Control de Producto no Conforme, Acción Correctiva, Acción Preventiva y Auditoria Interna.

Posteriormente se elaboró el Mapa de Procesos, para identificar su interacción e iniciar la documentación de los mismos.

A medida que se elaboraron los documentos, se implementaron al personal de la organización, acompañado de capacitaciones en temas relacionados con el Sistema de Gestión de calidad.

Finalmente se formaron auditores internos en la organización, y se adquirió una cultura de mejora continua mediante el tratamiento de las no conformidades, acciones correctivas y preventivas en todos los procesos de la organización.

Los resultados de las Auditorias Internas y las Revisiones por la Dirección reflejan el proceso de mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad para garantizar su eficacia.

Con la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, se lograron los objetivos trazados por la organización gracias a la naturaleza del sistema, con el correcto manejo de la documentación y cultura de mejora continua.

## **1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO**

### **1.1 TITULO DEL PROYECTO.**

DISEÑO, DOCUMENTACION E IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD SEGÚN NORMA NTC-ISO 9001:2000 PARA COMPARTA EPS-S.

### **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

En respuesta a la necesidad planteada por el Gerente y su equipo de trabajo. COMPARTA EPS-S reconoce que las compañías orientadas hacia el crecimiento y mejora continua son las que sobreviven a los retos del mercado actual, en el cual las empresas se enfrentan a constantes cambios.

Es esencial actualizar e implementar el diseño de nuevas estrategias y mejoras que permitan dar las bases necesarias y suficientes para enfrentar retos mayores; contando con mente abierta a los diferentes tratados y sistemas donde los mercados se expanden para el éxito de su ejercicio.

Como parte del proceso de mejoramiento continuo que propone la Superintendencia Nacional de Salud, COMPARTA EPS-S. Identifica la necesidad de incluir en su organización el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad en los procesos de operación necesarios para la prestación del servicio, haciendo referencia a la AFILIACION Y ASEGURAMIENTO, CONFORMACION DE RED, AGENCIAMIENTO DEL SERVICIO, MANTENIMIENTO Y AUDITORIA DE LA RED PRESTADORA, ANALISIS DE SINIESTRALIDAD Y CONTROL DEL RIESGO, y así poder cumplir con los objetivos de las partes interesadas.

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

Directivos y funcionarios operativos de los diferentes roles y campos de COMPARTA, ya sean ejecutivos de administración o directivos en salud han comprendido en la dimensión justa las dinámicas de la responsabilidad de la administración del régimen subsidiado. Esa comprensión se desarrollo generalmente como un proceso intuitivo, aprendido a través de la experiencia y la responsabilidad por un buen resultado.

Actualmente COMPARTA EPS-S contempla dentro del alcance de su Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) todos sus cinco (5) eslabones de la cadena de valor (Afiliación y Aseguramiento, Conformación de Red Prestadora, Agenciamiento del servicio, Mantenimiento y Auditoria, Análisis de Siniestralidad).

COMPARTA EPS-S lleva a cabo la realización de todos sus procesos sin ninguna estandarización y control de los mismos, generando así un gran numero de inconformidades tanto a nivel interno como externo, afectando directamente el riesgo en salud y riesgo financiero de la empresa.

Debido a lo expuesto anteriormente surge la necesidad de iniciar el proceso de diseño, implementación y evaluación del Sistema de Gestión de la Calidad, con el fin de garantizar a los clientes de COMPARTA EPS-S la calidad de sus servicios resultado de procesos controlados, pero más que eso, el inicio de un proceso de mejoramiento continuo que fortalezca el crecimiento, la búsqueda de la excelencia empresarial y su reconocimiento a nivel nacional e internacional como una empresa líder en la administración de régimen subsidiado en salud y la prestación de sus servicios.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 Objetivo General**

Diseñar, documentar e implementar un Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001:2000 en la Entidad Promotora de Salud COMPARTA EPS-S.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

Realizar un diagnostico de la situación actual al interior de la organización basado en los requisitos de la norma.

Establecer una política de calidad apropiada para COMPARTA EPS-S.

Llevar a cabo toda la documentación necesaria para cumplir con los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad.

Caracterización de los procesos, identificando la interacción entre ellos.

Vincular a todo el personal de COMPARTA en el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad, creando así una cultura de Calidad en toda la organización.

Capacitar a la organización en temas relacionados con la Norma ISO 9001:2000 para la implementación del sistema.

Llevar a cabo auditorias internas para evaluar la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad y poder plantear acciones de mejora si es necesario.

Promover al interior de la organización una cultura de mejora continua basada en la generación de acciones correctivas y preventivas.

## **1.5 ALCANCE**

Con la realización de este proyecto se pretende llevar a cabo la planeación de las actividades relacionadas con el Diseño, Documentación e Implementación del Sistema de Gestión de Calidad, basado en las normas NTC-ISO 9001:2000, para todos los procesos que se llevan a cabo dentro de la empresa COMPARTA en el departamento de Santander, Siguiendo el proceso desde su comienzo hasta la ejecución de un plan de mejoramiento basado en los resultados de la primera auditoria interna y la realización de una segunda auditoria para que se garantice el total cumplimiento de los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000.

## **2. ESTADO DEL ARTE**

### **2.1 SISTEMAS DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD**

#### **2.1.1 Evolución de la Calidad**

La historia de la humanidad está directamente ligada con la calidad. Este concepto ha sido utilizado de manera implícita desde los tiempos más remotos y ha ido evolucionando con el pasar de los años.

El Control de la Calidad mediante la inspección apareció en el siglo XIX, periodo en el que comienza a tener mucha importancia la producción de los artículos en serie. Ante esta situación era necesario observar si el artículo final de la línea de producción resultaba apto o no para lo que estaba destinado. Por ello en las fábricas se vio la conveniencia de introducir un departamento especial a cuyo cargo estuviera la tarea de inspección. A este nuevo organismo se le denominó control de calidad.

En los años 30 surgió el Control Estadístico de la Calidad, debido a que en los procesos se presentan variaciones ocasionadas, entre otras cosas, por las diferencias que se dan en la materia prima, a las diferentes habilidades de los operarios y a las condiciones en que se encuentra el equipo.

No se trataba de eliminar dicha variación ya que resultaba imposible, se trataba, entonces de calcular el rango de variación que se puede aceptar sin que genere problemas. Otra de las herramientas utilizadas en esta época fue el muestreo. Las técnicas del muestreo parten del hecho de que en una producción masiva es imposible inspeccionar todos los productos para diferenciar los productos buenos de los malos. De ahí la necesidad de verificar un cierto número de artículos entresacados de un mismo lote de producción para decidir sobre esta base si el lote es aceptable o no.

La aplicación con mayor amplitud de los conceptos de Control Estadístico de la Calidad estuvo influenciada fuertemente por la participación de los Estados Unidos en la Segunda Guerra mundial y su necesidad de producir armas en grandes cantidades. En 1942 el Departamento de Guerra estableció la sección de control de calidad. Este grupo desarrolló un conjunto de tablas de muestreo basada en el concepto de niveles aceptables de calidad. En ellas se determinaba el máximo porcentaje de defectos que se podía tolerar para que la producción de armas de un proveedor pudiera ser considerada satisfactoria.

El Aseguramiento de la Calidad nació en la década de los 50 y está compuesta por todas aquellas acciones, llevadas a cabo sistemáticamente, que están destinadas a obtener un proceso productivo que asegure que el producto o servicio satisfará los requerimientos de calidad. En definitiva, la filosofía que sustenta esta etapa es que la calidad se constituye en los procesos: si cada proceso se realiza correctamente, no existe ningún motivo para que aparezcan defectos y, en consecuencia, no será necesario controlar la calidad del producto obtenido. La cultura de la empresa incorpora la idea de hacer las cosas bien desde la primera vez.

Antes de la época de los 50 la calidad se centraba en el control estadístico del proceso para tomar medidas adecuadas y prevenir los defectos. Sin embargo, era necesario que quedara asegurado el mejoramiento de la calidad logrado, lo cual significaba que había que desarrollar profesionales dedicados al problema del aseguramiento de la calidad y más aún había que involucrar a todos en el logro de la calidad. Todo lo cual requería un compromiso mayor por parte de la administración de la organización.

El elemento mas característico del aseguramiento de la calidad es el manual de calidad. En este manual se recogen los procedimientos adecuados para la realización de cada proceso, y se incluyen todas las actividades en todas las etapas hasta la obtención del producto final. Podríamos decir que este manual es “la Biblia del sistema de Aseguramiento de la Calidad.”

Mediante el Aseguramiento de la Calidad, la dirección muestra a los operarios que confía en ellos, lo cual les hace sentir mayor compromiso con el resultado y aumenta su motivación. Además al ser el operario el que más conoce su trabajo, puede aportar ideas de mejora y soluciones a eventuales situaciones que se pueden presentar durante este y de esta manera se disminuye el número de inspecciones reduciendo a su vez los costos.

Sin embargo siguen presentándose algunos problemas, pues al existir algunos procedimientos documentados claramente definidos, cualquier cambio puede presentar un riesgo para la empresa; igualmente estos documentos se tornan muy rígidos lo que impide la creatividad del personal.

Ante estos acontecimientos en la década de los 90, se vuelve entonces la calidad una estrategia fundamental para alcanzar la competitividad y el valor más importante que debe prescindir las actividades de la alta gerencia.

Se considera que la calidad es la estrategia, pero esta no pasa a ser estrategia competitiva sólo porque se apliquen métodos estadísticos para controlar el proceso; como tampoco es por el hecho de que todos se comprometan a elaborar productos sin ningún defecto, pues esto de nada serviría si no hay mercado para ellos. La calidad pasa a ser estrategia de competitividad en el momento en el que la alta gerencia toma como punto de partida para su planeación estratégica los requerimientos del consumidor y la calidad de los productos de los competidores.

Se trata de planear toda actividad de la empresa, en tal forma que se entreguen al consumidor artículos que responden a sus requerimientos y que tengan una calidad superior a la que ofrecen los competidores.

Esto, sin embargo, implica cambios profundos en la mentalidad de los administradores, en la cultura de los organizadores y en las estructuras de las empresas. La experiencia que las empresas japonesas han tenido en la implantación de un sistema administrativo enfocado al logro de la calidad, ha contribuido en gran medida a visualizar cuáles deben ser estos cambios y, por

consiguiente, a comprender los pasos para lograr que la calidad llegue a ser estrategia competitiva por excelencia.

Con el advenimiento tecnológico y la renovación de sistemas de comunicación así como la globalización de mercado de los últimos años, surge y se populariza en esta misma década el término de Reingeniería de Procesos, utilizado por muchas empresas para mejorar de una manera muy rápida y radical sus procesos administrativos, de producción así como de comercialización, ya que el no renovarlos, les ha restado competitividad.

A finales del siglo XX la Calidad se orienta a desarrollar el capital intelectual de la empresa", hacer una reingeniería de la mentalidad de los administradores y romper las estructuras del mercado, con el fin de buscar nuevas formas para llegar al cliente. Los rasgos de transición del paradigma de la Revolución Industrial al paradigma de la Revolución del Conocimiento, cambia la concepción de riqueza (Trabajo, Tierra y Capital) ahora es el conocimiento. La información, tecnología y capital humano, el trabajo, la gestión administrativa y el concepto mismo de liderazgo forman parte del conocimiento. La información completa, confiable y oportuna se convierte en poder ya que es una herramienta para conocer el mercado, la demanda, las posibilidades de negocio, puede generar ventajas competitivas si se sabe aprovechar.

Se requieren de respuestas rápidas y de producción flexible, se hace una reingeniería de la mentalidad de los administradores y se rompen las estructuras del mercado, con el fin de buscar nuevas formas para llegar al cliente.

La evolución de la sociedad industrial a la sociedad del conocimiento es esencial en el siglo XXI, el conocimiento marcará las posibilidades de éxito en la nueva economía.

### **2.1.2 Sistema de Gestión de Calidad**

Todas las empresas, grandes y pequeñas, ya tienen una forma establecida o un sistema de hacer negocios. En una empresa pequeña, lo más probable es que el sistema sea muy efectivo, pero informal y probablemente no documentado. Las normas del sistema de calidad identifican estos rasgos que pueden ayudar a que la empresa satisfaga consistentemente los requisitos de sus clientes. No tratan de imponer algo totalmente nuevo.

Los sistemas de calidad tratan sobre la evaluación de cómo y porqué se hacen las cosas. Un sistema de calidad es un método planificado y sistemático de medios y acciones, encaminado a asegurar suficiente confianza en que los productos o servicios, se ajusten a las especificaciones.

En general, el sistema de calidad está condicionado por:

- Organización con la que se cuenta.
- Tipo y naturaleza del producto o servicio.
- Medios materiales y humanos.
- Exigencias de mercado o clientes.

Algunos clientes, tanto en el sector privado como en el público, buscan la confianza que puede dar el que una pequeña empresa tenga un sistema de calidad. Si bien satisfacer estas expectativas es una razón para tener un sistema de calidad, puede haber otras, como:

- Mejorar el desempeño, coordinación y productividad.
- Enfocarse en los objetivos de su negocio y las expectativas de sus clientes.
- Lograr y mantener la calidad de su producto para satisfacer las necesidades implícitas y explícitas de sus clientes.
- Confianza en que la calidad que se busca, se está logrando y manteniendo

- Evidencia a los clientes y clientes potenciales. de las capacidades de la organización.
- Apertura de nuevas oportunidades en el mercado, o mantener la participación en él.
- Certificación / registro.
- Oportunidad de competir en igualdad de condiciones con organizaciones más grandes (por ejemplo, habilidad para ofrecer cotizaciones o participar en licitaciones públicas).

Aunque el sistema de calidad puede ayudar a llenar estas expectativas, es sólo un medio y no puede tomar el lugar de los objetivos fijados para la empresa. El sistema de calidad debe ser revisado y actualizado regularmente para estar seguro de que se están logrando mejoras valiosas y económicamente viables.

Un sistema de calidad, en sí mismo, no conduce automáticamente a mejorar los procesos de trabajo o la calidad del producto. No resuelve todos los problemas. Esto significa que se debe dar un enfoque más sistemático a la empresa. Los sistemas de calidad no son solo para grandes compañías, ya que tratan de como se maneja una empresa, se pueden aplicar a todos los tamaños de empresas y a todos los aspectos de la administración, como mercadeo, ventas y finanzas, así como el negocio básico.

Las normas sobre calidad no se deben confundir con las normas sobre productos. La mayoría de organizaciones, para las cuales los conceptos de sistemas de calidad y en particular la serie ISO 9000 son nuevos, confunden la calidad del producto con el concepto de administración de la calidad. El uso de normas sobre productos, normas sobre sistemas de calidad y aproximaciones al mejoramiento de la calidad, es un medio para aumentar la satisfacción del cliente y la competitividad de la empresa y no se excluyen uno del otro.

Un Sistema de Calidad incluye todas aquellas actividades que están relacionadas directa o indirectamente con el desarrollo de un producto o la prestación de un servicio y que en un momento dado pueden afectar su Calidad.

Estas actividades comprenden desde las actividades más simples como la atención que se le brinda al cliente cuando llega a la empresa en busca de satisfacer una necesidad mediante un producto o la prestación de un servicio hasta las más complejas como las que incluyen la logística y el desarrollo de este.

Con la implementación de un Sistema de Calidad se pueden prevenir todos los errores que se pueden llegar a presentar durante el desarrollo de dichas actividades disminuyendo así las pérdidas económicas que vienen acompañadas de estos

## **2.2 NORMA ISO 9001:2000**

La Norma ISO 9001 especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad que pueden utilizarse para su aplicación interna por las organizaciones, para certificación o con fines contractuales. Se centra en la eficacia del sistema de gestión de la calidad para dar cumplimiento a los requisitos del cliente.

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

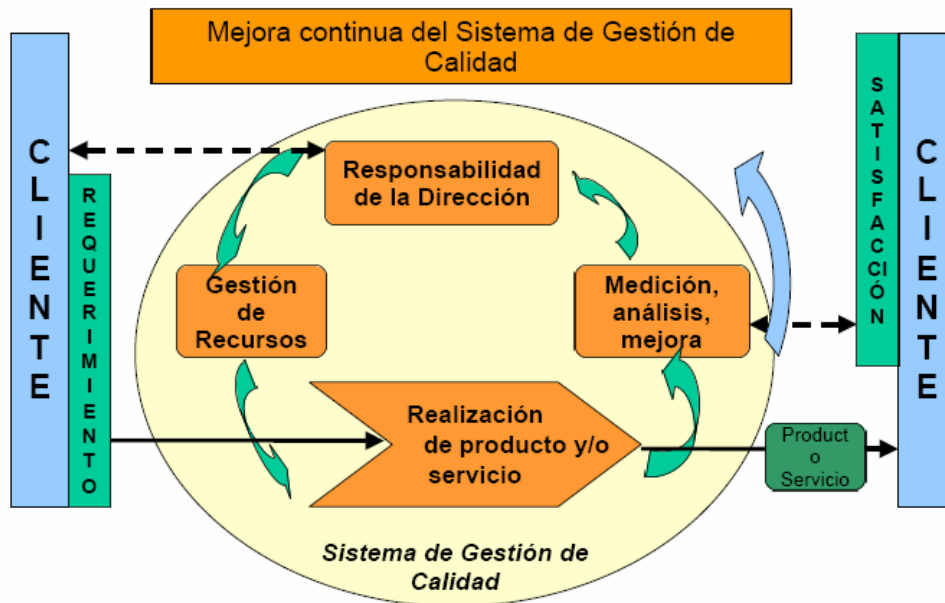
La aplicación de un sistema de procesos dentro de la organización, junto con la identificación e interacciones de estos procesos, así como su gestión, puede denominarse como "enfoque basado en procesos".

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

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

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

La Norma ISO 9001 promueve, como se puede apreciar en la figura 1 Sistemas de administración de la Calidad, la adopción de un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, implementa y mejora la eficacia de un Sistema de Gestión de Calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de los requisitos.



**Figura 1.** Sistema de Gestión de Calidad basado en procesos

### 2.3 NORMA ISO 9004:2000

Esta Norma Internacional proporciona recomendaciones a las organizaciones sobre los sistemas de gestión de la calidad, incluyendo los procesos para la mejora continua que contribuyen a la satisfacción de los clientes de una organización y de otras partes interesadas. Las recomendaciones en esta Norma Internacional son genéricas y aplicables a todas las organizaciones, independientemente de su tipo, tamaño y del producto que proveen.

Está basada en los mismos principios de gestión de la calidad de la Norma ISO 9001.

Está basada sobre los principios de la gestión de la calidad que proporcionan una comprensión de la gestión de la calidad y su aplicación para incrementar las prestaciones de una organización.

Esta Norma Internacional no es una guía para implementar la norma ISO 9001, y no está pensada para su utilización con fines de certificación, legales o contractuales. Pero por otro lado describe métodos y practicas que clarifican el alcance de muchos de los requisitos indicados en la misma.

## **2.4 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD DE ATENCION EN SALUD - SOGCS**

### **2.4.1 DEFINICIONES**

**ATENCIÓN DE SALUD.** Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

**AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD.** Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD.** Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

**CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA.** Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud

**EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS. -EAPB-** Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

**PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.** Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. Para los efectos del presente Decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

**PROFESIONAL INDEPENDIENTE.** Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

**SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - SOGCS-.** Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

**UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD.** Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Los estándares de calidad propuestos por esta Unidad se considerarán recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales podrán ser adoptados mediante acto administrativo por el Ministerio de la Protección Social, en cuyo caso tendrán el grado de obligatoriedad que éste defina.

## 2.4.2 CARACTERÍSTICAS DEL SOGCS

Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

**1. Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**2. Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

**3. Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

**4. Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

**5. Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

**2.4.3 COMPONENTES DEL SOGCS.** Tendrá como componentes los siguientes:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema Único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

**Sistema único de habilitación**

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

**La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.**

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

**El Sistema Único de Acreditación.**

Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de auto evaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

## **El Sistema de Información para la Calidad**

El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los

Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

### **2.4.4 ENTIDADES RESPONSABLES DEL FUNCIONAMIENTO DEL SOGCS.**

Las siguientes, son las entidades responsables del funcionamiento del SOGCS:

**1. Ministerio de la Protección Social.** Desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación necesaria para la aplicación del decreto 1011, velará por su permanente actualización y por su aplicación para el beneficio de los usuarios, prestará asistencia técnica a los integrantes del Sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades y emitirá concepto en aspectos técnicos cuando lo soliciten las Entidades Territoriales y los prestadores de servicios de salud siempre que el Ministerio lo considere pertinente.

También corresponde al Ministerio de la Protección Social velar por el establecimiento y mantenimiento de la compatibilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud con otros Sistemas de Gestión de Calidad.

**2. Superintendencia Nacional de Salud.** Ejercerá las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del SOGCS y aplicará las sanciones en el ámbito de su competencia.

**3. Entidades Departamentales y Distritales de Salud.** En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus

respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el decreto 1011 y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, divulgar las disposiciones contenidas en esta norma y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.

**4. Entidades Municipales de Salud.** En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

**Tabla 1.** Comparación entre los principios de calidad definidos por la NTC ISO 9001:2000 y el SOGCS.

PRINCIPIOS	NTC ISO 9001:2000	SOGCS
<b>Enfoque al cliente</b>	Comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes para satisfacer sus requisitos y esforzarse por exceder sus expectativas	Las acciones que desarrolla el SOGCS se orienta a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario. Para efectos de mejorar y evaluar la calidad de atención en salud, el SOGCS debe cumplir con características de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.
<b>Liderazgo</b>	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 pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.	Involucramiento de los lideres de cada entidad del SOGCS será factor clave de éxito para avanzar en los compromisos definidos en las políticas y objetivos.
<b>Participación</b>	El personal de 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.	En el desarrollo e implementación del SOGCS participaran de manera activa todo el personal de la EAPB y las entidades y las entidades responsables del funcionamiento del SOGCS

<p><b>Enfoque basado en procesos</b></p>	<p>Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso</p>	<p>La priorización de procesos busca concentrar los esfuerzos en aquellos aspectos donde el cambio de las condiciones existentes tenga como consecuencia un mayor beneficio, generando un espacio de conocimiento, discusión y participación, y deberá realizarse con base en aquellos problemas de calidad que impactan con mayor fuerza la calidad de la atención en los usuarios.</p>
<p><b>Enfoque de sistema para la gestión</b></p>	<p>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.</p>	<p>formalización, documentación e implementación de los procesos con el objetivo de lograr los resultados esperados, de tal manera que se cumpla o alcance las metas señaladas.</p>
<p><b>Mejora continua</b></p>	<p>La mejora continua del desempeño global de una organización debe ser un objetivo permanente de ésta.</p>	<p>el enfoque del Mejoramiento Continuo es el ciclo de mejoramiento o PHVA. En este método gerencial básico se fundamenta el modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud.</p>
<p><b>Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones</b></p>	<p>Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.</p>	<p>Las acciones de inspección, vigilancia y control del contenido, calidad y reporte de la información que conforma el Sistema de Información para la Calidad, permite la toma de decisiones para el mejoramiento continuo.</p>

### 3. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA

#### 3.1 IDENTIFICACION DE LA EMPRESA

**COMPARTA EPS-S** es una empresa asociativa del sector solidario, por lo tanto, un instrumento integrador y generador de propiedad colectiva; sin ánimo de lucro, entonces, de interés social y con propósito de servicio que propende en sus diferentes manifestaciones por el fortalecimiento y consolidación de escenarios de participación y democracia, concebida en el espíritu social de la Constitución y la Ley 100 de 1993 con el objetivo general estatutario de la Administración del régimen subsidiado en salud; para cuya implementación funcional se definen tres ejes temáticos principales: **1. Comunidad**, como componente básico del Modelo organizacional y elemento central de sus propios procesos de desarrollo, su dimensión la promueve desde el ejercicio de la vigilancia, inspección, control y dirección de la empresa y el sistema a través de los beneficiario socios y diferentes comités, hasta la construcción de un orden social, más consensual y más inclusiva de nuevos actores sociales, como factor de legitimación de un nuevo modelo de Estado-Comunidad. **2. Participación**, como principio rector de la empresa Solidaria con responsabilidad en la implementación de políticas sociales del Estado; y factor integrador de administradora, prestador y beneficiario del régimen Subsidiado que dinamiza la evaluación de una relación cada vez menos compleja y con mayores márgenes de utilidad, como concreción de este escenario de participación se proponen tres tipos de socios cooperados: **a. Los Beneficiarios** de la Salud Subsidiada; como asociados naturales y expresión concreta de participación de la base comunitaria. Como tal, corresponde a estos, promover formación cooperativa, liderar modelos empresariales de protección social; dirigir e integrar los Órganos Directivos de la empresa solidaria y vigilar el desempeño del sistema en general. **b. Las instituciones Prestadoras de servicios públicos y privados** sin ánimo de lucro; como instituciones sociales con el más alto reconocimiento popular e identidad del Estado en el ámbito regional y local en la estructura del sector salud con el modelo pasado; requieren ahora espacios de participación técnica que incida

en la aplicación eficiente y pertinente de los recursos disponibles, creando esquemas de publicidad como principio regulador de las operaciones del sistema y como generador de transparencia en administradoras y prestadores, como insumos básicos de construcción de la confianza social y **C. Los Funcionarios de la Empresa**, como responsables de la ejecución de los objetivos corporativos, trascienden sus actos individuales para asumir como colectivo grandes propósitos con sentido de pertinencia, puntal presente en el desarrollo histórico de la organización. **3. Transparencia Administrativa:** Necesario es aquí, poner de manifiesto, que por la naturaleza pública de los recursos dispuestos para la Salud Subsidiada; se asume como objetivo de un administración transparente, la gestión de la calidad como instrumento que garantiza el permanente compromiso en el progreso continuo de los niveles de eficiencia y eficacia, de la claridad en la publicidad de las operaciones económicas; de la gestión para disminuir la morosidad en el flujo de recursos y de información, del rigor en el reconocimiento de los derechos del beneficiario y en el aseguramiento de la mayor rentabilidad financiera y social de la Solidaria. En consecuencia la instrumentalización tanto de la regulación institucional como de sus ejes temáticos y fundamentalmente de su objeto estatutario implica en COMPARTA escenarios estándares de dirección administración y participación social que sirven de herramientas para lograr capacidad de respuesta y flexibilidad organizacional en esta empresa **Comunitaria**; altos niveles de eficiencia en su modelo de administración **Participativa** e implementación de indicadores que sirven de monitoreo para la verificación de la **Transparencia Administrativa**.

### **3.2 RESEÑA HISTORICA**

Con el objeto de atender el derecho constitucional de la Salud, garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de Promoción, Protección y recuperación a la Salud organizando los servicios en forma descentralizada, con la participación de la comunidad y el aval de los gerentes locales de la Provincia de García Rovira, se conviene desarrollar una empresa Solidaria de Salud, que permita crear un nuevo modelo de desarrollo económico y social y

que cuente con un reconocimiento constitucional que garantice su existencia y su autonomía, es así como nace **COOPSAGAR** Hoy **COMPARTA EPS-S**, a los 21 días del mes Septiembre de 1995 en el Municipio de Molagavita, Reconocida como Persona Jurídica mediante resolución No. 0576 de Febrero 26 de 1996 del DANCOOP y por Resolución No. 0191 de Febrero 27 de 1996 de la SUPERSALUD

En sus inicios sólo contaba, con afiliados en los Municipios de: Capitanejo, Carcasí, Cerrito, Concepción, Enciso, Guaca, Macaravita, Molagavita, San Andrés, San José de Miranda, San Miguel Y Málaga, de la provincia de García Rovira, posteriormente abrió mercados hacia Costa Atlántica y Centro Oriente del País.

La experiencia Solidaria de **COOPSAGAR** hoy **COMPARTA EPS-S**, esta sustentada por los conceptos Cooperativos y el crecimiento sostenido de sus resultados sociales y económicos desde su nacimiento y la conforman un grupo de personas, regidas por unidad de criterio, manejo y dirección que responden con eficiencia a las necesidades de los afiliados y asociados, lo que permitió que LA SUPERSALUD ante el cumplimiento de los requisitos del decreto 1804 de 1999, como el equilibrio fiscal y administrativo y el adecuado flujo de los recursos hacia las instituciones prestadoras de servicios, confirmara nuevamente la autorización para Administrar el Régimen Subsidiado, según Resolución No. 0471 de Marzo 26 de 2001.

Con las condiciones dadas Y con la visión de desarrollar una entidad de Cobertura Nacional, se cambio la razón Social, para que recogiera los tres ejes temáticos Principales: Comunidad, Participación y Transparencia Administrativa, "**COMPARTA EPS-S**" de cara al nuevo Milenio.

### **3.3 MISION**

Somos una empresa solidaria, administradora del régimen subsidiado creada para garantizar la accesibilidad a nuestros servicios con altos niveles de calidad y eficiencia enfocados a la prevención y manejo del riesgo en salud.

### **3.4 VISION**

Lograr en el 2015 ser modelo de administración en seguridad social, líderes en solidaridad, participación y eficiencia como principios de nuestra organización, consolidados a nivel nacional siendo protagonistas del desarrollo integral de un estado comunitario.

### **3.5 ESTRUCTURA ORGANICA**

El modelo organizacional corresponde al plan estratégico de adoptar mecanismos eficientes para alcanzar los objetivos específicos de idoneidad operativa y capacidad de desarrollar su objetivo social y contractual con referentes de garantía de la calidad en los diferentes niveles de relación y áreas de operación.

En este sentido, se genera la estructura orgánica administrativa en tres niveles operativos y dos áreas funcionales, cada uno con relaciones de responsabilidad específicas, frente a los diferentes componentes del sistema; los niveles operativos corresponden a consideraciones de geodistribución y de atributos administrativo-operacionales, con integración verticalizada, unidad de gestión y planeamiento; los niveles implican descentralización, por tanto concreción de funciones y procesos implicados en las áreas funcionales; con resultados medibles en referencia a estándares establecidos sobre la necesidad de verificar grados de cumplimiento y de calidad de los productos y servicios de la empresa.

El primer nivel operativo es el Nacional, con domicilio estatutario en Málaga y contractual en la ciudad de Bucaramanga, su responsabilidad se asume con el apoyo Técnico – Administrativo de la organización corporativa. En esta instancia se interpreta la vocación cooperativa y su direccionamiento social, como fuente para la rectoría y contraloría del ejercicio operacional de la empresa.

El segundo nivel, toca con la estructura Regional, y corresponde a esta, la dirección operativa general de las obligaciones contractuales, con responsabilidad legal delegada para los efectos de su competencia en la gerencia regional; las dos áreas funcionales: Administración Financiera y Área Técnico–Científica tienen en este nivel la expresión máxima de responsabilidad, cada una con soporte en coordinaciones estratégicas en los diversos vectores de la operación; así, el área administración financiera se soporta en la coordinación Administrativa, la Financiera y el área Técnico – Científica se soporta en la coordinación y gestión de Aseguramiento y sistemas de Información; gestores en salud; PYP y programas especiales, SIAU y Servicios.

A este nivel corresponden tres regionales: Una con sede en Bucaramanga e implica los departamentos de Arauca, Cesar, Norte de Santander y Santander; otra con sede en Bogotá, con los departamentos de Boyacá, Cundinamarca, Choco, Huíla, Tolíma y Meta, y la otra con sede en Barranquilla e implica los distritos de Barranquilla, Cartagena, Santa Marta, y los de Departamentos de la Atlántico, Bolívar, Córdoba, Guajira, Magdalena y Sucre.

La distribución territorial de las regiones no necesariamente coincide con la regionalización de gobierno, obedece mas a las ventajas de organización operativa, sin embargo la información de resultados se estructura por departamento y por contratos; de manera que se pueden generar datos de conformidad con las estructuras institucionales.

Una vez definidos los conceptos generales de la administración del régimen subsidiado y comprendido las funciones y competencias del nivel regional, es necesario precisar la responsabilidad central del Nivel Departamental. A este nivel corresponde el segmento mas critico de las relaciones en el sistema; por una parte se establece los contratos de administración con los entes territoriales y por tanto, compete allí todos los procesos implícitos en los contenidos de mercadeo y posterior aseguramiento; implica consecuentemente la soportación de los procesos de inventario y auditoria del aseguramiento y formalización contractual como premisas para la gestión financiera en cartera y flujo de recursos.

Por otro lado, compete a este nivel la constitución de la red de los primeros niveles de atención con instituciones cuyas características organizacionales les hacen rígidas frente a esquemas y modelos de atención con escenarios de participación comunitaria. Por ultimo, es desde el Departamento como instancia operativa donde se concretiza la participación comunitaria y sus variables de demanda en el concepto de usuario como centro de la estructura de servicios.

Queda pues en el nivel tres de operación-Nivel Departamental, las relaciones externas mas importantes en la línea de la administración del aseguramiento en salud; por eso, y en esa razón se fundamenta la política de descentralización colocando capacidad de resolución y relación en las gerencias y equipos departamentales.

### **Nivel Nacional**

La dirección general de Comparta por su naturaleza solidaria se define en el marco de la legislación cooperativa, con instancias de base y órganos de dirección y control; compuestos por la asamblea general de asociados como expresión máxima de autoridad, el consejo de administración y la junta de vigilancia, en la dirección y control del ejercicio cooperativo; la revisoría fiscal delegada para verificar y dictaminar con rigor estatutario el manejo administrativo y financiero de la entidad. La gerencia asume la representación y la dirección ejecutiva junto con la estructura definida para apoyar el desempeño administrativo y de negocio de la empresa. Su estructura se propone así:

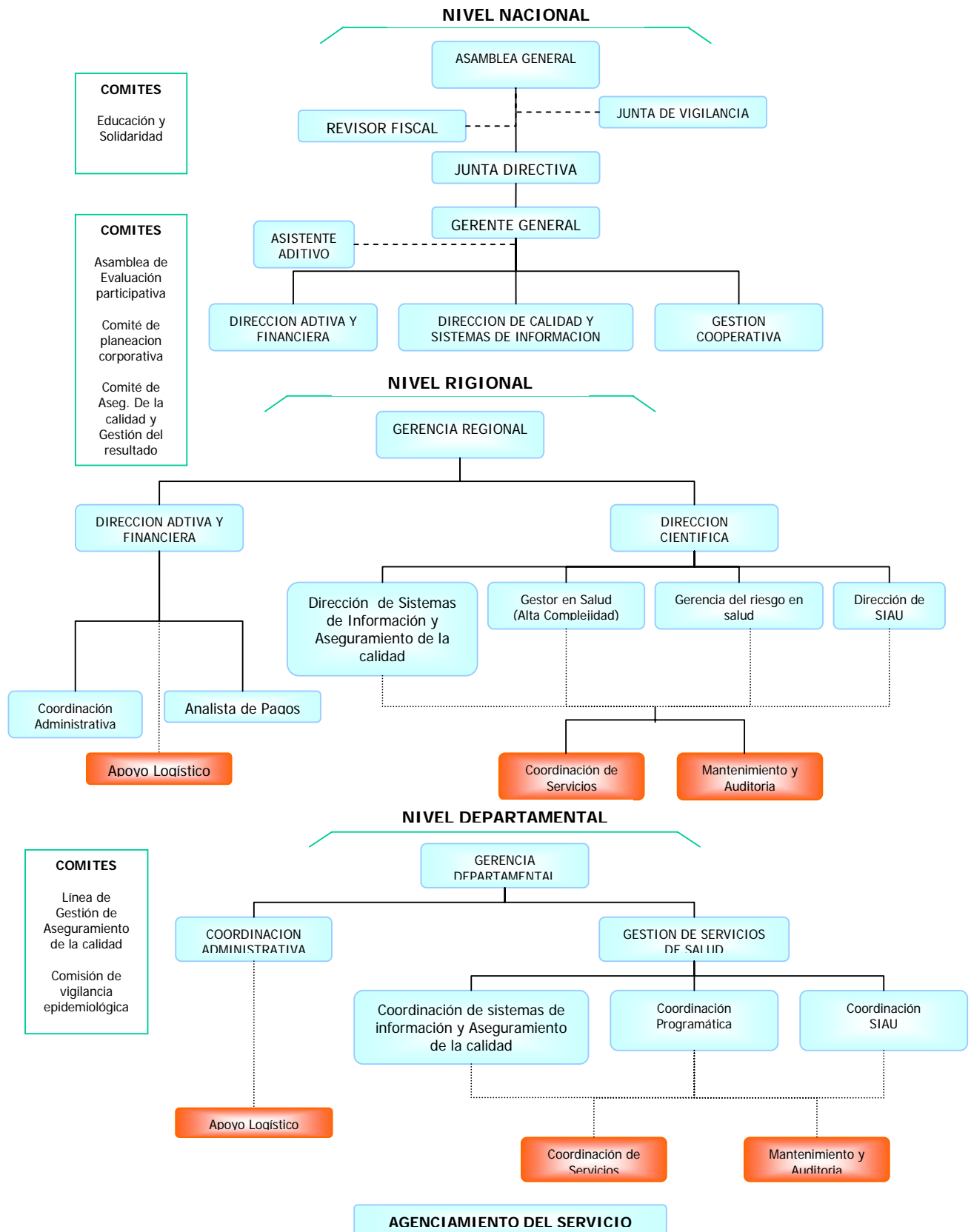


Figura 2. Estructura Orgánica

### **3.6 PROCESOS QUE SE LLEVAN A CABO EN COMPARTA EPS-S**

#### **AFILIACION Y ASEGURAMIENTO**

##### **DEFINICION**

Por ser éste, el primer eslabón tiene alta incidencia en los elementos de iniciación de la operación del negocio. Por tanto, se debe documentar la evaluación de los insumos externos en las diferentes variables que determinan las condiciones del entorno. De otro lado, asume este eslabón fundamental importancia, en cuanto que crea y ofrece los primeros insumos en la gestión del Aseguramiento del Régimen Subsidiado; suministrando Información confiable (veraz), y suficiente, de conformidad al requerimiento institucional y de programas en el proceso.

##### **LINEA BASE DE AFILIACION Y ASEGURAMIENTO**

- 1. AFILIACION Y MANTENIMIENTO:** Es el procedimiento de inclusión de beneficiarios al Sistema General de Salud mediante la afiliación a la base de datos del municipio, actualización y novedades. Es un mecanismo que permite consolidar información del entorno (Mercado R.S) y los clientes (grupos etéreos, ubicación geográfica etc.). Se operativiza a través del procedimiento de Inscripción y Registro poblacional, y Aval y Consolidación de Base de Datos.
- 2. CONTRATACION:** Es el procedimiento que involucra la suscripción de contratos administrativos entre la EPS-S y el Ente Territorial, su legalización y gestión, implica el nacimiento del negocio, dado que genera la relación legal que contiene todos los elementos de la operación.
- 3. CARNETIZACION:** Es el mecanismo mediante el cual se realizan actividades de selección de proveedor de carnets evaluando costo-beneficio, eficiencia y oportuna entrega de los mismos. Se realiza un

4. registro de entrega de carnets a la población beneficiaria. Los carnets deben ser entregados en los primeros 30 días de ejecución del contrato como cumplimiento de esta disposición y afín de garantizar la accesibilidad inmediata del beneficiario a los servicios por éste requeridos; el proceso de carnetización termina con un reporte cierto y oportuno a la instancia de vigilancia inspección y control del sistema.

## **CONFORMACIÓN DE RED**

### **DEFINICION**

Este proceso identifica la población asegurada y los recursos disponibles para cada nivel de atención y de servicio, define unas metas mediante programación y condiciones de accesibilidad; identifica la capacidad de resolución y disponibilidad de los oferentes en los servicios POS-s por nivel; de otra parte, considera los determinantes legales, de características de población y de entorno; selecciona y contrata la IPS u objeto de garantizar a los beneficiarios los servicios del POS-s con todos los criterios de calidad y en los principios del sistema, define además, todas las condiciones de relación contractual.

### **LINEA BASE DEL PROCESO DE CONFORMACION DE RED PRESTADORA**

La línea base del proceso de conformación de la red prestadora se construye considerando las imperfecciones del mercado de los servicios de salud; a partir de insumos que integran el propósito de asegurar el riesgo financiero y el riesgo en salud y buscando proveedores que ofrezcan garantía en la atención al beneficiario.

Se define así, sobre esta línea 3 procesos consecutivos:

1. **CONDICIONANTES Y NECESIDADES:** Se identifican condiciones legales relativas al mercado (porcentaje de contratación mínima con la red pública); Esquema institucional de enfoque y programas específicos, políticas de mercado de servicios en el nivel territorial; Propositiones y sugerencias de

los usuarios, características epidemiológicas, demográficas, culturales y de ubicación geográfica.

2. **SELECCIÓN DE PRESTADORES:** definidas condiciones y recursos; se evalúa aquí, los criterios de calidad como la capacidad de resolución, disponibilidad, características de oferta y flexibilidad a los requerimientos de la ARS.
3. **CONTRATACIÓN CON PRESTADORES:** Se formaliza la relación contractual en el que se definen el nivel de complejidad, los servicios ofertados, los costos, la modalidad, los criterios de calidad, la implementación de los principios del sistema, esquemas y términos de facturación, auditorias y pagos.

## **AGENCIAMIENTO DEL SERVICIO**

### **DEFINICION**

Se intenta en este eslabón de negocio que la empresa controle la demanda de servicios de salud hasta un punto racional y eficiente en el sentido económico, sin embargo, implica que garantice aspectos muy importantes como la accesibilidad efectiva; la calidad y la pertinencia de los servicios demandados. Es importante también en esta función definir los esquemas necesarios para canalizar las quejas y los reclamos de los usuarios; como también, la promoción, recepción, adecuación correspondiente e implementación de toda manifestación de participación social de la comunidad beneficiaria. Se debe garantizar en esta instancia un sistema de información que además de mostrar datos para el manejo del riesgo financiero, llegue hasta la información sobre morbilidad, acciones preventivas; participación social y satisfacción del usuario.

### **LINEA BASE DE AGENCIAMIENTO DEL SERVICIO**

Los procesos de la línea base del agenciamiento del servicio se desarrollan en forma independiente una vez se identifica la necesidad del usuario y se

canalice hacia el proceso de resolución adecuada. La estructura de la línea se presenta a continuación:

- 5. CANALIZACION DEL USUARIO:** Al tener el primer contacto el beneficiario y el funcionario recibe la necesidad del cliente y actúa en el procedimiento que corresponda.
- 6. MANTENIMIENTO DEL USUARIO:** En este proceso se atienden actividades generales de mantenimiento al usuario como información general, solicitud de carnets o su duplicado, novedades, cobertura en el servicio, posiciones de mejoramiento del servicio etc.
- 7. SISTEMA INTEGRAL DE ATENCION AL USUARIO:** Este proceso esta normalizado y el resultado debe ser reportado al ente territorial, un registro adecuado de las estadísticas de ocurrencia permite la retroalimentación en puntos susceptibles de mejoramiento en los servicios demandantes. Además se define un procedimiento que permita la proposición de los usuarios hacia el mejoramiento de la calidad de la atención y de los servicios y la interacción en el mismo fin de todos los actores del sistema.
- 8. AUTORIZACION DE SERVICIOS:** Es fundamental un estricto control y registro sobre los servicios documentados, especialmente en niveles de mayor complejidad, en la red de servicios preestablecida; el sistema de información del aseguramiento financiero y el manejo del riesgo en salud tiene su origen en este proceso.

## **MANTENIMIENTO Y AUDITORIA DE RED PRESTADORA**

### **DEFINICION**

Eslabón fundamental en la consecución de uno de los objetivos primordiales de la EPS-S, como es garantizar la prestación de los servicios con calidad a los usuarios, por esta razón asume gran importancia la estandarización de procesos, el manejo de los sistemas de información que faciliten la evaluación

de los resultados y de su impacto. Por otra parte este eslabón genera los datos estadísticos, epidemiológicos, de costos confiables que permiten orientar el funcionamiento de la cadena.

## **LINEA BASE DE MANTENIMIENTO Y AUDITORIA DE RED PRESTADORA**

**9. RECEPCION Y RADICACION DE CUENTAS:** Contempla los términos, oportunidad de operación contractual en información de sus procesos de atención, costos , planes y programas

**10. AUDITORIA DE COSTOS:** Evaluar los procesos de atención de acuerdo a lo establecido contractualmente, al conocimiento técnico y a la normatividad vigente definiendo costos por servicios y por nivel de atención en consideración al cumplimiento de metas, volúmenes y pertinencia.

**11. AUDITORIA DE CALIDAD:** Registra las características del servicio de manera estadística en el marco de los criterios de calidad establecidos en la relación contractual, tomando decisiones que permitan mejorar las áreas donde existan falencias a través de planes y programas

## **ANALISIS DE SINIESTRALIDAD Y CONTROL DEL RIESGO**

### **DEFINICION**

En este eslabón del negocio la empresa debe conocer estadística de las enfermedades de alto costo y su incidencia en los indicadores con respecto a patología y costos que faciliten la formulación de planes y programas que permitan controlar el riesgo.

## **LINEA BASE DEL ANALISIS DE SINISTRALIDAD Y CONTROL DEL RIESGO**

**12. ANALISIS DE SINISTRALIDAD:** Estudiar y evaluar las incidencias de enfermedades catastróficas, presentadas en estadísticas de variables establecidas para el seguimiento de la siniestralidad

**13. COSTOS:** Determinar el gasto que generan las enfermedades de alto costo, teniendo en cuenta el valor asegurado, el valor pagado a las aseguradoras y la influencia de este en la UPC.

**14. CONTROL DEL RIESGO:** Con base en el análisis de siniestralidad, se formulan y generan estrategias, programas o planes que actúen en los condicionantes considerados factor de alto riesgo para la aparición de nuevos casos, de acuerdo a criterios científicos, en el enfoque de un sistema preventivo que garantice el control del riesgo.

## **4. MARCO METODOLÓGICO**

### **4.1 ETAPA DE DIAGNOSTICO**

Una primera etapa en el proceso de diseño, documentación e implementación del sistema de gestión de la calidad según la norma NTC ISO 9001:2000 en COMPARTA EPS-S. Consistió en la realización de un diagnóstico inicial, que permita identificar el nivel actual de cumplimiento de la empresa, respecto a los requisitos exigidos por la norma anteriormente mencionada. Este diagnóstico se llevo a cabo mediante el desarrollo de una auditoria previa a cargo del autor del proyecto y el asesor de calidad de la empresa.

El diagnóstico del cumplimiento de la empresa con respecto a los requisitos de la norma, represento un punto de partida muy importante para el diseño e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad. Este nos permitió conocer el estado de la documentación existente y la requerida para una operación eficaz de los procesos, así como tomar acciones con miras a lograr el total cumplimiento de los requisitos establecidos por la Norma ISO 9001:2000.

#### **4.1.1 Metodología**

Durante los primeros días de trabajo el Coordinador de Calidad y el Asesor contratado por la empresa se dedicaron a conocer las actividades que realizaba la empresa, con el fin de familiarizarse con la razón de ser de la organización y conocer la forma en que llevaban a cabo sus procesos.

Una vez conocida la empresa y con la información suministrada por la Dirección y el personal de COMPARTA, se procede a realizar el diagnóstico, el cual fue desarrollado por el Coordinador de Calidad en compañía del Gerente y el Asesor de Calidad, mediante una evaluación, en la cual se fueron formulando preguntas que corroboraban el cumplimiento de cada uno de los ítems de la Norma.

El objetivo del diagnóstico era conocer el estado de la empresa para poder realizar la planificación de las actividades que llevarían a la implementación del Sistema de Gestión de Calidad y conocer cuales eran los puntos débiles que tenía la empresa y en los cuales se debía hacer mayor énfasis.

#### 4.1.2 Diseño de la Evaluación diagnóstica

La evaluación de diagnóstico fue realizada mediante preguntas, tomando cada uno de los requisitos exigidos por la Norma ISO 9001:2000, los cuales fueron agrupados de la siguiente manera:

4. Requisitos de la Documentación.
5. Responsabilidad de la Dirección.
6. Gestión de los Recursos.
7. Realización del Producto
8. Seguimiento, Medición, Análisis y Mejora.

Para la valoración del diagnóstico fueron tomados los siguientes criterios de evaluación:

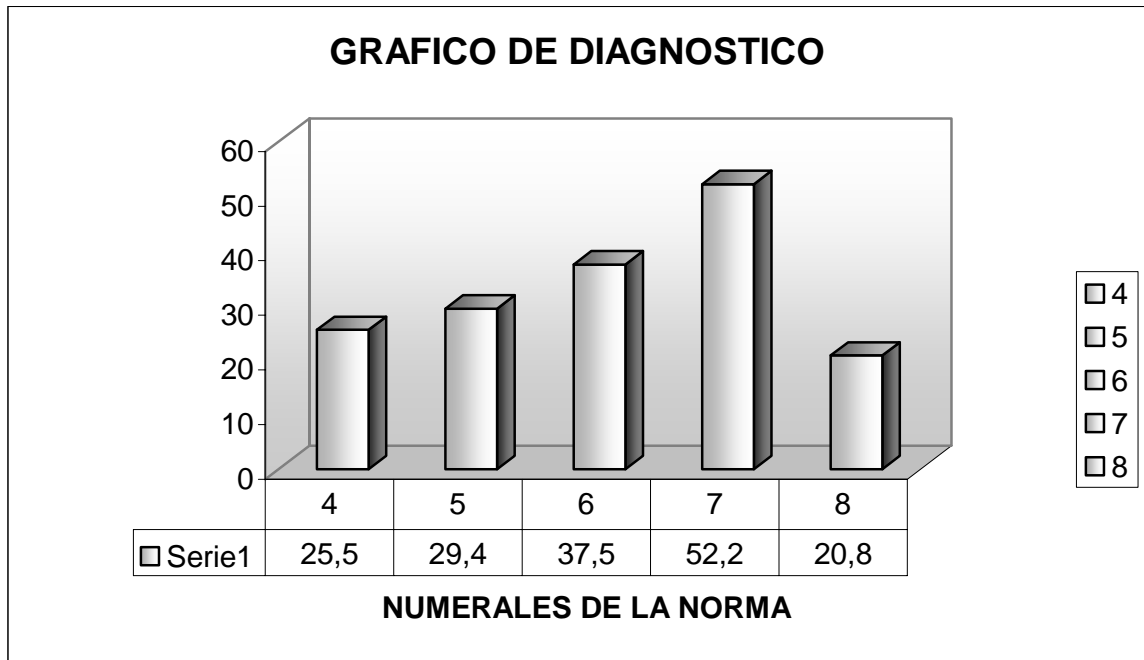
CRITERIO	CRITERIOS DE EVALUACION
1	No se encuentra definido en la empresa
2	Se encuentra definido pero no esta documentado
3	Se encuentra definido y documentado pero no lo han implementado
4	Se encuentra definido, documentado e implementado en la empresa
5	Se han realizado auditorias internas al proceso y se encontraron no conformidades
6	No se muestran no conformidades

**Tabla 2.** Criterios de evaluación

#### 4.1.3 Realización de la Evaluación Diagnóstica

La Evaluación Diagnóstica fue realizada por el Coordinador de Calidad, el Gerente de la organización y el Asesor de Calidad, valorando con la mayor sinceridad posible, cada una de las preguntas enunciadas. Ver Anexo 1 (Evaluación Diagnostica)

#### 4.1.4 Resultados de la Evaluación diagnóstica



**Figura 3.** Resultado de la evaluación diagnóstica

#### 4.1.5 Conclusiones de la Evaluación Diagnóstica

- La organización tiene identificados los procesos necesarios para el SGC.
- La organización cuenta con la mínima documentación requerida para su operación sin embargo dicha documentación no cuenta con los requisitos exigidos por la norma en cuanto control de documentos.
- No se cuenta con una política y objetivos de calidad en la organización, por esta razón no se lleva a cabo una planificación, medición y seguimiento del sistema de Gestión de Calidad.

- Se evidencia que la organización tiene definidos los procesos necesarios para la prestación del servicio, la falencia encontrada es que no se lleva seguimiento alguno.
- Podemos observar que una de las debilidades más fuertes es que la organización no planifica e implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para asegurarse de la eficacia de sus acciones.
- La organización proporciona todos aquellos recursos necesarios para el desarrollo de sus procesos, pero no están documentados.
- No se llevan registros de la totalidad de actividades realizadas.

## **4.2 PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

Teniendo el resultado del diagnóstico realizado y conociendo el estado de la Empresa en relación a los requisitos exigidos por la Norma ISO 9001:2000 para la Implementación del Sistema de Gestión de Calidad, se procede a realizar la planificación del SGC.

A continuación se menciona una a una las actividades realizadas durante esta etapa.

### **4.2.1 Nombramiento del Representante de la Dirección**

Con el fin de dar cumplimiento al numeral 5.5.2 de la Norma y asumiendo el Compromiso que representa la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad, la Alta Dirección de COMPARTA EPS-S nombró al Doctor Aymer Alvarado, quien actualmente ejerce las funciones de Gestor de servicios, para que asuma la Responsabilidad General del Sistema de Gestión de la Calidad y quien además de las funciones relacionadas con su cargo tendrá funciones

especiales con el Sistema de Gestión de la Calidad, las cuales son mencionadas en la Norma ISO 9001:2000 en el numeral 5.5.2.

#### **4.2.2 Conformación del Comité de Calidad**

La conformación del Comité de Calidad, tiene como función delegar un grupo de personas que trabajarán constantemente en la realización y seguimiento de todas las actividades relacionadas con la Implementación del Sistema de gestión de Calidad.

El Comité de Calidad de COMPARTA EPS-S esta conformado por el personal que desempeña los siguientes cargos:

Gerente Regional

Coordinador de Calidad

Dirección de sistemas de información y aseguramiento de la calidad.

Asesor de calidad

Gestor de servicios y de salud

El funcionamiento de este comité esta regulado por el Reglamento interno del Comité de Calidad. Ver anexo 2.

Normalmente el Comité de Calidad se reúne los miércoles en las horas de la mañana para revisar todas aquellas actividades que fueron desarrolladas, evaluar el desarrollo de las mismas y proponer nuevas actividades.

Cada vez que se realiza reunión del comité de Calidad se elabora un acta en la cual quedan consignados los temas tratados y las actividades propuestas.

#### **4.2.3 Determinación de la Documentación para el SGC**

El Objetivo de documentar los procesos de COMPARTA EPS-S, es estandarizar cada uno de los procesos de la organización, con el fin de establecer una metodología general que permita el desarrollo de cada uno de ellos, determinar las responsabilidades y autoridades, permitir una

comunicación efectiva al interior de la Empresa, de tal manera que cualquier persona competente que pueda tener acceso a estos, pueda llevarlos a cabo

sin ningún inconveniente y el Sistema no dependa de aquellas que normalmente los ejecutan.

Para la determinación de los documentos requeridos en COMPARTA EPS-S se utilizó el criterio de la pirámide que aparece en la Norma ISO 10013:94, en el cual se ubica en el nivel más alto el Manual de Calidad, en el segundo nivel la política y objetivos de calidad, en el tercer nivel instructivos, procedimientos y procesos, en el cuarto nivel los registros de calidad y en el ultimo nivel los documentos de origen externo.



**Figura 4.** Pirámide de documentación

Los tipos de documentos que aplican para el Sistema de Gestión de Calidad de COMPARTA EPS-S son los siguientes:

- **Manual de la calidad:** Documento que especifica el Sistema de Gestión de la Calidad de COMPARTA EPS-S.
- **Documentos:** Información y su medio de soporte.
- **Plan de calidad:** Documento que especifica que procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quien debe aplicarlos y cuando deben aplicarse a un proyecto, proceso, producto o contrato especificado. Describe la secuencia de actividades a ejecutar, los documentos y equipos a utilizar para la verificación del proceso durante la prestación del servicio.
- **Procedimientos:** Forma especificada para llevar a cabo una actividad o proceso. Describe lo que debe hacerse, cuando debe hacerse, quien debe hacerlo y donde se deja evidencia de las actividades realizadas.
- **Instructivos de trabajo:** Documento que describe paso a paso la actividad a desarrollar.
- **Perfil de cargos:** Descripción de las competencias, funciones responsabilidades y autoridades específicas para un determinado cargo.
- **Registros:** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de las actividades realizadas.

A continuación se relacionan los documentos que deben elaborarse con el fin de dar cumplimiento a cada uno de los requisitos de la Norma ISO 9001:2000.

**Tabla 3.** Documentación a elaborar para el SGC.

REQUISITO NORMA ISO 9001:2000	TIPO DE DOCUMENTO	RESPONSABLE DE LA ELABORACION
Identificar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización, determinación de su secuencia e interacción, los criterios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapa de Procesos</li> <li>• Caracterización de Procesos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité de Calidad</li> <li>• Coordinador de Calidad y Responsable de cada proceso</li> </ul>
Documentos necesitados por la organización para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.	Procedimientos de procesos	Coordinador de Calidad y Responsable de cada proceso.
Documentar un procedimiento que defina los controles necesarios aprobar, revisar, actualizar, controlar los documentos de origen interno y externo.	Procedimiento control de documentos	Coordinador de Calidad
Documentar un procedimiento que defina los controles necesarios para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros.	Procedimiento control de registros	Coordinador de Calidad
Definir las responsabilidades y autoridades están definidas y comunicarlas dentro de la organización.	Manual de Funciones y Responsabilidades	Gerente Coordinador de Calidad Gestión Humana
Designar un miembro de la dirección con responsabilidad y autoridad para apoyar la implementación del SGC.	Acta de Nombramiento del Representante de la Dirección.	Comité de Calidad
Revisar el sistema de gestión de la calidad por parte de la dirección, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas.	Procedimiento y Acta de revisión	Coordinador de Calidad
Determinar la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan a la calidad del producto	Procedimiento para la Gestión del recurso humano y Registros (hojas de vida)	Gerente Coordinador de Calidad Comité de Calidad Gestión Humana
Proporcionar formación o tomar otras acciones para satisfacer estas necesidades y evaluar la eficacia de las acciones tomadas.		
Asegurarse de que el personal es	Evaluación de	Coordinadores de

consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad	desempeño	departamento. Coordinador de Calidad.
Gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa de Salud ocupacional</li> <li>• Panorama de Factores de Riesgo</li> <li>• Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial</li> <li>• Actas de Conformación del COPASO.</li> </ul>	Coordinador de Calidad
Asegurarse de que el producto adquirido cumple los requisitos de compra especificados. Evaluar y seleccionar los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con los requisitos de la organización. Establecerse los criterios para la selección, la evaluación y la re-evaluación. Verificar los productos comprados.	Procedimiento de evaluación, selección y reevaluación de proveedores Registros	Comité de Calidad Coordinador de Calidad
Control de la producción y prestación del servicio	Procedimientos, instructivos y Registros para cada proceso	Coordinador de Calidad Responsable de cada proceso
Realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización.	Procedimiento satisfacción al cliente Registros	Coordinador de Calidad
Documentar un procedimiento que defina las responsabilidades y requisitos para la planificación y la realización de auditorías, para informar de los resultados y para mantener los registros.	Procedimiento para la realización de Auditorías Registros	Coordinador de Calidad Comité de Calidad
Realizar el seguimiento y la medición de los procesos para demostrar la capacidad de alcanzar los resultados planificados.	Registro del cálculo de los indicadores de Gestión	Responsable de cada proceso Coordinador de Calidad
Documentar un procedimiento donde se establezcan los controles, las	Procedimiento producto no	Comité de Calidad Coordinador de

responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto no conforme.	conforme Registro	Calidad
Documentar un procedimiento donde se establezcan los controles para revisar las no conformidades, determinar sus causas, evaluar la necesidad de adoptar acciones e implementarlas para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir y registrar los resultados de las acciones tomados.	Procedimiento acción correctiva Registro	Comité de Calidad Coordinador de Calidad
Documentar un procedimiento donde se establezcan los controles para determinar las no conformidades potenciales y sus causas, evaluar la necesidad de adoptar acciones e implementarlas para prevenir que las no conformidades no vuelvan a ocurrir y registrar los resultados de las acciones tomados	Procedimiento acción preventiva Registro	Comité de Calidad Coordinador de Calidad

#### 4.2.4 Diseño del Sistema de Gestión de la Calidad

Después de haber determinado los documentos que se debían elaborar para dar cumplimiento a los requisitos de la Norma ISO 9001:2000, se inicio con el apoyo del Comité de Calidad, la etapa de diseño del Sistema.

Se inició con la documentación de la Política de Calidad, los Objetivos de Calidad el Mapa de procesos, caracterizaciones y los documentos necesarios para cada proceso, elaborando finalmente el Manual de Calidad.

Para la elaboración de cada uno de los documentos del Sistema se siguió la siguiente metodología:

- a. Definir la autoridad y responsabilidad para la elaboración de la documentación a cada nivel.
- b. Redacción de cada uno de los documentos con el apoyo del Coordinador de Calidad.
- c. Presentarlos al Comité de Calidad para su revisión.

- d. Aprobación de cada uno de los documentos por parte del Comité de Calidad.
- e. Identificación de los documentos de acuerdo a los parámetros establecidos por la organización.
- f. Distribución de los documentos al personal que requiere hacer uso de ellos, mediante la identificación de copias controladas y no controladas.
- g. Implementación al personal, con el fin explicar la metodología para cada proceso y el uso de los documentos y registros creados.

La implementación del Sistema de Gestión de la Calidad se hizo siguiendo la metodología descrita por el ciclo PHVA de William Edwards Deming:

**Planear:**

Una vez realizada la etapa de diagnóstico, con los resultados arrojados por la encuesta desarrollada y teniendo en cuenta las prioridades en la elaboración de los documentos y los tipos de documentos a elaborar, se realizó la planeación de la elaboración de la documentación e implementación de los mismos con el fin de dar cumplimiento a cada uno de los requisitos establecidos en la Norma,

**Hacer:**

El Coordinador de Calidad, fue el encargado de Coordinar cada una de las actividades desarrolladas en la implementación del SGC y a su vez se reunió con cada uno de los responsables de cada documento para llevar a cabo su elaboración. Finalmente el Coordinador de Calidad llevara a cabo la implementación de cada uno de ellos al personal de COMPARTA EPS-S.

**Verificar:**

La verificación fue realizada a través de seguimiento en las reuniones del Comité de Calidad, las auditorías internas realizadas al final del proceso de implementación y través de los resultados arrojados por los indicadores de gestión de cada proceso.

**Actuar:**

En las reuniones del Comité de Calidad, se evaluaba el cumplimiento de los requisitos establecidos por la norma y ante los incumplimientos presentados se implementaron acciones con el fin de alcanzar las metas propuestas. La realización de las auditorías internas llevó al levantamiento de acciones correctivas y preventivas con el fin eliminar las no conformidades reales y potenciales, las cuales llevaron a la mejora continua de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad.

**4.2.5 Elaboración de la Documentación**

**4.2.5.1 Elaboración del Mapa de Procesos**



Figura 5. Mapa de Procesos

**4.2.5.2 Caracterización de Procesos**

El Coordinador de Calidad fue el encargado de elaborar el esquema que se utilizaría para la realización de las caracterizaciones, quien de acuerdo a los requisitos de la Norma, estableció que era necesario tener en cuenta la inclusión de los siguientes parámetros en las caracterizaciones, para que describieran detalladamente cada uno de los procesos:

1. Definir el o los responsables de cada proceso.
2. El Objetivo del proceso.
3. Debido a que el enfoque de procesos se realiza en base al Ciclo PHVA es necesario que la Caracterización, describa como se lleva a cabo cada uno de las actividades del proceso en base a este.
4. Descripción de cada una de las actividades del proceso, sus entradas, proveedores, salidas y clientes; lo cual hace referencia al Planear y Hacer.
5. Descripción de los parámetros de seguimiento y medición del proceso, los cuales formarían parte del Verificar.
6. Definición de las actividades correspondientes al Actuar, las cuales llevarían a la mejora continua del proceso.
7. Establecimiento de los Recursos necesarios para el desarrollo eficaz del proceso.
8. Definición de los requisitos exigidos por la Norma ISO 9001:2000 y por la normatividad del sector que aplican para el proceso.
9. Documentos relacionados con el desarrollo del proceso

El Coordinador de Calidad elaboró el borrador del esquema de la caracterización que contenía los ítems anteriores y lo presento al Comité de Calidad para su revisión, modificación y aprobación.

Finalmente elaboró con el responsable de cada proceso las caracterizaciones según el esquema anterior y las presento al Comité de Calidad para su respectiva revisión y aprobación. Ver anexo 3.

#### **4.2.5.3 Definición de la Política de Calidad**

*COMPARTA EPS-S es una empresa solidaria, instalada con el objetivo social de administrar el régimen subsidiado en salud, cumpliendo con características de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad para efectos de mejorar la calidad de atención en salud, respaldados por un excelente e idóneo material humano en continuo fortalecimiento de sus competencias, comprometidos con la mejora continua de nuestros procesos para garantizar la plena satisfacción de nuestros clientes.*

#### **4.2.5.4 Definición de los Objetivos de Calidad**

Teniendo definida la Política de Calidad, el Comité de Calidad se reunió con el fin de definir los objetivos de Calidad, los cuales debían ser medibles, coherentes con la política y llevar al cumplimiento de la misma, se definen a continuación:

- *Establecer mecanismos accesibles de comunicación con el usuario que permitan identificar sus necesidades y expectativas y tomar las acciones necesarias para garantizar su satisfacción.*
- *Promover el aprendizaje continuo y fortalecer las competencias del Talento Humano*
- *Implementar y mantener el sistema gestión de calidad buscando la mejora continua de los procesos que se llevan a cabo en COMPARTA EPS-S.*
- *Garantizar el cumplimiento de las características del sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud.*

#### **4.2.5.5 Indicadores de Gestión**

Con el fin de dar cumplimiento a cada uno los objetivos de calidad y medir la eficiencia y eficacia del Sistema de Gestión de Calidad, los responsables de cada proceso y el Coordinador de Calidad definieron los indicadores de Gestión, estableciendo para cada uno de ellos:

- Objetivo específico
- Formula
- Meta
- Frecuencia de cálculo
- Responsable
- Proceso
- Estrategia

A continuación se presentan los indicadores establecidos en COMPARTA EPS-S.

OBJETIVO	INDICADOR	FORMULA	META	FRECUENCIA	RESPONSABLE	PROCESO	ESTRATEGIA
Establecer mecanismos accesibles de comunicación con el usuario que permitan identificar sus necesidades y expectativas y tomar las acciones necesarias para garantizar su satisfacción	Tasa de Satisfacción Global	(Numero de afiliados que se consideran satisfechos con los servicios recibidos en la EPS-S / Numero total de afiliados encuestados por la EPS-S.) * 100	95%	Semestral	Dirección de SIAU regional	Agenciamiento del servicio	Focalizar los momentos de verdad y garantizar Atención del Usuario bajo criterios de calidad (accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad)
	Porcentaje de quejas resueltas antes de 15 días	(Numero de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días / Numero total de quejas recibidas) * 100	98%	Semestral			
	Tasa de Traslados desde la EPS-S	(Numero de afiliados que se traslado a otra EPS-S del régimen, en el periodo / numero total de afiliados en el periodo) * 100	0	Semestral			
Promover el aprendizaje continuo y fortalecer las competencias del Talento Humano	Cumplimiento del plan de capacitaciones	(No. de capacitaciones realizadas / total de capacitaciones contempladas en el plan) * 100	100%	Semestral	Dirección de Calidad y SI regional	Gestión Humana	Utilizar dinámicas grupales que motiven al personal a adquirir nuevos conocimientos
Implementar y mantener el sistema gestión de calidad buscando la mejora continua de los procesos que se llevan a cabo en COMPARTA EPS-S.	Índice de Mejora	( Número de procesos con Plan de Mejoramiento / Total procesos Cadena de Valor ) * 100	100%	Semestral	Dirección de Calidad y SI regional	Gestión de Calidad	Desde cada Departamento se diseñan las estrategias para implementar mejoras de proceso.
Garantizar el cumplimiento de las características del sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud.	Porcentaje de cumplimiento de criterios de calidad Red Prestadora	( Número de Proveedores en Categoría A Departamento X / Total proveedores evaluados Departamento X ) * 100	100%	Semestral	Gerencia de Riesgo en Salud	Conformación de red prestadora	Realizar monitoreo a través de auditorias a los prestadores de servicios de salud y toma de acciones frente a no cumplimiento de metas. (Autoevaluación de Red Prestadora)

**Tabla 4.** Indicadores de gestión

### 4.3 CAPACITACION DEL PERSONAL

De acuerdo con el objetivo de ejecutar programas de capacitación al personal de COMPARTA EPS-S. con el fin de impartir conocimiento sobre el Sistema de Gestión de Calidad y generar un compromiso hacia el mejoramiento continuo del servicio, se planeo y ejecuto en la empresa un programa de capacitación con todos los funcionarios , estableciendo para ello módulos conformados por temáticas que se consideran importantes para generar un primer acercamiento a los conceptos relacionados con el Sistema de Gestión de Calidad, el enfoque al cliente y el proceso de certificación que se adelantaría en la empresa.

De igual manera la capacitación estuvo presente durante el desarrollo de todas las etapas de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, dando a conocer la documentación necesaria y su respectivo manejo, mediante la organización de reuniones en grupo o de forma individual de acuerdo a la necesidad de establecida.

Las capacitaciones realizadas fueron las siguientes:

#### PROGRAMA DE CAPACITACION COMPARTA EPS-S

TEMA	CONTENIDO	FECHA	ASISTENTES
Introducción a la Calidad	<ul style="list-style-type: none"><li>- Conceptos de calidad según NTC-ISO 9001:200</li><li>- Beneficios internos y externos del sistema de gestión de calidad.</li><li>- Compromisos del proyecto.</li><li>- Etapas del proceso de implementación del SGC.</li></ul>	28 de mayo	Todo el personal
Sensibilización de la misión, visión, política Y objetivos de calidad.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Explicar las definiciones y dar a conocer la misión, visión, política de calidad, sus directrices y objetivos de calidad.</li><li>- Como contribuyen los empleados con su trabajo al cumplimiento de la política de calidad y objetivos de calidad.</li></ul>	4 de junio	Todo el personal
Sensibilización del mapa de procesos	<ul style="list-style-type: none"><li>- principio de gestión de calidad ENFOQUE BASADO EN PROCESOS Y su aplicación a través del mapa de procesos.</li></ul>	11 de junio	Todo el personal

Control de documentos y registros	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estructura de los procedimientos, instructivos, planes de calidad y registros.</li> <li>- Condiciones para el control de registros.</li> <li>- Diferencia entre formato, documento y registro.</li> </ul>	25 de junio	Todo el personal
Evaluación de la política de calidad y control de documentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- taller a los empleados para evaluar la eficacia de las capacitaciones respecto a la misión, visión, política de calidad, mapa de procesos, control de documentos y registros.</li> </ul>	2 de julio	Todo el personal
Responsabilidades y autoridades de la empresa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar a conocer la estructura organizacional.</li> <li>- Explicar estructura del manual de funciones.</li> <li>- Socializar manual de procesos.</li> </ul>	9 de julio	Todo el personal
Control del servicio No conforme	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que es un servicio no conforme.</li> <li>- Acciones a tomar ante un servicio no conforme.</li> </ul>	15 de julio	Todo el personal
Metodología de acciones preventivas, correctivas y de mejora	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Herramientas para identificar las causas de no conformidades: lluvia de ideas, metodología de las 5 S's, diagrama causa efecto.</li> </ul>	23 de julio	Jefes de procesos
Capacitación de auditores internos de calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introducción a las ISO 9000</li> <li>- Requisitos ISO 9001:2000</li> <li>- Conceptos de auditoria</li> <li>- Fases de la auditoria</li> <li>- Documentación de la auditoria</li> <li>- Redacción de no conformidades</li> <li>- Casos prácticos</li> </ul>	30 y 31 de julio  2 de agosto	Comité de calidad Auditores internos

**Tabla 5.** Programa de capacitación COMPARTA EPS-S

Luego de concluida la capacitación de los auditores internos se lleva a cabo una evaluación para garantizar que los conocimientos fueron asimilados y que están preparados para realizar una buena auditoria interna.

## **4.4 DOCUMENTACION**

### **4.4.1 Metodología para el control y elaboración de documentos**

Para la elaboración de la documentación, se estableció que era necesario crear un documento en el cual se definieran los parámetros para la creación y control de los documentos del sistema de Gestión de la Calidad, el cual estuvo bajo la responsabilidad del Coordinador de Calidad. Ver Anexo 4 (control y elaboración de documentos **P-GESCAL-01**.)

### **4.4.2 Desarrollo de la documentación**

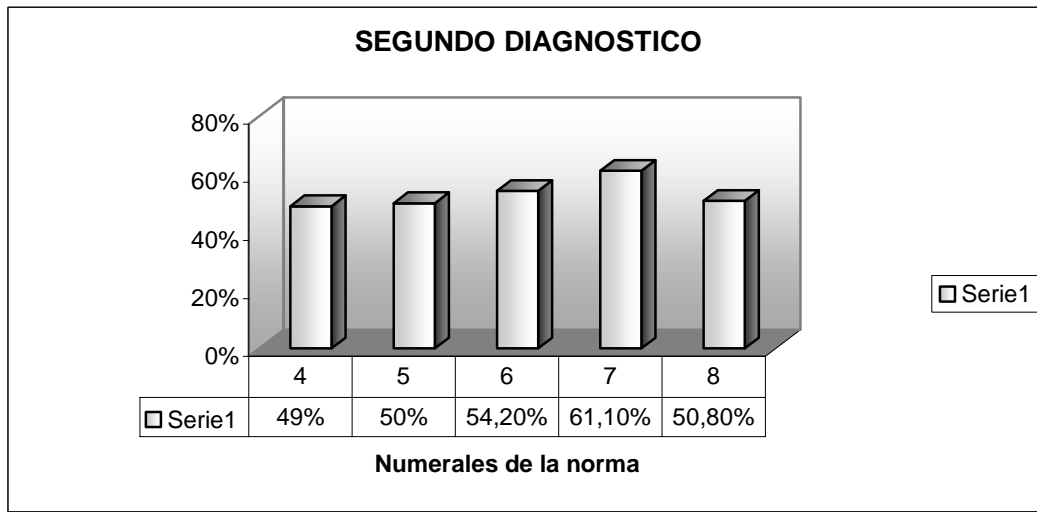
En conjunto con los líderes de procesos se analizó que tipo de documentos debía tener cada proceso, el objetivo no era crear documentos que no aportaran valor al SGC sino definir los documentos necesarios para garantizar su eficaz planificación, operación y control. A partir de los resultados del diagnóstico inicial se priorizó el desarrollo de la documentación, dando mayor importancia a los requisitos de la norma, luego al cumplimiento de los requisitos legales, del cliente y de la organización y posteriormente a la consecución de mejores métodos para el desarrollo de los procesos. La documentación fue diseñada desde lo más general, caracterización e interacción del proceso hasta lo más particular, instructivos y registros específicos de cada actividad.

Los requisitos legales fueron una entrada significativa para el desarrollo de la documentación, pues en algunos puntos por su grado de especificación se hizo obvio su cumplimiento, también se consideraron los requisitos del cliente y los establecidos por COMPARTA EPS-S. Ver ANEXO 5 (Listado maestro de documentos **R-GESCAL-19**).

En esta etapa se llevo a cabo la elaboración del Manual de Calidad, el cual fue desarrollado siguiendo uno a uno los requisitos de la Norma ISO 9001:2000. Ver ANEXO 6 (Manual de calidad **I-GESCAL-01**).

## 4.5 IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Luego de elaborada la documentación y de realizar la segunda evaluación del cumplimiento de los requisitos de la NTC ISO 9001:2000, cuyo resultado lo podemos observar en el grafico que se presenta a continuación:



**Figura 6.** Resultado de la Segunda evaluación diagnostica

Se dio inicio a la socialización de los procesos, procedimientos e instructivos y a la aplicación de los registros. Se desarrollaron reuniones con los diferentes grupos del personal y líderes de procesos, con el fin de explicar la documentación a implementar y su respectivo diligenciamiento, de esta manera se pudieron aclarar las dudas y de igual forma explicar aspectos relativos al control de documentos que desde ese momento empezaron a funcionar en la empresa.

Seguida a la primera etapa, se llevo a cabo la divulgación de los documentos, con el fin de que el personal realizara una lectura más detallada de los mismos. (Política de la Calidad, procedimientos obligatorios, Mapa de procesos, caracterización de procesos, Procedimientos, instructivos, manuales de funciones, listado maestro de documentos, así como los registros por cada área).

Una vez hecha la implementación y puesta en marcha de los diferentes procedimientos y demás documentos se hizo un continuo seguimiento a las áreas realizando visitas periódicas con el fin de aclarar dudas, y detectar posibles fallas en el desarrollo de la implementación.

Por último en el proceso de implementación se llevo a cabo la etapa de verificación de la documentación, donde a partir de las fallas encontradas se efectuaron los correctivos y mejoras, observando que los procedimientos son desarrollados como fueron escritos y que realmente los registros son diligenciados, todo esto dando cumplimiento a la planificación desarrollada para el Sistema de Gestión de la Calidad.

#### **4.5.1 MEDICIÓN Y ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE**

La satisfacción del cliente se mide semestralmente con el fin de evaluar su comportamiento y tomar acciones encaminadas a mejorar dichos resultados, a finales de Junio de 2008 se realizó esta medición, se enviaron las encuestas con las instrucciones para su diligenciamiento a los agentes sociales de cada municipio para que las aplicaran a los respectivos clientes, posteriormente se recolectaron, tabularon y analizaron para tomar las acciones respectivas.

##### **4.5.1.1 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE**

La población estudio son todas las personas que hayan demandado servicios en una IPS de la red de prestadores de COMPARTA EPS-S durante el periodo en estudio, esta muestra se determina por medio de una formula estadística que se encuentra en el instructivo **I-AGEN-01** (Medición y seguimiento a la satisfacción del cliente), a partir de esto los encuestados son aquellos clientes que se acerquen a los respectivos agentes sociales. Los atributos evaluados para las IPS's de la red de prestadores y la EPS-S en cada una de las preguntas de la encuesta fueron:

**Para la IPS:**

- **Oportunidad:** Se mide el tiempo estimado para la asignación de citas.
- **Accesibilidad funcional:** Tiempo para la atención a los usuarios.
- **Accesibilidad geográfica:** Facilidad de desplazamiento.
- **Área física y logística:** Se mide el orden y aseo de la planta física.
- **Amabilidad y calidez del servicio:** Se refiere al trato recibido.
- **Calidad de la atención médica:** Hace referencia a la calidad del personal médico, a la orientación y comunicación en cuanto a enfermedades y cuidados e integralidad en la entrega de medicamentos

**Para la EPS:**

- **Oportunidad:** Hace referencia al tiempo de desplazamiento a las oficinas.
- **Accesibilidad funcional:** Tiempo para la atención a los usuarios.
- **Logística y atención:** Hace referencia a la línea gratuita, horarios de atención y orden y aseo.
- **Amabilidad y calidez del servicio:** Se refiere al trato recibido.

## **Análisis de la medición de la satisfacción del cliente:**

### **DEPARTAMENTO DE SANTANDER (periodo evaluado enero-junio de 2008):**

Para el análisis de este departamento las 898 encuestas serán el 100% y sobre esta se analizarán los resultados.

**Tabla 6.** relación de aspectos encuestados

<b>ASPECTOS EVALUADOS</b>	<b><u>USUARIOS</u> <u>SATISFECHOS</u></b>	<b><u>USUARIOS</u> <u>INSATISFECHOS</u></b>
<b>ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA</b>	765	133
<b>ACCESIBILIDAD. FUNCIONAL</b>	871	27
<b>CALIDEZ Y AMABILIDAD</b>	827	71
<b>CALIDAD COMUNICATIVA</b>	888	10
<b>CONOCIM. PARTICIPACION SOCIAL</b>	767	131
<b>DISPOSICION LOGISTICA</b>	768	130

Como se puede observar en la tabla se evaluaron 6 ítem de los cuales el aspecto encuestado con mayor nivel de satisfacción fue CALIDAD COMUNICATIVA con un 99% correspondiente a 888 usuarios satisfechos, mostrando que en este departamento la atención al usuario es un elemento fundamental en el manejo de la atención con calidad cuyo instrumento fundamental es crear un buen canal de comunicación con un lenguaje sencillo y acorde a las necesidades de la población.

El segundo aspecto de mayor satisfacción fue ACCESIBILIDAD FUNCIONAL la cual presenta un 97% correspondiente a 871 usuarios, mostrando lo importante de distribuir el tiempo de atención y la oportuna prestación y cumplimiento del mismo.

En tercer lugar se encontró el aspecto de CONOCIMIENTO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL con un 85% correspondiente a 767 usuarios los

cuales expresan que conocen las formas de organización social que tiene la empresa y los espacios que esta brinda para que participen activamente.

Un aspecto importante de resaltar es la ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA la cual presento el nivel mas bajo en la encuesta con un 15% de insatisfacción es decir 133 personas expresan estar insatisfechas con dicho aspecto.

Claro esta que este ítem es complejo pues existen factores externos que hacen que el acceso no sea fácil como las vías de comunicación, los medios de transporte, la disponibilidad económica. Pero a pesar de eso es necesario evaluar internamente alternativas para facilitar el acceso.

#### **4.5.2 AMBIENTE DE TRABAJO Y SEGURIDAD INDUSTRIAL**

Un ambiente de trabajo seguro contribuye al bienestar del personal y se ve reflejado en la calidad de los servicios prestados, contribuye al cumplimiento del requisito del numeral 6.4 de la NTC ISO 9001:2000.

Dentro de la empresa se deben cumplir con las normas de seguridad que eviten la ocurrencia de accidentes labores y fallas en la infraestructura o equipos de trabajo, adicionalmente a esto, contar con una cultura de orden y limpieza garantiza un ritmo de trabajo constante, optimizando así los recursos con los que se cuenta, para ello se diseñó el instructivo **I-GESHUM-01** Salud Ocupacional en el cual se especifican los riesgos a los que están expuestos los trabajadores, las normas de seguridad y los pasos a seguir en caso de presentarse accidentes de cualquier tipo. Este instructivo fue socializado con todo el personal de COMAPARTA EPS-S garantizando así su cumplimiento.

#### **4.5.3 SELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE PROVEEDORES**

El objetivo de seleccionar y evaluar los proveedores de COMPARTA EPS-S es garantizar su capacidad para suministrar los servicios de salud cumpliendo con las especificaciones necesarias para la prestación de servicios a los usuarios. La metodología diseñada y documentada se explica en el procedimiento **I-RED-01** (Selección y Evaluación de Proveedores) y se deja evidencia en el registro **R-RED-01** Evaluación Red Prestadora.

#### **4.5.4 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA**

Teniendo claro que lo que no se mide no se controla y lo que no se controla no se administra, se miden los indicadores de proceso de acuerdo a la información histórica. Con base en los resultados se realizaron análisis estadísticos de cada indicador determinando su estado con respecto a la meta definida, se identificaron las causas de los comportamientos anormales y se levantaron las acciones correctivas de aquellos indicadores que presentaron un comportamiento por debajo del valor crítico.

Adquirir el hábito de mejorar y buscar continuamente métodos más eficientes para desarrollar las actividades es la clave para asegurar el mantenimiento del SGC y con esta etapa del proyecto se evidenció que los colaboradores empiezan a pensar diferente, fortaleciendo su cultura de calidad y mejora continua.

##### **4.5.4.1 SEGUIMIENTO AL PRODUCTO NO CONFORME**

Durante la Implementación del SGC fue importante dar a conocer las características del producto/servicio no conforme y el procedimiento a seguir en caso de hallar cualquiera de las siguientes situaciones:

##### **Proceso de afiliación y aseguramiento:**

- Cuando halla demora en la entrega de la base de datos y dificultad en la complementación de los campos requeridos (diligenciamiento).
- Avales de novedades de que no sean realizadas a tiempo.

##### **Proceso de conformación de red prestadora de servicios:**

- Cuando no existan criterios de política empresarial que sustente la red elegida en su respectiva evaluación.

- Cuando la oficialización de rutas de acceso a la red prestadora de primer nivel de complejidad no se lleve a cabo.

#### **Proceso de agenciamiento del servicio:**

- Las quejas y/o reclamos que sean presentados por los clientes, en las cuales no se tomen acciones necesarias para dar solución al problema.

#### **Proceso de análisis de riesgo y siniestralidad:**

- Cuando no se logre la recolección de la información del SISBEN por objeción de las alcaldías municipales.

Cuando dentro de cualquier proceso de la cadena de valor se detecta una no conformidad, la decisión respecto a la misma, está a cargo en primera instancia del líder del proceso, posteriormente en el Gerente de COMPARTA EPS-S.

En el proceso administrativo y financiero la decisión está a cargo del Profesional administrativo y financiero.

#### **4.5.4.2 ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA**

A lo largo de la etapa de implementación del SGC surgieron acciones que fueron documentadas con el fin de garantizar seguimiento y cumplimiento a los planes de acción establecidos. La utilización de esta herramienta motivó a los colaboradores a creer en la calidad, acogiéndola como una cultura del día a día.

Los resultados obtenidos al utilizar el registro **R-GESCAL-01** Acciones correctivas, preventivas y de mejora se describen a continuación, evidenciando el fortalecimiento del sistema y el liderazgo de los colaboradores por realizar las actividades de la mejor forma.

- Optimización de los sistemas de información.
- Implementación de un plan de mejoramiento de la calidad de atención en salud.
- Concientizar a los entes territoriales de su contribución en la entrega oportuna de las bases de datos.
- Divulgación de los manuales de usuario que contienen el enfoque de atención de acuerdo a nuestro modelo de salud.
- Gestión ante la SUPERSALUD de la habilitación en el sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud.
- Capacitación a los agentes sociales en cuanto a sus responsabilidades frente a los procesos de aseguramiento, administrativa, programas y SIAU.
- Estandarización de los nombres de los cargos de COMPARTA en la estructura de organizacional.

Finalizada la etapa de implementación se evidencia que los procesos han sido aprobados y se encuentran realizando de acuerdo a como se documentaron, existen registros que evidencian la realización de las actividades y el personal es conciente de su importancia en el logro de los objetivos de calidad.

En promedio el nivel de conformidad con la NTC ISO 9001:2000 del SGC de COMPARTA EPS-S resultado de la tercera evaluación es 66,6%, en una escala de 0 a 100%, por lo que se hace necesario realizar la primera Auditoria Interna para evaluar el SGC implementado.

## **4.6 AUDITORIA INTERNA**

Luego de concluidas las etapas de diagnóstico, planificación, sensibilización, documentación e implementación se realizó la primera auditoria interna con el objetivo de determinar el grado de conformidad del SGC de COMPARTA EPS-

S con los requisitos de la NTC ISO 9001:2000, evaluar la capacidad del sistema para cumplir los requisitos reglamentarios ó contractuales y evaluar la eficacia del sistema para cumplir los objetivos de calidad e identificar las oportunidades de mejoramiento que garanticen la consolidación del sistema.

### **4.6.1 Planeación de la auditoria interna**

Las auditorias internas al SGC de COMPARTA EPS-S son coordinadas por la oficina de Gestión de la Calidad, quienes la planean, seleccionan los auditores, programan su ejecución y realizan seguimiento a fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos.

La auditoria interna al SGC se realizó en el marco de las auditorias internas al SGC de COMPARTA EPS-S programadas del 15 al 29 de Agosto para los procesos de (Afiliación y Aseguramiento, Conformación de Red prestadora, Agenciamiento del servicio, Mantenimiento y Auditoria, Análisis de riesgo y siniestralidad, administrativa y financiera).

COMPARTA EPS-S ha definido que por lo menos una vez al año se debe realizar auditoria interna a los procesos que conforman su SGC. La oficina de gestión de la Calidad selecciono los auditores teniendo en cuenta los siguientes criterios.

#### **Perfil del auditor interno:**

**Educación:** Estudios técnicos, tecnológicos ó profesionales en cualquier disciplina.

**Entrenamiento:** Completar un curso de formación en Fundamentos del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9000 y en Técnicas de auditoría interna.

**Experiencia en auditoría:** Participar en al menos una (1) auditoría como auditor en formación, bajo la dirección y orientación de un auditor competente como líder del equipo.

**Atributos personales:** los auditores deben tener en cuenta los atributos personales que les permitan actuar de acuerdo con los principios de la auditoría; mentalidad abierta, diplomático, perceptivo, versátil, decidido y seguro de sí mismo. (Norma ISO 19011 Numeral 7.2).

Los auditores seleccionados fueron el Ingeniero Albeiro Suárez Hernández como Auditor Líder, Jesús Alberto Manrique Moreno, Claudia Johana Rey y Magda Inés Delgado como auditores acompañantes, todos demostraron su competencia por medio de la Hoja de Vida y los certificados anexos. Con los auditores seleccionados se procedió a realizar el Programa de Auditorías internas **R-GESCAL-16** definiendo el objetivo, alcance, magnitud y límites de la auditoría, metodología empleada y el nombre de los procesos, fecha y hora en que serían auditados, equipo auditor, el nombre y cargo del auditado. El programa fue publicado y aprobado garantizando la disponibilidad de recursos para su realización. En el Anexo 7 se encuentra el Programa de las auditorías al SGC de COMPARTA EPS-S.

Con el fin de planear la auditoría de cada proceso, el equipo auditor se reunió para revisar el manual de calidad y la documentación del proceso a fin de evaluar su conformidad con los requisitos de la NTC ISO 9001:2000 y para preparar los registros soporte de la auditoría, **R-GESCAL-18** Lista de chequeo auditoría Interna, documento en el cual siguiendo la metodología PHVA se diseñaron preguntas orientadas a investigar como el proceso cumple con los

requisitos de la norma y el **R-GESCAL-10** informe de auditoría interna para el levantamiento de las no conformidades, además, se diseñó el Plan de Auditoría

**R-GESCAL-9** y se entregó a cada auditado para darle a conocer la fecha, duración propuesta de la auditoria y la composición del equipo auditor.

#### **4.6.2 Realización la auditoria interna**

La ejecución del programa de auditoria se desarrolló del 15 al 29 de Agosto de 2008, iniciando con la reunión de apertura en la cual se presentó el equipo auditor para reafirmar el objetivo, alcance y los criterios de la auditoria (Manual de Calidad, la Norma ISO 9001, Reglamentación legal), además, de las responsabilidades de cada parte, la reunión se desarrolló el 15 de Agosto de 2008 en el Auditorio de COMPARTA EPS-S con la participación de los líderes de los procesos, la Dirección Ejecutiva, Integrantes del comité de Calidad y el equipo auditor. Posteriormente se dio inicio a la auditoria en sitio, fase en la cual se recolectaron las evidencias, se verificó la información contemplada en la documentación de cada proceso y se realizó el análisis correspondiente. La metodología para recopilar la información contempló entrevistas, observación de actividades y revisión de documentos.

El equipo auditor determinó los hallazgos de la auditoria (evaluación de la evidencia de la auditoria frente a los criterios de auditoria) y luego de analizar los hallazgos frente a los objetivos de la auditoria generó las conclusiones, encontrándose fortalezas, observaciones y no conformidades. Si durante la auditoria en sitio se detectaron no conformidades, estas fueron dadas a conocer inmediatamente al auditado.

#### **4.6.3 Resultados de la auditoria interna**

La Auditoria concluyó el 29 de Agosto dejando como resultado los siguientes aspectos favorables, débiles y no conformidades:

### **Aspectos Favorables**

- La disponibilidad y compromiso demostrado por el personal entrevistado.
- La competencia del personal entrevistado
- La descripción de actividades especificadas a través de métodos aplicables en el proceso, como los procedimientos que se identifican en el SGC.
- Se contó con suficiente evidencia para evaluar cada proceso

### **Aspectos débiles / Observaciones**

- Mejorar el establecimiento y medición de la comunicación interna.
- Mejorar el sistema de archivo en cuanto a distribución y orden.
- Promover la generación de acciones preventivas y de mejora en búsqueda del crecimiento organizacional.
- Fortalecer la generación de acciones correctivas.
- Revisar la pertinencia de dejar documentados los análisis efectuados de los indicadores manejados.

## No conformidades

Proceso	Numeral	No Conformidad
Gestión corporativa	5.6.3	No se evidencia acta de la revisión por la dirección realizada el 21 de julio de 2008.
Gestión de Calidad	4.2.4	No se evidencia la aplicación de la última versión de encuesta de satisfacción al clientes aprobada, ya que realizó la última encuesta a corte de julio de 2008 aplicando la versión anterior.
Gestión Humana	8.5.3	No se evidencia acciones preventivas para este proceso al no proponer un plan de capacitaciones futuras, que puedan mejorar el desempeño del personal.
	6.2.2	No se evidencia calificación y seguimiento a la competencia de la coordinadora administrativa departamental.
Afiliación y Aseguramiento	8.5.2	No se evidencia la toma de acciones correctivas para el incumplimiento de la meta de 0 días del indicador oportunidad en la entrega de bases de datos, al obtener en su medición un valor promedio de 14.5 días, en el periodo enero-julio.
Agenciamiento del servicio	8.5.2	No se evidencia acción correctiva tomada en respuesta al incumplimiento de la meta de 95% del indicador tasa de satisfacción global, al obtener en su medición un valor del 90%, en el periodo enero-julio.
	6.3	No se evidencia un sistema de información que permita realizar un análisis de los datos obtenidos de las encuestas de satisfacción.
Mantenimiento y Auditoría	6.3	No se evidencia un sistema de información actualizado que agilice el manejo de la información referente a la radicación de cuentas medicas, contabilización de glosas, generación de informes institucionales, costos y auditoría de cuentas.
Conformación de red	7.4.1	No se evidencia la evaluación de red prestadora del hospital local de Bolívar, hospital regional de Vélez y novaclinic, pertenecientes al municipio de Bolívar Santander.

Tabla 7. Listado de No conformidades Primera Auditoría Interna.

#### **4.6.3.1 Informe de Auditoria Interna**

Finalizada la auditoria, el equipo auditor con base en las evidencias encontradas preparó el informe de auditoria **R-GESCAL-10** para su socialización con los líderes de los procesos auditados, en dicha socialización se dieron a conocer las no conformidades encontradas en cada proceso, sin embargo si se evidenciaban otras no conformidades cada líder debía solucionarlas lo antes posible.

En resumen se observó que la no conformidad más frecuente hace referencia al emprendimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora, contraviniendo el numeral 8.5. de la NTC ISO 9001:2000. Las No conformidades a los procesos de COMPARTA EPS-S se deben a casos puntuales y teniendo en cuenta la reciente implementación del SGC el equipo auditor felicitó a la gerencia de COMPARTA por su crecimiento y búsqueda del mejoramiento continuo, también invitó a todos los colaboradores de COMPARTA a continuar participando de este proceso ya que de su liderazgo depende la consolidación del sistema.

Los líderes de proceso se comprometieron a analizar las causas y a proponer un plan de acción encaminado a superar las no conformidades detectadas en un tiempo máximo de un mes.

#### **4.6.4 Evaluación de los auditores internos**

Luego de entregado el informe de la auditoria interna, los líderes de los procesos auditados evaluaron a cada auditor interno por medio del registro **R-GESCAL-17** Evaluación auditores internos, teniendo en cuenta criterios tales como puntualidad, uso de lenguaje claro y sencillo, trato brindado, preparación de la auditoria y conocimiento del proceso, los resultados demuestran que en promedio los cuatro auditores (Albeiro Suárez Hernández como Auditor Líder, Jesús Alberto Manrique Moreno, Claudia Johana Rey y Magda Inés Delgado) obtuvieron una calificación de cuatro punto treinta y dos (4.32), en una escala de uno (1) a cinco (5), evidenciando el cumplimiento en la planeación de la auditoria, el desarrollo de acuerdo a la metodología descrita en el

procedimiento **P-GESCAL-03** Auditorias Internas y la competencia de los auditores evaluados, dando mayor confiabilidad a los resultados obtenidos.

## 5. PLAN DE MEJORA

Teniendo en cuenta que para principios del 2009 se tiene programada la auditoria de certificación del sistema de gestión de calidad de COMPARTA EPS-S por parte del instituto colombiano de normas técnicas y certificación ICONTEC la alta dirección ha considerado disponer de los recursos necesarios para la ejecución de un plan de mejora basado en los resultados de la primera auditoria interna con el objetivo de dar cierre a las no conformidades encontradas y el fortalecimiento de los aspectos positivos.

### 5.1 Desarrollo del plan de acción

La gerencia de COMPARTA y la dirección de aseguramiento de calidad diseño y ejecuto un plan de mejora en el cual se definen fecha, responsables y actividades a desarrolladas.

**Tabla 8.** Plan de mejora

Fecha	Responsable	Actividad	Seguimiento
05-09-08	Dirección de calidad. Luis E. Herrera	Socialización del informe de auditoria interna. Compromiso de los líderes de cada proceso de dar cierre a las no conformidades encontradas.	Los responsables de cada proceso se comprometieron a realizar un análisis de las causas de la no conformidad y a dar cierre a la misma.
08-09-08	Dirección de calidad	Comunicar a la alta dirección los resultados de la auditoria interna	La alta dirección se compromete a facilitar los recursos necesarios para llevar a cabo el plan de mejora.
10-09-08	Dirección de calidad. Luis E. Herrera	Análisis de causas a las no conformidades encontradas. Diseño de planes de acción para cada una de las no conformidades.	La dirección de calidad se reunió con los líderes de los procesos para análisis de causas y diseño de planes de acción.
19-09-08	Dirección de calidad. Luis E. Herrera	Seguimiento a acciones correctivas, preventivas y de mejora propuestas para dar cierre a las no conformidades	Los procesos de gestión humana, afiliación y aseguramiento y agenciamiento del servicio presentaron acciones correctivas, preventivas y de mejora.
19-09-08	Dirección de calidad	Análisis del acta de revisión por la dirección del 21 de julio de 2008	En el momento de la primera auditoria interna el acta se encontraba en redacción. Se reviso y almaceno

22-09-08	Gestor de servicios y gestor de salud	Realización de la evaluación de proveedores	Se evidencia la evaluación de red prestadora del hospital local de Bolívar, hospital regional de Vélez y novaclinic
24-09-08	Dirección de gestión humana	Revisión de las competencias y perfiles laborales.	Se revisaron las hojas de vida de los trabajadores y se solicitaron los soportes a las personas que no cumplían con el perfil del cargo.
13-10-08	Dirección de calidad	Socialización de códigos de ética y buen gobierno	Se propone un plan de capacitaciones, que pueden mejorar el desempeño del personal y aportar al mejoramiento de la calidad de los procesos.
15-10-08		Capacitación en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estándares de Habilitación</li> <li>➤ Estándares de Acreditación</li> <li>➤ Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad</li> <li>➤ Sistema de Información para la Calidad</li> </ul>	
22-10-08		Principios de calidad y gestión de resultados	
29-10-08		Indicadores de calidad y sistema de indicadores	
05-11-08		Balanced Scorecard	
01-10-09	Dirección de calidad y SI	Actualización de los sistemas de información de Comparta en todos los eslabones de la cadena de valor	En los eslabones de aseguramiento y conformación de red, se evidencia la actualización e implementación del sistema de información, quedando en construcción los eslabones restantes.

## 5.2 Segunda Auditoría interna

Luego de ejecutado el plan de mejora se realizó una segunda auditoría interna a los procesos de la cadena de valor de COMPARTA y los procesos corporativos con el fin de hacer seguimiento y dar cierre a las no conformidades encontradas en la primera auditoría interna, garantizando que el SGC de COMPARTA se encuentre en condiciones de iniciar el proceso de certificación.

El día 6 de octubre de 2008 se llevó a cabo la segunda auditoría interna de acuerdo al programa establecido encontrándose los siguientes resultados:

### **Aspectos favorables**

- Un gran mejoramiento en relación a la primera auditoria interna.
- Cierre de las no conformidades encontradas en la primera auditoria interna.
- Incremento de acciones correctivas, preventivas y de mejora.

### **No conformidades**

No se evidencia un sistema de información actualizado que agilice el manejo de la información referente a la radicación de cuentas medicas, contabilización de glosas, generación de informes institucionales, costos y auditoria de cuentas.

### **Plan de acción**

- Actualización de los sistemas de información de Comparta en todos los eslabones de la cadena de valor.

La dirección de sistemas de información se encuentra actualmente dando tratamiento a esta no conformidad y se le dará cierre el próximo año, ya que el sistema de información se encuentra actualmente en construcción.

## 6. CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO

OBJETIVOS	CUMPLIMIENTO
Diseñar, documentar e implementar un Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001:2000 en la Entidad Promotora de Salud COMPARTA EPS-S.	Se logra el cumplimiento de todos los objetivos del proyecto estableciendo, documentando, implementando y manteniendo el SGC de COMPARTA EPS-S.
Realizar un diagnóstico de la situación actual al interior de la organización basado en los requisitos de la norma.	En numeral 4.1 se muestra la metodología utilizada para la realización del diagnóstico inicial en cuanto al cumplimiento de los requisitos de la NTC ISO 9001:2000
Establecer una política de calidad apropiada para COMPARTA EPS-S.	En el numeral 4.2 se hace referencia a la planificación del sistema de gestión de calidad se define la política de calidad de COMPARTA EPS-S
Llevar a cabo toda la documentación necesaria para cumplir con los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad.	En el numeral 4.4 se hace referencia a toda la documentación desarrollada dentro del sistema de gestión de calidad. En el anexo 5 se encuentra el listado maestro de documentos.
Caracterización de los procesos, identificando la interacción entre ellos.	En el numeral 4.2.5.2 se describe la caracterización de los procesos.
Vincular a todo el personal de COMPARTA en el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad, creando así una cultura de Calidad en toda la organización.	Capacitación de todo el personal de COMPARTA vinculando a su vez a los agentes sociales que hacen parte de la operación en campo dándoles a conocer sus responsabilidades frente a los procesos de aseguramiento, administrativa, programas , SIAU, y el sistema de gestión de calidad.
Capacitar a la organización en temas relacionados con la Norma ISO 9001:2000 para la implementación del sistema.	En el numeral 4.3 se muestra las capacitaciones hechas al personal de COMPARTA EPS-S
Llevar a cabo auditorías internas para evaluar la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad y poder plantear acciones de mejora si es necesario.	En el numeral 4.6 se describe la metodología seguida para la realización de las auditorías internas del SGC de COMPARTA EPS-S.
Promover al interior de la organización una cultura de mejora continua basada en la generación de acciones correctivas y preventivas.	En el numeral 4.5.4.2 logra evidenciar la mejora continua basada en la toma de acciones correctivas, preventivas y de mejora.

**Tabla 9.** Cumplimiento de los objetivos del proyecto

## 7. CONCLUSIONES

- Se realizó un diagnóstico de la situación inicial de la organización, lo cual nos dio una visión más amplia de la situación en la que se encontraba la empresa para la implementación del Sistema.
- Se motivó y se dio participación al personal de la organización en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, lo cual creó en ellos un gran compromiso con el desarrollo de cada una de las metas establecidas para el desarrollo del mismo.
- Con el liderazgo de la Gerencia y el apoyo constante al Sistema de Gestión de la Calidad se logró implementarlo de manera eficaz de acuerdo a las disposiciones planificadas.
- Se creó una cultura de Planificación que llevo a COMPARTA EPS-S a organizar de una mejor manera el personal, el tiempo y los recursos que deben ser asignados para la prestación de los servicios.
- Con la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, el personal adquirió un compromiso con la mejora continua del Sistema y se ha logrado una mayor participación del mismo mediante el aporte de ideas significativas han llevado a la obtención de mejores resultados.
- El personal de COMPARTA EPS-S reflexiono acerca de la necesidad de ofrecer un servicio de Calidad a los clientes, buscando su satisfacción total.
- Mediante el análisis de los datos, relacionados con los indicadores de Gestión, las no conformidades, acciones correctivas, preventivas, revisiones por la Dirección y auditoria interna se ha llevado a cabo la

mejora continua de cada uno de los procesos que forman parte del Sistema de Gestión de la Calidad.

- Las sensibilizaciones realizadas por el Coordinador de Calidad fue un factor de motivación clave en el personal, ya que se delegaban responsabilidades y actividades por cargo para la implementación del Sistema.
- Una de las fortalezas de COMPARTA EPS-S es el suministro de recursos por parte de la Gerencia, lo cual permite invertir en capacitación al personal y en la compra de equipos que garanticen la prestación de un mejor servicio al cliente.
- Con la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad Se cumplieron los objetivos del proyecto y las expectativas de la organización.

## 8. RECOMENDACIONES

- Formar más auditores internos, con el fin de realizar las auditorias planificadas durante el año, las cuales llevaran a la mejora continua del Sistema.
- Establecer y publicar un cronograma anual con las actividades del Sistema de Gestión de la Calidad implementadas, y evaluar su cumplimiento por parte de la Gerencia al finalizar el año.
- Revisar los documentos en las auditorias internas con el fin de mejorarlos si se considera necesario.
- Implementar jornadas deportivas y esparcimiento en búsqueda del relajamiento de los empleados mejorando el rendimiento en sus labores.
- Motivar al personal a proponer oportunidades de mejora significativas al Sistema de Gestión de la Calidad, mediante la entrega de incentivos monetarios al finalizar el año.
- Implementar la presentación de informes de avance del Sistema de Gestión de la Calidad por parte del Coordinador de Calidad a la Gerencia.
- Implementar la Metodología del Balance Score Card con el fin de dar una visión a la empresa del cumplimiento de los indicadores de Gestión y así poder conocer el estado en el que se encuentra la empresa en un momento determinado.

## BIBLIOGRAFIA

NTC – ISO 9000:2000 Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario.

NTC – ISO 9001:2000 Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos.

NTC – ISO 9004:2000 Sistemas de Gestión de la Calidad. Directrices para la mejora continua del desempeño.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. Normas Fundamentales sobre gestión de la calidad y documentos de orientación para su aplicación. Bogota D.C. ICONTEC 2006.

<http://www.icontec.org.co>

<http://www.monografias.com>

# ANEXOS

# ANEXO 1.

## Evaluación Diagnostica

ITEM	PREGUNTA	CRITERIOS					
	4. REQUISITOS DE LA DOCUMENTACION	1	2	3	4	5	6
	4.1 REQUISITOS GENERALES						
a	La empresa identifica los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización?			3			
b	Se han determinado la secuencia e interacción de estos procesos?			3			
c	Se han determinado los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces?	1					
d	La empresa se asegura de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos?		2				
e	Se realiza el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos?			3			
f	Se implementan actualmente acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos?	1					
	<b>4.2 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACION</b>						
4.2.1	Se cuenta actualmente con una política de calidad?	1					
4.2.1	Se han definido los objetivos de calidad?	1					
4.2.1	Se cuenta con un Manual de Calidad?	1					
4.2.1	Están documentados los procedimientos requeridos en esta Norma?	1					
4.2.1	Se cuenta con los documentos necesitados por la organización para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos?			3			
4.2.1	Se cuenta con los registros requeridos por la Norma?	1					
4.2.2	El manual de calidad contempla el alcance del sistema de gestión de calidad, incluyendo los detalles y la justificación de cualquier exclusión?	1					
4.2.2	El manual de calidad contempla los procedimientos documentados establecidos para el sistema de calidad?	1					
4.2.2	El manual de calidad contiene una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de calidad?	1					
4.2.3	Esta establecido actualmente un procedimiento documentado para el control de documentos?	1					
4.2.4	Esta establecido actualmente un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros?	1					
<b>Porcentaje de cumplimiento</b>		<b>25.5%</b>					
	<b>5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION</b>						
	<b>5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCION</b>						
a	La alta dirección comunica a la organización la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios?			3			
b	La alta dirección ha establecido la política de la calidad			3			
c	La alta dirección se asegura que se establezcan los objetivos de la calidad?	1					

d	Se llevan a cabo las revisiones por la dirección?	1					
e	La alta dirección asegura la disponibilidad de recursos?				4		
<b>5.2 ENFOQUE AL CLIENTE</b>							
5.2	La alta dirección se asegura de que los requisitos del cliente se determinen y se cumplan con el propósito de aumentar la satisfacción de los mismos?				3		
<b>5.3 POLITICA DE CALIDAD</b>							
a	La Política de Calidad es adecuada al propósito de la organización?	1					
b	La Política de Calidad incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad?	1					
d	La Política de Calidad es comunicada y entendida dentro de la organización?	1					
e	La Política de Calidad es revisada para su continua adecuación?	1					
<b>5.4 PLANIFICACION</b>							
5.4.1	Los objetivos de calidad son medibles y coherentes con la política de la calidad?	1					
5.4.2	Se planifica el sistema de gestión de calidad con el fin de cumplir con los objetivos de calidad?	1					
<b>5.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACION</b>							
5.5.1	La alta dirección se asegura de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la organización?			3			
5.5.2	La alta dirección ha designado un representante de la dirección quien, con independencia de otras responsabilidades, tenga la responsabilidad y autoridad de que se implemente en SGC e informar a la alta dirección?		2				
5.5.3	Se han establecido procesos adecuados de comunicación al interior de la organización?		2				
<b>5.6 REVISION POR LA DIRECCION</b>							
5.6.1	La organización realiza a intervalos planificados la revisión del SGC?	1					
5.6.1	Se llevan registros de la revisión por parte de la dirección?	1					
<b>Porcentaje de cumplimiento</b>		<b>29.4%</b>					
<b>6. GESTION DE LOS RECURSOS</b>							
<b>6.1 PROVISION DE RECURSOS</b>							
6.1	La organización determina los recursos necesarios para implementar, mantener y mejorar el SGC?		2				
<b>6.2 RECURSOS HUMANOS</b>							
6.2.1	El personal que realiza trabajos que afectan a la calidad del servicio prestado es competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas?		2				
6.2.2	La organización determina la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan a la calidad de los servicios prestados?		2				
6.2.2	La organización proporciona formación o toma otras acciones para satisfacer dichas necesidades?	1					
6.2.2	La organización evalúa la eficacia de las acciones	1					

	tomadas?						
6.2.2	Se mantienen los registros apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia del personal?		2				
<b>6.3 INFRAESTRUCTURA</b>							
6.3	La organización determina, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto?				4		
<b>6.4 AMBIENTE DE TRABAJO</b>							
6.4	La organización determina y gestiona el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto?				4		
<b>Porcentaje de cumplimiento</b>			<b>37.5%</b>				
<b>7. REALIZACION DEL PRODUCTO</b>							
<b>7.1 PLANIFICACION DE LA REALIZACION DEL PRODUCTO</b>							
7.1	La organización planifica y desarrolla los procesos necesarios para la realización del producto, determinando los objetivos de calidad y los requisitos del producto, las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayo/prueba específicas para el producto así como los criterios para la aceptación del mismo, así como los registros necesarios para proporcionar evidencia de los procesos de realización del producto resultante?			3			
<b>7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE</b>							
7.2.1	La organización determina los requisitos especificados por el cliente, los requisitos no establecidos por el mismo y los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto?				4		
7.2.2	La organización revisa los requisitos relacionados con el producto y se asegura de que están resueltas las diferencias existentes entre los requisitos del contrato y los expresados por el cliente antes de comprometerse a la prestación del servicio?				4		
7.2.2	Se mantienen registros de la revisión mencionada anteriormente?				4		
7.2.3	La organización determina e implementa disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, con respecto a la información sobre el producto, las consultas, contratos, incluyendo las modificaciones y la retroalimentación del cliente y sus quejas?				4		
<b>7.3 DISEÑO Y DESARROLLO</b>			<b>NO APLICA Exclusión</b>				
<b>7.4 COMPRAS</b>							
7.4.1	La organización se asegura de que el producto adquirido cumple los requisitos de compra especificados?				4		
7.4.1	La organización evalúa y selecciona los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con los requisitos de la organización?				4		
7.4.2	La organización se asegura de la adecuación de los requisitos de compra especificados antes de comunicárselos al proveedor				4		
7.4.3	La organización establece e implementa una inspección u otras actividades necesarias para asegurarse de que el				4		

	producto comprado cumple los requisitos de compra especificados?						
<b>7.5 PRODUCCION Y PRESTACION DEL SERVICIO</b>							
7.5.1	La organización planifica y lleva a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas?				4		
7.5.2	La organización valida aquellos procesos de producción y de prestación del servicio donde los productos resultantes no puedan verificarse mediante actividades de seguimiento o medición posteriores?	1					
7.5.2	La organización establece las disposiciones para estos procesos incluyendo 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 y la revalidación?	1					
7.5.3	La organización identifica el estado del producto con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de toda su realización?	1					
7.5.4	La organización identifica, verifica, protege y salvaguarda los bienes que son propiedad del cliente suministrados para su utilización o incorporación dentro del producto?				4		
7.5.4	Ante cualquier pérdida, deterioro o daño del producto la organización lo comunica al cliente?	1					
7.5.5	La organización preserva la conformidad del producto durante el proceso interno y la entrega al destino previsto, incluyendo la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección?	<b>NO APLICA Exclusión</b>					
<b>7.6 CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICION</b>							
7.6	La organización determina el seguimiento y la medición a realizar, y los dispositivos de medición y seguimiento necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del producto con los requisitos determinados?	<b>NO APLICA Exclusión</b>					
7.6	La organización establece procesos para asegurarse de que el seguimiento y medición puedan realizarse y se realicen de una manera coherente con los requisitos de seguimiento y medición?	<b>NO APLICA Exclusión</b>					
<b>Porcentaje de cumplimiento</b>		<b>52.2%</b>					
<b>8. MEDICION, ANALISIS Y MEJORA</b>							
<b>8.1 GENERALIDADES</b>							
8.1	La organización planifica e implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para demostrar la conformidad del producto, asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de la calidad, y mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad?	1					
<b>8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICION</b>							
8.2.1	la organización realiza el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización, determinando los métodos para obtener y utilizar dicha información?	1					
8.2.2	La organización lleva a cabo a intervalos planificados						

	auditorías internas para determinar si el sistema de gestión de la calidad es conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de esta Norma y con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos por la organización y se implementa y mantiene de manera eficaz?	1					
8.2.2	La organización 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?	2					
8.2.2	La organización define los criterios de auditoría, el alcance de la misma, su frecuencia y metodología?	2					
8.2.2	La organización define, en un procedimiento documentado, las responsabilidades y requisitos para la planificación y la realización de auditorías, para informar de los resultados y para mantener los registros?	2					
8.2.2	La dirección responsable del área que esté siendo auditada se asegura de que se toman acciones sin demora para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas?	1					
8.2.3	La organización aplica métodos apropiados para el seguimiento, y cuando sea aplicable, la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad?	1					
8.2.4	La organización mide y hace un seguimiento de las características del producto para verificar que se cumplen los requisitos del mismo?	2					
8.2.4	Se mantiene evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación?	1					
<b>8.3 CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME</b>							
8.3	La organización se asegura de que el producto que no sea conforme con los requisitos, se identifica y aísla para prevenir su uso o entrega no intencional?	2					
8.3	Están definidos en un procedimiento documentado Los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto no conforme?	1					
8.3	Se mantienen registros de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluyendo las concesiones que se hayan obtenido?	1					
8.3	Cuando se detecta un producto no conforme después de la entrega o cuando ha comenzado su uso, la organización toma las acciones apropiadas respecto a los efectos, o efectos potenciales, de la no conformidad?	1					
<b>8.4 ANALISIS DE DATOS</b>							
8.4	La organización determina, recopila y analiza los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y evalúa dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad?	1					
<b>8.5 MEJORA</b>							
8.5.1	La organización mejora 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	1					

	resultados de las auditorias, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección?						
8.5.2	La organización toma acciones para eliminar la causa de no conformidades con objeto de prevenir que vuelva a ocurrir y las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas?	1					
8.5.2	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?	1					
8.5.3	La organización determina acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia y las acciones preventivas son apropiadas a los efectos de los problemas potenciales?	1					
8.5.3	Se ha establecido un procedimiento documentado para definir los requisitos para determinar las no conformidades potenciales y sus causas, evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades, determinar e implementar las acciones necesarias, registrar los resultados de las acciones tomadas y revisar la acciones preventivas tomadas?	1					
<b>Porcentaje de cumplimiento</b>			<b>20.8%</b>				

**ANEXO 2.**  
**Reglamento Interno**  
**del Comité de Calidad**

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE FUNCIONES DEL COMITÉ DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-02 <b>FECHA:</b> 3 de julio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

El Comité de Calidad de COMPARTA EPS-S es el órgano responsable de fomentar, promover y controlar el Sistema de Gestión de la Calidad de la organización.

### **INTEGRANTES**

El Comité de Calidad estará integrado por:

Líder: Representante de la dirección o Gerente

Vocal: Representante de los trabajadores u otro compañero.

Secretario: Coordinador de Calidad

Asesor de Calidad

### **FUNCIONES DEL COMITÉ DE CALIDAD**

- Acompañar a la Gerencia en el desarrollo de la política de Calidad.
- Liderar e involucrarse en los procesos de certificación y procesos de auditoría interna y externa.
- Velar por el cumplimiento de los planes de capacitación.
- Inspeccionar y vigilar el cronograma de actividades relacionadas con el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Establecer estrategias para la difusión de la Gestión de la Calidad en COMPARTA EPS-S.
- Aprobar y dar seguimiento al Manual de Calidad y documentación de procesos de la organización.
- Conformar grupos de trabajo en la organización para llevar a cabo la mejora continua de los procesos de la organización.
- Informar a la Gerencia sobre los avances y resultados de los procesos que impacten en el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Difundir el resultado del desempeño de los procesos en la organización.
- Promover en la organización el desarrollo de una nueva cultura de Calidad.

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE FUNCIONES DEL COMITÉ DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-02 <b>FECHA:</b> 3 de julio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

- Proponer la estimación de los recursos necesarios para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Realizar al menos una reunión del Comité de Calidad al mes.


## **FUNCIONES Y ATRIBUCIONES DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE CALIDAD**

### **LIDER DEL COMITÉ DE CALIDAD**

- Presidir las reuniones del Comité de Calidad y hacer cumplir los acuerdos y tareas propuestas en ellas.
- Proponer al Comité y autorizar los recursos necesarios y justificados para el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de COMPARTA EPS-S.
- Informar a la alta dirección sobre el desempeño de los procesos del sistema de Gestión de la Calidad y la mejora continua.
- Asistir a las reuniones del Comité de Calidad de manera puntual y participativa.
- Realizar las tareas que le sean asignadas en el Comité de Calidad.
- Escuchar y analizar las propuestas de mejora de los trabajadores, expuestas a través de su representante.
- Analizar detalladamente las solicitudes de elaboración, actualización y anulación de documentos, con el fin de determinar su viabilidad.
- Revisar todos los documentos antes de aprobarlos

### **VOCAL**

- Recopilar todas aquellas inquietudes de sus compañeros para exponerlas en la reunión del comité próxima a realizarse.
- Cumplir con las tareas que le sean asignadas en el comité.

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE FUNCIONES DEL COMITÉ DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-02 <b>FECHA:</b> 3 de julio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

- Asistir a las reuniones del Comité de Calidad de manera puntual y participativa.
- Analizar detalladamente las solicitudes de elaboración, actualización y anulación de documentos, con el fin de determinar su viabilidad.
- Asumir la responsabilidad que requiere ser el representante de sus compañeros de trabajo.
- Revisar todos los documentos antes de aprobarlos

### **SECRETARIO**

- Verificar la existencia del quórum necesario para sesionar.
- Verificar que las sesiones del comité se realicen según el orden del día.
- Tomar atenta nota de todos los asuntos tratados en el comité.
- Realizar las respectivas actas de comité.
- Recordar al comité las tareas pendientes.
- Facilitar los recursos necesarios aprobados para las actividades del comité.
- Convocar, por acuerdo con el líder del comité, a las reuniones ordinarias y extraordinarias del Comité de Calidad.
- Coordinar las actividades que se realizan para la implementación de los procesos.
- Mantener y actualizar la documentación básica de las reuniones del comité: ordenes del día, informe de los acuerdos aprobados y de los registros que se generen en ellos.
- Recoger y llevar al comité, las solicitudes de elaboración, modificación y anulación de documentos.

### **ASESOR DE CALIDAD**

- Orientar al Comité de Calidad en el desarrollo de estrategias y actividades del sistema de Gestión de la Calidad.

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE FUNCIONES DEL COMITÉ DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-02 <b>FECHA:</b> 3 de julio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

- Proponer estrategias de mejora para el sistema de Gestión de la Calidad.
- Asistir a las reuniones del Comité de Calidad de manera puntual y participativa.
- Cumplir con las tareas que le sean asignadas en el comité
- Analizar detalladamente las solicitudes de elaboración, actualización y anulación de documentos, con el fin de determinar su viabilidad.
- Revisar todos los documentos antes de aprobarlos

### **NORMAS DE OPERACIÓN**

- Los trabajadores elegirán, cada 4 meses por votación, a uno de sus compañeros para que los represente en el Comité de Calidad.
- Se debe realizar mínimo una reunión del Comité de Calidad al mes.
- Las reuniones del comité de calidad se realizaran si están presentes por lo menos dos integrantes del comité, pero se podrán tomar decisiones, solo si esta presente el líder del Comité.
- Cada uno de los integrantes del comité asumirá la responsabilidad de cumplir con los acuerdos aprobados en las reuniones aun cuando no asista a las mismas.
- Por cada sesión se levantar un acta, que será firmada por cada uno de los asistentes a la reunión.
- Los integrantes del comité de Calidad están obligados a asistir a todas las reuniones ordinarias y extraordinarias del mismo.

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE FUNCIONES DEL COMITÉ DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-02
		<b>FECHA:</b> 3 de julio de 2008
		<b>VERSION:</b> 0

- Los integrantes del Comité de Calidad deben confirmar con un día de anticipación como mínimo, a la Secretaria del mismo, su asistencia a la reunión, pudiendo remitirse en forma impresa, vía telefónica e Internet.
- En cada sesión se emitirá voto por cada uno de los asuntos tratados que ameriten aprobación en el desarrollo de la reunión.

La orden del día para las reuniones del Comité de Calidad, incluirá de ser solicitado, asuntos propuestos por alguno de sus integrantes.

# ANEXO 3.

# Caracterizaciones

	<b>EPS-S COMPARTA</b> <b>804002105-0</b>	<b>PROCESO:</b> Afiliación y Mantenimiento <b>CODIGO:</b> PR-ASEG-AF
	<b>CARACTERIZACION DE PROCESOS</b>	<b>FECHA:</b> 9 de junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

**OBJETIVO DEL PROCESO**  
 Obtener todos los datos necesarios del beneficiario para la administración del subsidio, estableciendo los datos formales de las bases de datos y reportando a los entes territoriales de manera oportuna las novedades generadas de manera que se mantengan los niveles de población asegurada y se ejecute la totalidad de los recursos contratados.

**RESPONSABLES** Coordinador de afiliación y aseguramiento

PROVEEDOR (Quien)	ENTRADAS (Que entra)	ACTIVIDAD	SALIDAS (Que entrega)	CLIENTE (A quien)
Sistemas de Información	Estrategias de Comunicación	<b>PLANEAR</b>	Formato Estructura Poblacional	Dirección de programas
Beneficiario Priorizado	Proyecciones de Mercadeo	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Obtener todos los datos necesarios del afiliado para la administración del subsidio.</li> <li>➤ Información de derechos y deberes a los afiliados.</li> <li>➤ Recepción de BD de datos de priorizados.</li> <li>➤ Recepción de BD de la población asignada.</li> <li>➤ Notificación de novedades por Ente Territorial.</li> <li>➤ Notificación de novedades directa (afiliados).</li> </ul>	Compendio Archivo de Priorizados	SIAU
Ente Territorial	Registro de operación		Informe de Perfiles Familiares y Sociodemográficos	Ente territorial
	Censos Poblacionales	<b>HACER</b>	BD Resolución 812 y Complementarias	Prestadores de servicio
	Establecimiento De políticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Diligenciamiento de formatos de afiliación.</li> <li>➤ Conformación de BD de población asegurada.</li> <li>➤ Digitación y validación de novedades por evento.</li> </ul>	Base de Datos Actualizada	Coordinación Administrativa
	Normatividad vigente	<b>VERIFICAR</b>	Grupos Poblacionales	Dirección Financiera
	Formatos de Afiliación y anexos		Reporte Multifiliados	
	Base de Datos de Afiliados	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Evaluación y verificación de estructura de base de datos.</li> <li>➤ Validación y cruce de datos para identificar multifiliados.</li> </ul>	Ejecución de recursos por aseguramiento	
	Red de Servicios	<b>ACTUAR</b>	Novedades Avaladas	
	Contrato de Administración		Estadística Poblacional	
	Legalización de Novedades	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Corrección y complementación de campos requeridos.</li> <li>➤ Actualización y compendio de BD.</li> <li>➤ Toma de acciones correctivas, preventivas y de mejora.</li> </ul>	Reporte de No aceptación DB	
	Soporte de Novedades		Reporte de Novedades	
	Base de Datos Priorizados			

RECURSOS	DOCUMENTOS RELACIONADOS	MONITOREO	REQUISITOS
<b>Humanos:</b> Coordinador de aseguramiento <b>Infraestructura:</b> Equipo de computo y oficina. <b>Ambiente de trabajo:</b> Condiciones normales de iluminación, temperatura, ventilación y buenas condiciones ergonómicas.	P-ASEG-AF-01 Inscripción y registro de población P-ASEG-AF-02 Validación y conformación de BD P-ASEG-AF-03 Actualización de Novedades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditorias internas</li> <li>• Indicadores de gestión</li> <li>• Asambleas de evaluación participativa, para revisión por parte de la dirección</li> </ul>	<b>NTC-ISO 9001:2000</b> <b>Numerales 7.1 y 7.2.1</b>

**MARCO REGULATORIO**  
 Este proceso será gerenciado por coordinación de Aseguramiento y Sistemas de Afiliación del nivel departamental y agencias sociales en una función de aseguramiento; dentro del marco del Acuerdo 77 del CNSSS y la resolución 812, Circular Externa 018  
 La validación y conformación de la base de datos, se sigue en las disposiciones de procedimiento de las Administraciones Municipales y de conformidad con las estructuras legales y reglamentarias de las bases de datos del sistema.

MEDICION DEL PROCESO				
Nombre indicador	Formula indicador	Meta	Frecuencia	Responsable
Oportunidad para cargar BD a sistema	Fecha de carga de BD - Fecha de entrega BD	2 días	Mensual	Coordinador de afiliación y aseguramiento
Porcentaje de multifiliados por municipio y por contrato	(Cantidad de duplicidades / Población afiliada) x 100	0	Mensual	Coordinador de afiliación y aseguramiento
Oportunidad en la entrega de BD	Día de entrega de BD - Día de inicio del contrato	0 días	Mensual	Coordinador de afiliación y aseguramiento

	<b>EPS-S COMPARTA</b> <b>804002105-0</b>	<b>PROCESO:</b> Estructura de Contratación <b>CODIGO:</b> PR-ASEG-EC
	<b>CARACTERIZACION DE PROCESOS</b>	<b>FECHA:</b> 9 de junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b> Legalización eficaz de Contratos los de Administración y recepción de bases de datos iniciales, manteniendo archivos de los mismos, compendiando los datos indicativos de diagnostico que permitan establecer los perfiles de estructura poblacional, sus condiciones y características; para el planeamiento de servicios.				
<b>RESPONSABLES</b> Coordinador de afiliación y aseguramiento Coordinador administrativo				
<b>PROVEEDOR</b> (Quien)	<b>ENTRADAS</b> (Que entra)	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>SALIDAS</b> (Que entrega)	<b>CLIENTE</b> (A quien)
Sistemas de Información  Beneficiario Priorizado  Ente Territorial	Estrategias de Comunicación  Capacidad de Afiliación  Proyecciones de Mercadeo  Registro de operación  Censos Poblacionales  Establecimiento de políticas  Normatividad vigente  Contratos de administración y anexos	<div style="background-color: #ADD8E6; text-align: center; padding: 2px;"><b>PLANEAR</b></div> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estructurar BD para entrega como soporte técnico de contratos.</li> <li>➤ Selección de datos para el planeamiento.</li> <li>➤ Establecer perfiles etareos y perfiles de riesgo en salud.</li> <li>➤ Diagnostico de características y condiciones sociodemográficas.</li> <li>➤ Estructuración de grupos poblacionales.</li> </ul> <div style="background-color: #ADD8E6; text-align: center; padding: 2px;"><b>HACER</b></div> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Legalización del contrato de administración</li> <li>➤ Entrega de BD a IPS.</li> <li>➤ Entrega de información a interventoría EPS-S.</li> <li>➤ Preliquidación novedades y certificación de inversión de costos para finiquitos contractuales.</li> <li>➤ Alimentación del sistema de información.</li> <li>➤ Actualizaciones de novedades de contratación</li> <li>➤ Establecer grupos etéreos por centro de costo.</li> </ul> <div style="background-color: #ADD8E6; text-align: center; padding: 2px;"><b>VERIFICAR</b></div> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ verificación de consistencia y correspondencia de servicios prestados.</li> <li>➤ Verificación de cumplimiento de anexos a la contratación.</li> <li>➤ Verificación y levantamiento de glosas para la preliquidación de contratos</li> </ul> <div style="background-color: #ADD8E6; text-align: center; padding: 2px;"><b>ACTUAR</b></div> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Toma de acciones correctivas, preventivas y de mejora.</li> </ul>	Formato Estructura Poblacional  Compendio Archivo de Priorizados  Informe de Perfiles Familiares y Sociodemográficos  BD Resolución 812 y Complementarias  Pólizas de garantía y cumplimiento  Pólizas de Alto Costo	Dirección de programas  SIAU  Ente territorial
<b>RECURSOS</b>	<b>DOCUMENTOS RELACIONADOS</b>	<b>MONITOREO</b>	<b>REQUISITOS</b>	
<b>Humanos:</b> coordinador de aseguramiento y coordinador administrativo. <b>Infraestructura:</b> Equipo de computo. <b>Ambiente de trabajo:</b> Condiciones normales de iluminación, temperatura, ventilación y buenas condiciones ergonómicas.	P-ASEG-EC-01 Soporte técnico de contratos P-ASEG-EC-02 Diagnóstico y perfiles de población	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditorías internas</li> <li>• Indicadores de gestión</li> <li>• Asambleas para revisión por parte de la dirección</li> </ul>	<b>NTC-ISO 9001:2000</b> <b>Numerales 7.2.2</b>	
<b>MARCO REGULATORIO</b> Asume la responsabilidad de este procedimiento las gerencias departamentales; el área administrativa de la Regional debe cooperar en el proceso de legalización y análisis. Este procedimiento esta reglamentado por las disposiciones de contratación pública y por las directrices del Ministerio de Protección social y las indicaciones del CNSS. Los diagnósticos y perfiles se establece en el marco de la resolución 412 de 2000 y en la resolución 3384 de 2000 y definen disposiciones que configuran esquemas de estructura de información de la población afiliada al sistema.				
<b>MEDICION DEL PROCESO</b>				
<b>Nombre indicador</b>	<b>Formula indicador</b>	<b>Meta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Responsable</b>
Oportunidad en la entrega de base de datos inicial a IPS	Fecha de entrega de BD inicial – Fecha de iniciación del contrato	3 días	Trimestral	Coordinador de afiliación y aseguramiento
Proporción de contratos legalizados en los términos	Contratos legalizados en los términos / Total de contratos	100%	Trimestral	Coordinación administrativa
Oportunidad en la legalización contratos	Fecha de iniciación del contrato – Fecha de legalización del contrato	5 días	Trimestral	Coordinación administrativa
Oportunidad en la liquidación de contratos	Fecha de liquidación del contrato – fecha de finalización del contrato	0 días	Semestral	Coordinación de aseguramiento y administrativa

	<b>EPS-S COMPARTA</b> <b>804002105-0</b>	<b>PROCESO:</b> Carnetización
	<b>CARACTERIZACION DE PROCESOS</b>	<b>CODIGO:</b> PR-ASEG-CAR <b>FECHA:</b> 9 de junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b> Garantizar la organización logística de la elaboración, control de calidad y entrega física del carnet, documento que identificará al beneficiario dentro de la EPS y con el cual podrá acceder a los servicios de atención en salud.				
<b>RESPONSABLES</b> Coordinador de afiliación y aseguramiento				
PROVEEDOR (Quien)	ENTRADAS (Que entra)	ACTIVIDAD	SALIDAS (Que entrega)	CLIENTE (A quien)
Ente Territorial  Coordinación administrativa	Soportación de carnetización.  BD población afiliada  Materia prima para carnetización	<b>PLANEAR</b>	Carnets  Soportes de carnetización  BD carnetizada  Informe preliminar de carnetización  Informe de ejecución de recursos por aseguramiento	Ente territorial  Afiliado  Agenciamiento del servicio  IPS  Mantenimiento y auditoría  Coordinación administrativa
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Acceso a BD actualizada.</li> <li>➤ Diseño y estructura de carnets</li> <li>➤ Establecer el plan operativo de carnetización.</li> <li>➤ Estableces estrategia y medios de entrega de carnets.</li> </ul>		
		<b>HACER</b>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaboración de carnets</li> <li>➤ Envío de carnetización a centros de entrega.</li> <li>➤ Entrega individual de carnets.</li> <li>➤ Consolidación de información de carnetización.</li> </ul>		
		<b>VERIFICAR</b>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Control de calidad de carnetización.</li> <li>➤ Verificación de datos y contenidos de carnets.</li> <li>➤ Verificación de BD de carnetizados.</li> <li>➤ Verificación de soportes de carnetización</li> </ul>		
		<b>ACTUAR</b>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Toma de acciones correctivas, preventivas y de mejora.</li> </ul>		
RECURSOS	DOCUMENTOS RELACIONADOS	MONITOREO	REQUISITOS	
<b>Humanos:</b> Coordinador de aseguramiento, administrativo, agentes sociales <b>Infraestructura:</b> Equipos de computo y equipos de oficina. <b>Ambiente de trabajo:</b> Condiciones normales de iluminación, temperatura, ventilación y buenas condiciones ergonómicas.	P-ASEG-CAR-01 Logística y confección de carnetización P-ASEG-CAR-02 Entrega y registro de carnetización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditorías internas</li> <li>• Indicadores de gestión</li> <li>• Asambleas para revisión por parte de la dirección</li> </ul>	<b>NTC-ISO 9001:2000</b> <b>Numerales 7.1 y 7.2.3</b>	
<b>MARCO REGULATORIO</b> Este proceso será gerenciado por la coordinación de Aseguramiento y Sistemas de Afiliación en todos los niveles; dentro del marco del Acuerdo 77 del CNSSS, circular externa 04MS056SNS, Acuerdo 244 y complementaria.				
MEDICION DEL PROCESO				
Nombre indicador	Formula indicador	Meta	Frecuencia	Responsable
Oportunidad en al entrega de carnets a usuarios	Fecha de entrega de carnets – Fecha de afiliación	0 días	Mensual	Coordinación de afiliación y aseguramiento
Proporción de población carnetizada	Población carnetizada / Total de población afiliada	100%	Mensual	Coordinación de afiliación y aseguramiento

	<b>EPS-S COMPARTA</b> <b>804002105-0</b>	<b>PROCESO:</b> Determinar Elementos de Oferta
	<b>CARACTERIZACION DE PROCESOS</b>	<b>CODIGO:</b> PR-RED-EO
		<b>FECHA:</b> 9 de junio de 2008
		<b>VERSION:</b> 0

<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b> Desplegar el planeamiento de presupuesto en función de garantizar el acceso con calidad a todos los servicios del POSS y de los criterios de política institucional y de Empresa. Lo anterior implica conocer la estructura de aseguramiento por centros de costo y la sumatoria por departamento como nivel de los procesos operativos para la garantía del acceso a servicios, con aseguramiento del riesgo en Salud; pero también, de la responsabilidad económica, especialmente el control de presupuesto.				
<b>RESPONSABLES</b> Gestor de servicios Gestor de salud				
<b>PROVEEDOR</b> (Quien)	<b>ENTRADAS</b> (Que entra)	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>SALIDAS</b> (Que entrega)	<b>CLIENTE</b> (A quien)
Aseguramiento  Administrativa	Base de Datos de Afiliados  Contrato de administración	<b>PLANEAR</b>	Política de aplicación de recursos  Presupuesto de costos por niveles de complejidad por municipio  Participación de oferta de servicios por naturaleza de proveedor	Administrativa  Ente Territorial  Gestores de Servicios y de Salud
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecer principios estratégicos de la empresa.</li> <li>➤ Establecer principios institucionales de acuerdo a la normatividad vigente.</li> <li>➤ Establecer políticas de aplicación de recursos.</li> <li>➤ Establecimiento de propuestas de oferta competitiva.</li> <li>➤ Establecer el presupuesto de costos por nivel de complejidad y por municipio.</li> <li>➤ Predefinir georeferencia de resolución de servicios.</li> </ul>		
		<b>HACER</b>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Selección de áreas y niveles de aplicación de políticas propuestas.</li> <li>➤ Priorización estratégica de nichos de mercado.</li> <li>➤ Aplicar recursos por servicios, tramos de cobertura y niveles de complejidad.</li> </ul>		
		<b>VERIFICAR</b>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Evaluar el comportamiento de los costos</li> <li>➤ Identificar desviaciones de oferta.</li> </ul>		
		<b>ACTUAR</b>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Proponer ajustes presupuestales.</li> <li>➤ Aplicar acciones correctivas, preventivas y de mejora.</li> </ul>		
<b>RECURSOS</b>	<b>DOCUMENTOS RELACIONADOS</b>		<b>MONITOREO</b>	<b>REQUISITOS</b>
<b>Humanos:</b> Gestor de servicios y de salud. <b>Infraestructura:</b> Equipo de computo y de oficina. <b>Ambiente de trabajo:</b> Condiciones normales de iluminación, temperatura, ventilación y buenas condiciones ergonómicas.	P-RED-EO-01 Administración de criterios del sistema P-RED-EO-02 Planeación presupuestal		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditorías internas</li> <li>• Indicadores de gestión</li> <li>• Asambleas para revisión por parte de la dirección</li> </ul>	<b>NTC-ISO 9001:2000</b> <b>Numerales 7.4.1 y 7.4.2</b>
<b>MARCO REGULATORIO</b> Este procedimiento tiene como marco conceptual y legal las disposiciones del Consejo Nacional de Seguridad Social, en lo relacionado con los criterios de regulación y protección de las instituciones prestadoras de servicios. Obedece a las políticas formales de la gestión financiera y contable, propuestas en los estudios de gerencia del SGSSS y del esquema estratégico de gerencia de riesgo adoptado por la empresa en el comité de planeación corporativa.				
<b>MEDICION DEL PROCESO</b>				
<b>Nombre indicador</b>	<b>Formula indicador</b>		<b>Meta</b>	<b>Frecuencia</b>
Eficiencia Administrativa y Financiera	Numero de proveedores / Numero de Centros de Costo		1	Semestrales
Brecha negocial	Costo Pertinente - Costo Imputado		0	Semestrales
				Gestor de Servicios y Salud
				Gestor de Servicios y Salud

	<b>EPS-S COMPARTA</b> <b>804002105-0</b>	<b>PROCESO:</b> Selección de Prestadores
	<b>CARACTERIZACION DE PROCESOS</b>	<b>CODIGO:</b> PR-RED-SP <b>FECHA:</b> 9 de junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b> Conocer toda la oferta de servicios disponibles en el entorno de la población asegurada y además las características de acceso condiciones de referenciación del servicio, e identificar la capacidad de resolución de cada proveedor y su conveniente georeferencia.				
<b>RESPONSABLES</b> Gestor de servicios Gestor de salud				
PROVEEDOR (Quien)	ENTRADAS (Que entra)	ACTIVIDAD	SALIDAS (Que entrega)	CLIENTE (A quien)
Normatividad  IPS	Portafolios de servicios  Suficiencia de red  Documentos de IPS	<b>PLANEAR</b>	Red priorizada  Mapeo de oficina de autorizaciones	Ente Territorial  IPS  Gestores de Servicios y Salud  Coordinación y agencia de servicios  Equipo de M y A
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecer la georeferenciación de la población asegurada.</li> <li>➤ Establecer condiciones de accesibilidad a los servicios de salud.</li> <li>➤ Establecimiento de requisitos de autorizaciones.</li> <li>➤ Estructuración de red prestadora por servicios, tramos de cobertura y niveles de complejidad.</li> </ul>		
		<b>HACER</b>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ mapificación de rutas de acceso y oficinas de autorización de servicios.</li> <li>➤ Solicitud y recepción de portafolios de servicios.</li> <li>➤ Identificación de requisitos de habilitación de prestadores.</li> <li>➤ Selección de red prestadora de servicios de salud.</li> <li>➤ Elaboración y envío de cartas de intención de contratación a la red.</li> </ul>		
		<b>VERIFICAR</b>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Evaluación de capacidad de resolución de la red.</li> <li>➤ Valoración de las características del servicio.</li> </ul>		
		<b>ACTUAR</b>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Toma de acciones correctivas preventivas y de mejora.</li> </ul>		
RECURSOS	DOCUMENTOS RELACIONADOS	MONITOREO	REQUISITOS	
<b>Humanos:</b> gestores de salud <b>Infraestructura:</b> Equipo de computo y oficina. <b>Ambiente de trabajo:</b> Condiciones normales de iluminación, temperatura, ventilación y buenas condiciones ergonómicas.	P-RED-SP-01 Evaluación de condiciones de referencia P-RED-SP-02 Estudio de portafolios I-RED-01 Selección, Evaluación y re-evaluación de proveedores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditorías internas</li> <li>• Indicadores de gestión</li> <li>• Asambleas para revisión por parte de la dirección</li> </ul>	<b>NTC-ISO 9001:2000</b> <b>Numerales 7.4.1, 7.4.2 y 7.4.3</b>	
<b>MARCO REGULATORIO</b> Este proceso se regula en el marco de todo el derecho contractual y especialmente en las disposiciones que para este fin establece el consejo nacional de seguridad social en salud. Por otra parte el establecimiento de estructuras de oferta obedece a políticas de planeamiento propias de la empresa.				
MEDICION DEL PROCESO				
Nombre indicador	Formula indicador	Meta	Frecuencia	Responsable
Oportunidad de referencia de usuarios a IPS de nuestra red	Sumatoria del numero de minutos transcurridos entre la solicitud de referencia y el momento en el cual es autorizada por la EPSs / total de solicitudes de referencia	5 minutos	Mensual	Gestor de servicios
Oportunidad en la asignación de citas medicas en las IPSs de nuestra red	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en consulta medica y la fecha para la cual es asignada la cita / numero total de consultas medicas asignadas	1 día	Mensual	Gestor de servicios

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Caracterización de red prestadora
	<b>CARACTERIZACION DE PROCESOS</b>	<b>CODIGO:</b> PR-RED-CRED <b>FECHA:</b> 9 de junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b> Conocer los servicios ofertados por la Red Prestadora con sus tarifas, como instrumento en la provisión de costos y en el planeamiento de la atención a nuestros usuarios, asegurando la prestación de servicios de salud POS-S.				
<b>RESPONSABLES</b> Gestor de servicios Gestor de salud				
<b>PROVEEDOR</b> (Quien)	<b>ENTRADAS</b> (Que entra)	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>SALIDAS</b> (Que entrega)	<b>CLIENTE</b> (A quien)
Gestor de Servicios y de Salud  Coordinación Programática	Normatividad  Red Priorizada  Necesidades de Oferta	<b>PLANEAR</b>	Contratos legalizados de red prestadora de servicios  Contratos liquidados de red prestadora de servicios  Estructura de servicios, tarifas y protocolos por proveedor  Registro de red en fiducia	Administrativa  Ente Territorial  IPS  Gestor de Servicios y de Salud  Coordinación Programática  Coordinación y agencia de servicios  Equipo de M y A
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecer terminos legales y convencionales de contratación.</li> <li>➤ Definición de servicios y niveles de complejidad.</li> <li>➤ Determinación de valores, tarifas y facturación de proveedores.</li> <li>➤ Establecimiento de características del servicio.</li> </ul>		
		<b>HACER</b>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Negociación del contrato.</li> <li>➤ Suscripción del contrato.</li> <li>➤ Liquidación de contratos.</li> <li>➤ Registro de proveedores de servicios.</li> <li>➤ Distribución de presupuesto por centro de costo.</li> </ul>		
		<b>VERIFICAR</b>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Evaluación de ejecución contractual.</li> <li>➤ Verificación de contenidos contractuales.</li> </ul>		
<b>ACTUAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Toma de acciones correctivas, preventivas y de mejora.</li> </ul>			
<b>RECURSOS</b>	<b>DOCUMENTOS RELACIONADOS</b>	<b>MONITOREO</b>	<b>REQUISITOS</b>	
<b>Humanos:</b> Gestor de servicios y de salud. <b>Infraestructura:</b> Equipo de computo y de oficina. <b>Ambiente de trabajo:</b> Condiciones normales de iluminación, temperatura, ventilación y buenas condiciones ergonómicas.	P-RED-CRED-01 Suscripción de contratos de prestación P-RED-CRED-02 Establecer estructuras de oferta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditorias internas</li> <li>• Indicadores de gestión</li> <li>• Asambleas para revisión por parte de la dirección</li> </ul>	<b>NTC-ISO 9001:2000</b> <b>Numerales 7.4.3 y 7.5.1</b>	
<b>MARCO REGULATORIO</b> Este proceso se regula en el marco de todo el derecho contractual y especialmente en las disposiciones que para este fin establece el consejo nacional de seguridad social en salud. Por otra parte el establecimiento de estructuras de oferta obedece a políticas de planeamiento propias de la empresa.				
<b>MEDICION DEL PROCESO</b>				
<b>Nombre indicador</b>	<b>Formula indicador</b>	<b>Meta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Responsable</b>
Eficiencia Administrativa y Financiera	Numero de proveedores / Numero de Centros de Costo	1	Semestrales	Gestor de Servicios y Salud
Brecha negocial	Costo Pertinente - Costo Imputado	0	Semestrales	Gestor de Servicios y Salud
Alineamiento Institucional y organizacional	Porcentaje Contratado con red Publica  Porcentaje Contratado con red privada Porcentaje Contratado con red organizacional	>= 60% 0 40%	Semestrales	Gestor de Servicios y Salud
Enfoque de modelo de contratación	Porcentaje de contratación por servicio trazador	>= 0	Semestrales	Gestor de Servicios y Salud

	<b>EPS-S COMPARTA</b> <b>804002105-0</b>	<b>PROCESO:</b> Información General del Sistema
	<b>CARACTERIZACION DE PROCESOS</b>	<b>CODIGO:</b> PR-AGEN-IGS <b>FECHA:</b> 10 de junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b> Establecer las disposiciones normativas y de dirección que determinan el marco de los procesos críticos especialmente los relacionados con la calidad en la atención de los servicios de salud y atención al usuario, operando de manera eficiente y con unidad de criterios todos los métodos de comunicación que permitan a la empresa informar al usuario y a los proveedores de sus derechos y obligaciones, y a la vez socializar los espacios e instrumentos establecidos para conocer las observaciones quejas y reclamos de ellos.				
<b>RESPONSABLES</b> Coordinación Regional SIAU, Coordinación Departamental SIAU				
<b>PROVEEDOR</b> (Quien)	<b>ENTRADAS</b> (Que entra)	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>SALIDAS</b> (Que entrega)	<b>CLIENTE</b> (A quien)
Beneficiario  Ente Territorial	Normatividad  Base de Datos de Afiliados  Base de Datos Priorizados	<div style="background-color: #e0f0ff; text-align: center; padding: 2px;"><b>PLANEAR</b></div> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecer las disposiciones legales y normativas del sistema aplicables a la atención al usuario.</li> <li>➤ Identificar las obligaciones legales y contractuales. de los diferentes actores del sistema.</li> <li>➤ Establecer criterios para definición de procesos críticos para el beneficiario.</li> <li>➤ Determinar la información necesaria para comunicar al usuario.</li> <li>➤ Diseñar las estructuras de comunicación acorde al objetivo de la información a entregar.</li> <li>➤ Programar las Actividades de Comunicación.</li> </ul> <div style="background-color: #e0f0ff; text-align: center; padding: 2px;"><b>HACER</b></div> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Socializar la normatividad aplicable a la atención al usuario y los modelos de gestión de la empresa al cliente interno y a los diversos actores.</li> <li>➤ Diseñar el material informativo.</li> <li>➤ Recopilar y Compendiar información pertinente para ajuste de procesos críticos.</li> <li>➤ Análisis de causas y sugerencias de procesos críticos e implementación de cambios.</li> <li>➤ Informar al usuario sobre los contenidos definidos.</li> </ul> <div style="background-color: #e0f0ff; text-align: center; padding: 2px;"><b>VERIFICAR</b></div> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Evaluar el cumplimiento de las obligaciones legales y contractuales de los actores.</li> <li>➤ Evaluar el cumplimiento del Plan de Comunicación.</li> <li>➤ Evaluar la socialización y el impacto de la información al Cliente Interno y a los Actores del Sistema.</li> </ul> <div style="background-color: #e0f0ff; text-align: center; padding: 2px;"><b>ACTUAR</b></div> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ajustar Planes de Comunicación según dinámica de demanda de servicios.</li> <li>➤ Actualizar la información referida a normatividad.</li> <li>➤ Implementar Acciones correctivas, preventivas y de mejora.</li> </ul>	Material Educativo  Estrategias de Educación Comunitario  Planes de Comunicación	Ente Territorial  IPS  Beneficiario
<b>RECURSOS</b>	<b>DOCUMENTOS RELACIONADOS</b>		<b>MONITOREO</b>	<b>REQUISITOS</b>
<b>Humanos:</b> Equipo SIAU Regional, Departamental, Agentes Sociales y Coordinaciones de Servicios <b>Infraestructura:</b> Equipo de computo y oficina. <b>Ambiente de trabajo:</b> Condiciones normales de iluminación, temperatura, ventilación y buenas condiciones ergonómicas.	P-AGEN-IGS-01 Caracterización del sistema P-AGEN-IGS-02 Administración de métodos de comunicación		<ul style="list-style-type: none"> <li>• AutoEvaluación</li> <li>• Auditorias internas</li> <li>• Indicadores de gestión</li> <li>• Asambleas para revisión por parte de la dirección</li> </ul>	<b>NTC-ISO 9001:2000</b> <b>Numerales 7.2.3 y 7.4.2</b>
<b>MARCO REGULATORIO</b> El procedimiento de caracterización del sistema lo define la normatividad en general del sistema de seguridad social en salud, mas específicamente la reglas de gestión de calidad de información institucional y de vigilancia y control. La obligatoriedad de la comunicación es un componente de las normas que disponen o regulan servicios y actividades relacionadas con el aseguramiento.				
<b>MEDICION DEL PROCESO</b>				
<b>Nombre indicador</b>	<b>Formula indicador</b>	<b>Meta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Responsable</b>
Cumplimiento de Planes de Comunicación	$(\text{Personas Capacitadas} / \text{Total de Personas a Capacitar}) \times 100$	100%	Mensual	SIAU Departamental
Cumplimiento de Planes de Socialización a Cliente Interno y Actores	$(\text{Actividades realizadas} / \text{Actividades Planeadas}) \times 100$	100%	Semestral	SIAU Departamental

	<b>EPS-S COMPARTA</b> <b>804002105-0</b>	<b>PROCESO:</b> Gestión de Demanda
	<b>CARACTERIZACION DE PROCESOS</b>	<b>CODIGO:</b> PR-AGEN-GD
		<b>FECHA:</b> 10 de julio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b> Establecer rutas que garanticen la accesibilidad a los servicios del POSS de manera oportuna y suficiente a los afiliados, creando también estructuras de organización para la participación de los mismos con el objetivo de prestar los servicios con criterios de calidad en consideración a variables propias de los usuarios.				
<b>RESPONSABLES</b> Coordinación de SIAU				
PROVEEDOR (Quien)	ENTRADAS (Que entra)	ACTIVIDAD	SALIDAS (Que entrega)	CLIENTE (A quien)
Beneficiario  Ente Territorial	Base de Datos de Afiliados  Legalización de Novedades  Soporte de Novedades  Base de Datos Priorizados  Normatividad	<b>PLANEAR</b>	Rutas de acceso por centro de atención  Necesidades de demanda  Asociación de usuarios conformada  Red de comunales saludables por centro de atención  Lideres saludables por unidad de gestión administrativa	Administrativa  Ente Territorial  IPS  Reaseguradota
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estructuración de servicios por proveedor.</li> <li>➤ Establecer rutas de accesibilidad.</li> <li>➤ Definir contenidos de autorizaciones.</li> <li>➤ Definición de estrategias de participación social para la gestión de servicios de salud.</li> <li>➤ Organización de asociación de usuarios.</li> <li>➤ Establecer funcionalidad de los usuarios.</li> </ul>		
		<b>HACER</b>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Priorización de red de servicios por patología.</li> <li>➤ Selección de IPS destino.</li> <li>➤ Identificación y selección de lideres sociales.</li> <li>➤ Socialización de responsabilidades a lideres.</li> <li>➤ Socialización de responsabilidades de vigilancia e intermediación a asociación de usuarios.</li> <li>➤ Realizar informe de gestión.</li> </ul>		
		<b>VERIFICAR</b>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Verificación de efectividad de estrategias de participación social tomadas.</li> </ul>		
<b>ACTUAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Toma de acciones correctivas, preventivas y de mejora.</li> </ul>			
RECURSOS	DOCUMENTOS RELACIONADOS	MONITOREO	REQUISITOS	
<b>Humanos:</b> Personal comparta <b>Infraestructura:</b> Equipo de computo y oficina. <b>Ambiente de trabajo:</b> Condiciones normales de iluminación, temperatura, ventilación y buenas condiciones ergonómicas.	P-AGEN-GD-01 Referenciación de servicios de salud P-AGEN-GD-02 participación social en gestión de servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditorias internas</li> <li>• Indicadores de gestión</li> <li>• Asambleas para revisión por parte de la dirección</li> </ul>	<b>NTC-ISO 9001:2000</b> <b>Numerales 7.2.3</b>	
<b>MARCO REGULATORIO</b> El proceso de referenciación se ejecuta en el marco de lo dispuesto en el decreto 2759 de 1991 y demás disposiciones que lo reglamentan, así como también el proceso de participación social se ejecuta en el marco del decreto 1757 de 1994 y en consideración a las políticas sociales y cooperativas de la empresa.				
MEDICION DEL PROCESO				
Nombre indicador	Formula indicador	Meta	Frecuencia	Responsable
Porcentaje de quejas de usuarios	$(\text{Numero de quejas} / \text{total de usuarios}) \times 100$	5%	Trimestral	Coordinación de SIAU
Oportunidad en la atención para la entrega de la autorización de servicios	Sumatoria (hora de entrega de la autorización de servicio - hora de llegada a oficina de atención al usuario) / total de autorizaciones	5 min.	Mensual	Coordinación de SIAU

	<b>EPS-S COMPARTA</b> <b>804002105-0</b>	<b>PROCESO:</b> Canalización del Usuario
	<b>CARACTERIZACION DE PROCESOS</b>	<b>CODIGO:</b> PR-AGEN-CU <b>FECHA:</b> 10 de junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

### OBJETIVO DEL PROCESO

Garantizar el flujo de información al usuario con metodología y elementos comprensibles que le permitan el ejercicio de los derechos y acciones de sus responsabilidades, ofreciéndoles el acceso a los servicios de salud de acuerdo a los términos de referencia, verificando los parámetros definidos para la emisión de autorizaciones y atendiendo y resolver las actividades y solicitudes generales de mantenimiento del usuario, como carnetización, actualización de información, reporte de novedades.

**RESPONSABLES** SIAU

PROVEEDOR (Quién)	ENTRADAS (Que entra)	ACTIVIDAD	SALIDAS (Que entrega)	CLIENTE (A quien)
Normatividad Beneficiario Ente Territorial Aseguramiento Gestores de Salud Dirección de Programas Usuarios IPS Origen	Base de Datos de Afiliados	<b>PLANEAR</b>	Esquema pedagógico	Administrativa
	Legalización de Novedades	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificación de requisitos para acceso a servicios de salud y sistema de referencia.</li> <li>➤ Verificación de derechos del usuario.</li> <li>➤ Establecer canalización o ventanilla de aseguramiento.</li> <li>➤ Identificación de necesidades del usuario.</li> </ul>	Usuario informado	Ente Territorial
	Soporte de Novedades	<b>HACER</b>	Informe contable de copagos	IPSA
	Base de Datos Priorizados	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Recepción de solicitud de servicio.</li> <li>➤ Confrontación con base de datos de afiliados.</li> <li>➤ Identificación y clasificación del servicio solicitado.</li> <li>➤ Asignación de proveedor del servicio.</li> <li>➤ Emisión de orden de autorización.</li> <li>➤ Recaudo de copagos.</li> <li>➤ Reporte de informe contable.</li> <li>➤ Atender y resolver las actividades de mantenimiento del usuario correspondiente a novedades, actualización de datos y carnetización.</li> <li>➤ Reporte de novedades y carnetización en el mantenimiento del usuario.</li> </ul>	Autorizaciones emitidas	Reaseguradota
	Formato red priorizada por patología	<b>VERIFICAR</b>	Informe de demanda regulada	Gestores de salud
	Sistema de georeferencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificación de observaciones sobre la calidad del servicio.</li> <li>➤ Analisis de la demanda regulada.</li> <li>➤ Actualización de bases de datos.</li> </ul>	Resolución del estado del usuario	Dirección de programas
	Esquema de inducción	<b>ACTUAR</b>	Novedades	Aseguramiento
	Planes especiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Toma de acciones correctivas, preventivas y de mejora.</li> </ul>	BD actualizada	Usuario
	POS-S			Comunidad afiliados
	Orden de Referencia			Organizaciones sociales
Solicitud del servicio				

RECURSOS	DOCUMENTOS RELACIONADOS	MONITOREO	REQUISITOS
<b>Humanos:</b> Coordinador de SIAU. <b>Infraestructura:</b> Equipo de computo y oficina. <b>Ambiente de trabajo:</b> Condiciones normales de iluminación, temperatura, ventilación y buenas condiciones ergonómicas.	P-AGEN-CU-01 Información del usuario P-AGEN-CU-02 Autorización de servicios P-AGEN-CU-03 Mantenimiento del usuario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditorias internas</li> <li>• Indicadores de gestión</li> <li>• Asambleas para revisión por parte de la dirección</li> </ul>	<b>NTC-ISO 9001:2000</b> <b>Numerales 7.2.1, 7.2.2 y 7.2.3</b>

### MARCO REGULATORIO

La información a los usuarios es un aspecto de todas las disposiciones que regulan los diversos aspectos del régimen subsidiado. El proceso de autorización de servicios está orientado por los criterios técnicos emitidos por Gestores de Salud y definido por lo establecido en el POSS. El sustento legal no es la única fundamentación del Sistema de Atención al Usuario, está basado en principios éticos y humanistas y de calidad de los servicios. Su implementación está determinado por la normatividad de atención al usuario definido en la Ley 100 de 1993, la Ley 190 de 1995, y pronunciamientos del gobierno nacional como la directiva Presidencial 05 de 1995 y la circular 009 de 1996 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

MEDICION DEL PROCESO				
Nombre indicador	Formula indicador	Meta	Frecuencia	Responsable
Porcentaje de quejas de usuarios	$(\text{Numero de quejas} / \text{total de usuarios}) \times 100$	5%	Trimestral	Coordinación de SIAU
Oportunidad en la atención para la entrega de la autorización de servicios	Sumatoria (hora de entrega de la autorización de servicio - hora de llegada a oficina de atención al usuario) / total de autorizaciones	5 min.	Mensual	Coordinación de SIAU

	<b>EPS-S COMPARTA</b> <b>804002105-0</b>	<b>PROCESO:</b> Medición de la Satisfacción Social
	<b>CARACTERIZACION DE PROCESOS</b>	<b>CODIGO:</b> PR-AGEN-MSS <b>FECHA:</b> 10 de junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b> Evaluar la satisfacción social mediante la aplicación de mecanismos de medición objetiva aplicados de manera directa a los usuarios donde se determine la calidad de la atención y el impacto de esta en la salud, hallando también los niveles de desempeño en los procesos de referenciación del servicio y atención del usuario a través de la evaluación del impacto en la demanda y la confrontación con el sistema de referencia.				
<b>RESPONSABLES</b> Coordinación de SIAU				
PROVEEDOR (Quien)	ENTRADAS (Que entra)	ACTIVIDAD	SALIDAS (Que entrega)	CLIENTE (A quien)
Aseguramiento  Gestores de Salud  Dirección de Programas  Usuarios	Plataforma tecnológica  Consolidados por procedimiento (quejas, sugerencias, encuesta)  Base de datos actualizada  Red priorizada por patología  Opinión del usuario	<b>PLANEAR</b>	Informes y reportes  Necesidades de Demanda  Propuestas de mejoramiento  Informe de calidad esperada  Planes de mejoramiento  Informe de satisfacción de usuarios	Gestores de salud  Dirección de programas  Aseguramiento  Comunidad de usuarios  Organizaciones sociales  Comunidad de afiliados
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Definición de protocolos de medición de la satisfacción.</li> <li>➤ Planificación de aplicación de instrumentos de medición de la satisfacción.</li> <li>➤ Establecimiento de metas de participación social.</li> <li>➤ Establecer criterios de calidad en el sistema de referencia.</li> </ul>		
		<b>HACER</b>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aplicación de instrumentos de medición de la satisfacción.</li> <li>➤ Sistematización y consolidación de la información recolectada.</li> <li>➤ Informe de calidad encontrada.</li> </ul>		
		<b>VERIFICAR</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Análisis de la información recolectada.</li> <li>➤ Determinación de eficacia y eficiencia de respuestas.</li> </ul>				
<b>ACTUAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecimiento de acciones correctivas y seguimiento.</li> <li>➤ Aplicación de planes de mejoramiento.</li> </ul>			
RECURSOS	DOCUMENTOS RELACIONADOS	MONITOREO	REQUISITOS	
<b>Humanos:</b> coordinador de SIAU, personal compartida. <b>Infraestructura:</b> Equipo de computo. <b>Ambiente de trabajo:</b> Condiciones normales de iluminación, temperatura, ventilación y buenas condiciones ergonómicas.	P-AGEN-MSS-01 Medición de aspectos de servicio P-AGEN-MSS-02 Medición de aspectos de participación y referencia I-AGEN-01 Medición y seguimiento a la satisfacción del cliente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditorias internas</li> <li>• Indicadores de gestión</li> <li>• Asambleas para revisión por parte de la dirección</li> </ul>	<b>NTC-ISO 9001:2000 Numerales 7.2.2, 7.2.3 y 8.2.1</b>	
<b>MARCO REGULATORIO</b> Este proceso se diseña desarrolla e implementa en una interpretación extensiva de los sistemas de gestión de calidad.				
MEDICION DEL PROCESO				
Nombre indicador	Formula indicador	Meta	Frecuencia	Responsable
Tasa de Satisfacción Global	$\left( \frac{\text{Numero de afiliados que se consideran satisfechos con los servicios recibidos en la EPS-S}}{\text{Numero total de afiliados encuestados por la EPS-S}} \right) * 100$	95%	Semestral	Coordinación de SIAU
Tasa de Traslados desde la EPS-S	$\left( \frac{\text{Numero de afiliados que se traslado a otra EPS-S del régimen, en el periodo}}{\text{numero total de afiliados en el periodo}} \right) * 100$	0	Semestral	Coordinación de SIAU
Porcentaje de quejas resueltas antes de 15 días	$\left( \frac{\text{Numero de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días}}{\text{Numero total de quejas recibidas}} \right) * 100$	98%	Semestral	Coordinación de SIAU



**EPS-S COMPARTA**  
804002105-0

**PROCESO:** Auditoría en Salud

**CODIGO:** PR-MAU-AUS

**CARACTERIZACION DE PROCESOS**

**FECHA:** 10 de junio de 2008

**VERSION:** 0

**OBJETIVO DEL PROCESO**

Este proceso contiene los términos de la auditoría; la valoración de conformidad de las cuentas médicas y la estructuración de la oferta presentada en el esquema de los servicios; evaluación de la calidad que presentaron esos servicios; finalmente el establecimiento del análisis y la implementación de acciones correctivas y de mejoramiento.

**RESPONSABLES**

Coordinador de mantenimiento y auditoría

PROVEEDOR (Quién)	ENTRADAS (Que entra)	ACTIVIDAD	SALIDAS (Que entrega)	CLIENTE (A quien)
Beneficiario  Ente Territorial  Aseguramiento  Administrativo  IPS	Base de Datos de Afiliados	<b>PLANEAR</b>	Ajuste de Ventas	Administrativa
	Legalización de Novedades	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar los servicios demandados de conformidad con la estructura de oferta de servicios del modelo de salud y los niveles de eficiencia en el costo.</li> <li>Establecer estándares de calidad de la atención en salud.</li> </ul>	Novedades Avaladas	Ente Territorial  IPS
	Soporte de Novedades	<b>HACER</b>	Estadística Poblacional	Reaseguradora
	Base de Datos Priorizados	<ul style="list-style-type: none"> <li>recepción y radicación de cuantas médicas.</li> <li>Revisión de cuentas médicas</li> <li>Matrices de P y P.</li> <li>Generación de Glosas y Objeciones</li> <li>Conciliación de Glosas</li> <li>Clasificación de Cuentas para recobros: CTC, Tutelas, Vinculados, Zonificados.</li> </ul>	Reporte de No aceptación DB	Gestor de salud
Censos poblacionales	<b>VERIFICAR</b>	Reporte de Novedades	Coordinación Programática	Administrativa y financiera
Condiciones contractuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguimiento a pacientes de alto costo y estancias prolongadas atendidos en la red de proveedores en el área metropolitana.</li> <li>Visita de la red de proveedores para la verificación de suficiencia y el cumplimiento de los estándares de calidad.</li> </ul>	Actualización base de Datos		
Coberturas POS-S	<b>ACTUAR</b>	Valor autorizado para pago		
Cuentas de servicios		<ul style="list-style-type: none"> <li>Generación de planes de mejoramiento de la calidad de atención en salud.</li> </ul>	Valor glosado	
Normatividad			Indicadores de evaluación	
			Informe comportamiento de costos	
			Valor a pagar	

RECURSOS	DOCUMENTOS RELACIONADOS	MONITOREO	REQUISITOS
<b>Humanos:</b> auditores, médicos y auxiliares contables <b>Infraestructura:</b> Equipo de computo. <b>Ambiente de trabajo:</b> Condiciones normales de iluminación, temperatura, ventilación y buenas condiciones ergonómicas.	P-MAU-AUS-01 Auditoría de cuentas médicas P-MAU-AUS-02 Auditoría de calidad P-MAU-AUS-03 Auditoría médica P-MAU-AUS-04 Notificación de objeciones del servicio P-MAU-AUS-05 Suscripción de planes de mejoramiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auditorías internas</li> <li>Indicadores de gestión</li> <li>Asambleas para revisión por parte de la dirección</li> </ul>	<b>NTC-ISO 9001:2000</b> <b>Numerales 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4, 8.3 y 8.4</b>

**MARCO REGULATORIO**

La regulación de este proceso se asume desde las condiciones de la relación contractual y lo definido en el Decreto Ley 1281 2002, y los Decretos 2309 de 2004, 3260 de 2004, 1165 de 1996, 1001 de 1997 y 3374 de 2000.

La auditoría de la calidad se regula por el Decreto 1011 de 2006

**MEDICION DEL PROCESO**

Nombre indicador	Formula indicador	Meta	Frecuencia	Responsable
Porcentaje de RIPS validados	( Numero de RIPS validados en la malla de validación / Numero de RIPS presentados por la IPS) x 100	100%	Mensual	Coordinador de auditoría y mantenimiento
Informe de errores de los RIPS a las IPS	( Número de oficios informando a las IPS los errores encontrados en los RIPS presentados / Número de IPS cuyos RIPS han presentado errores ) x 100	0	Mensual	Coordinador de auditoría y mantenimiento
Porcentaje de Glosas a red de Proveedores	Total valor glosado / Total valor Facturado	0	Mensual	Coordinador de auditoría y mantenimiento
Porcentaje de IPS que radican dentro de los primeros veinte (20) días del mes.	Número de IPS que radican dentro de los primeros 20 días del mes / Número de IPS que conforman la red	100%	Mensual	Coordinador de auditoría y mantenimiento
Porcentaje de IPS 's con plan de mejoramiento	(IPS 's con plan de mejoramiento / Total IPS 's de nuestra red) x 100	100%	Trimestral	Coordinador de auditoría y mantenimiento

	<b>EPS-S COMPARTA</b> <b>804002105-0</b>	<b>PROCESO:</b> Consolidación de Perfiles de Riesgo en Salud
	<b>CARACTERIZACION DE PROCESOS</b>	<b>CODIGO:</b> PR-SIN-CPRS <b>FECHA:</b> 10 de Junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b> Establecer estados de salud, condiciones socioeconómicas y demográficas que permitan planear la atención de los servicios y la gestión del desarrollo social.				
<b>RESPONSABLES</b> Coordinación de aseguramiento, Coordinación Programática y Gerencia de Riesgo en salud				
PROVEEDOR (Quien)	ENTRADAS (Que entra)	ACTIVIDAD	SALIDAS (Que entrega)	CLIENTE (A quien)
Aseguramiento y Sistemas de Información  Mantenimiento y auditoría  Ministerio de Protección Social  IPS  Ente Territorial	Base de Datos de Afiliados  Normatividad  RIPS  Base de datos del SISBEN	<b>PLANEAR</b>	Estructura de grupos poblacionales  Perfil Epidemiológico  Perfil Socioeconómico	Coordinación Programática  Gerencia de Riesgo en salud  Gestores de servicios  Gestores de salud  Ente Territorial  IPS
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecer la caracterización de los grupos poblacionales de acuerdo a los ciclos vitales.</li> <li>➤ Estructurar el comportamiento histórico de la demanda de servicios de acuerdo a la morbimortalidad.</li> <li>➤ Definir los factores condicionantes que afectan y determinan las condiciones de salud.</li> </ul>		
		<b>HACER</b>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecer los perfiles epidemiológicos, etéreos y socioeconómicos de la población afiliada.</li> <li>➤ Establecer primeras causas de morbimortalidad por servicios trazadores.</li> </ul>		
		<b>VERIFICAR</b>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Índices de riesgos por centro de costos.</li> <li>➤ Índices de riesgos condicionantes por centro de costo.</li> <li>➤ Precisión y confiabilidad en contenido de los RIPS</li> </ul>		
		<b>ACTUAR</b>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Implementación de proyectos de gestión social.</li> </ul>		
RECURSOS	DOCUMENTOS RELACIONADOS	MONITOREO	REQUISITOS	
<b>Humanos:</b> personal comparta <b>Infraestructura:</b> Equipo de computo. <b>Ambiente de trabajo:</b> Condiciones normales de iluminación, temperatura, ventilación y buenas condiciones ergonómicas.	P-SIN-CPRS-01 Estructura de grupos poblacionales P-SIN-CPRS-02 Identificación de perfiles epidemiológicos P-SIN-CPRS-03 Identificación de factores condicionantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditorias internas</li> <li>• Indicadores de gestión</li> <li>• Asambleas para revisión por parte de la dirección</li> </ul>	<b>NTC-ISO 9001:2000</b> <b>Numerales 8.4 y 8.5.3</b>	
<b>MARCO REGULATORIO</b> La estructura para las etapas de desarrollo y necesidad de atención del usuario están establecidas en las guías técnicas de la resolución 412 y la resolución 3384 de 2000. El levantamiento del perfiles epidemiológico se regula por lo dispuesto en el decreto 1011 de 2006 el cual da los elementos para el sistema de garantía de la calidad de atención en salud. El marco del procedimiento de identificación de factores condicionantes se define fundamentalmente en la política social de la empresa y en la estructura del SISBEN.				
MEDICION DEL PROCESO				
Nombre indicador	Formula indicador	Meta	Frecuencia	Responsable
Incidencia de costos por estructura poblacional	$(\text{desviación} / \text{valor UPC periodo mes}) \times 100$	0%	Semestral	Gerencia de riesgo en salud
Porcentaje de usuarios demandantes de los servicios de consulta medica por centro de costo	$(\text{Sumatoria de usuarios que son atendidos en IPS 's por centro de costo} / \text{Total de usuarios}) \times 100$	39,9%	Trimestral	Gerencia de riesgo en salud

	<b>EPS-S COMPARTA</b> <b>804002105-0</b>	<b>PROCESO:</b> Planeamiento de Enfoque de Atención
		<b>CODIGO:</b> PR-SIN-EA
	<b>CARACTERIZACION DE PROCESOS</b>	<b>FECHA:</b> 10 de junio de 2008
		<b>VERSION:</b> 0

<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b> Desarrollar el esquema institucional de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, las estructuras de enfoque de tramos de cobertura y el diseño de planes y proyectos que propongan solución a las necesidades en salud de la población afiliada.				
<b>RESPONSABLES</b> Coordinación Programática y Gerencia de Riesgo en salud				
<b>PROVEEDOR (Quien)</b> Entes de Vigilancia y Control  Aseguramiento y Sistemas de información  Mantenimiento y Auditoría	<b>ENTRADAS (Que entra)</b> Base de Datos de Afiliados  Normatividad  Reportes epidemiológicos  RIPS	<b>ACTIVIDAD</b> <b>PLANEAR</b> ➤ De acuerdo al resultado de los perfiles de riesgo, establecer los programas, las estrategias y la población objeto que involucre el modelo de salud. ➤ Establecer las directrices de manejo para el control del riesgo, el mantenimiento de la salud y conductas saludables en la población. <b>HACER</b> ➤ Establecer las metas de cobertura para la oferta de servicios de protección específica y detección temprana. ➤ Diseñar planes y proyectos en salud que enfoquen los riesgos detectados. ➤ Diseñar programas de gestión para la demanda de servicios con criterios de calidad. <b>VERIFICAR</b> ➤ Aplicación del modelo de salud. ➤ Nivel de ejecución de programas de gestión de demanda. ➤ Nivel de cobertura de programas. ➤ Número de proyectos presentados, Costos e impacto de los mismos. <b>ACTUAR</b> ➤ Planes de mejora.	<b>SALIDAS (Que entrega)</b> Modelo de salud  Planes institucionales  Proyectos con enfoque de riesgo	<b>CLIENTE (A quien)</b> Ente Territorial  IPS  Coordinación Programática  Gerencia de Riesgo en salud  Gestores de Servicios  Gestor de salud
<b>RECURSOS</b> Humanos: personal compartía <b>Infraestructura:</b> Equipo de computo. <b>Ambiente de trabajo:</b> Condiciones normales de iluminación, temperatura, ventilación y buenas condiciones ergonómicas.	<b>DOCUMENTOS RELACIONADOS</b> P-SIN-EA-01 Estructura del enfoque de salud P-SIN-EA-02 Diseño de programas para gestión de demanda P-SIN-EA-03 Diseño de planes y proyectos	<b>MONITOREO</b> • Auditorías internas • Indicadores de gestión • Asambleas para revisión por parte de la dirección	<b>REQUISITOS</b> NTC-ISO 9001:2000 Numerales 8.4 y 8.5.1	
<b>MARCO REGULATORIO</b> El Modelo de Salud por ser el componente sustancial de la administración del sistema de salud y por su enfoque integral se fundamenta en toda la estructura normativa que regula el régimen subsidiado, especialmente las normas relacionadas con la organización y reorganización del sistema de salud (Ley 10/1990 decreto 1757/1994); y los acuerdos que establecen los contenidos del plan de beneficios (Acuerdo 72, 74, y 306 del CNSSS) y el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud decreto 1011 de 2006.  El proceso de diseño de programas para gestión de demanda se diseña a partir de lo dispuesto en la resolución 412 de 2000 y 3384 de 2000.  El diseño de planes y proyectos es un proceso definido en los términos del decreto 1011 de 2006, mediante el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud de S.G.S.S.S. De igual forma las disposiciones establecidas en los contratos de prestación de servicios; también implica las formalidades de la estructura de planes y proyectos para el mejoramiento de la calidad.				
<b>MEDICION DEL PROCESO</b>				
<b>Nombre indicador</b>	<b>Formula indicador</b>	<b>Meta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Responsable</b>
Enfoque preventivo	(UPC de promoción + UPC de promoción) contratada / (UPC de promoción + UPC de promoción) esperada	1	Semestral	Gerencia de riesgo en salud
Nivel de enfoque en conformación de red	Servicio trazador contratado por debajo del estándar - Servicio trazador contratado por encima del estándar	0	semestral	Gerencia de riesgo en salud

	<b>EPS-S COMPARTA</b> <b>804002105-0</b>	<b>PROCESO:</b> Gerencia de Coberturas
	<b>CARACTERIZACION DE PROCESOS</b>	<b>CODIGO:</b> PR-SIN-GECO <b>FECHA:</b> 10 de junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b> Ilustrar, socializar y negociar la aplicación del enfoque de atención de los servicios, midiendo y vigilando el comportamiento de la demanda de los servicios en relación con su respectivo planeamiento.				
<b>RESPONSABLES</b> Coordinadores Programáticos y Gerencia de Aseguramiento del Riesgo en Salud				
<b>PROVEEDOR</b> (Quien)	<b>ENTRADAS</b> (Que entra)	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>SALIDAS</b> (Que entrega)	<b>CLIENTE</b> (A quien)
Mantenimiento y Auditoria  Entes de Vigilancia y Control  IPS	Base de Datos de Afiliados  Legalización de Novedades  Normatividad  RIPS	<div style="background-color: #e0f0e0; text-align: center; padding: 2px;"><b>PLANEAR</b></div> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Establecer estandares para la medición de la oferta y la demanda de servicios.</li> </ul> <div style="background-color: #e0f0e0; text-align: center; padding: 2px;"><b>HACER</b></div> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Compendiar los datos indicativos de diagnostico que permitan establecer los perfiles de siniestralidad; para el planeamiento de servicios.</li> <li>➤ Generar mecanismos de mejoramiento.</li> <li>➤ Identificar aspectos epidemiológicos de interés para la conservación colectiva de mejores condiciones de salud.</li> </ul> <div style="background-color: #e0f0e0; text-align: center; padding: 2px;"><b>VERIFICAR</b></div> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Enfoque del modelo.</li> <li>➤ Indicación de metas de cobertura por oferta y demanda.</li> <li>➤ Brecha de calidad observada y esperada.</li> <li>➤ Plan de gestión del modelo.</li> <li>➤ Medición de riesgos por centro de costo.</li> </ul> <div style="background-color: #e0f0e0; text-align: center; padding: 2px;"><b>ACTUAR</b></div> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Acciones correctivas, preventivas y de mejora.</li> </ul>	Comportamiento de Oferta y Demanda de servicios  Enfoque del modelo  Segmentación de servicios  Planes de Mejoramiento	Ente Territorial  IPS  Coordinación Programática  Gerencia de Aseguramiento del Riesgo en salud  Gestores de Servicios  Gestores de Salud  SIAU
<b>RECURSOS</b>		<b>DOCUMENTOS RELACIONADOS</b>		<b>MONITOREO</b>
<b>Humanos:</b> gerente de riesgo en salud. <b>Infraestructura:</b> Equipo de computo y oficina. <b>Ambiente de trabajo:</b> Condiciones normales de iluminación, temperatura, ventilación y buenas condiciones ergonómicas.		P-SIN-GECO-01 Ponderación de oferta en tramos de cobertura P-SIN-GECO-02 Medición de características de la atención de servicios de salud P-SIN-GECO-03 Vigilancia epidemiológica		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditorias internas</li> <li>• Indicadores de gestión</li> <li>• Asambleas para revisión por parte de la dirección</li> </ul>
<b>REQUISITOS</b> <b>NTC-ISO 9001:2000</b> <b>Numerales 8.4 y 8.5</b>				
<b>MARCO REGULATORIO</b> Los diagnósticos y perfiles se estableces en el marco de la resolución 412 de 2000, la resolución 3384 de 2000. El procedimiento de Medición de características de la atención de servicios de salud se ejecuta en lo dispuesto en la circular 018 de 2005; las adiciones hechas en la circular externa No 023 del 26 de diciembre de 2005 y las instrucciones dadas en la circular 030 de 2006. El procedimiento de Vigilancia Epidemiológica corresponde a un sistema regulado en el decreto 1562 de 1984.				
<b>MEDICION DEL PROCESO</b>				
<b>Nombre indicador</b>	<b>Formula indicador</b>	<b>Meta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Responsable</b>
Enfoque preventivo	$\frac{\text{(UPC de promoción + UPC de promoción) contratada}}{\text{(UPC de promoción + UPC de promoción) esperada}}$	1	Semestral	Gerencia de riesgo en salud
Nivel de enfoque en conformación de red	Servicio trazador contratado por debajo del estándar - Servicio trazador contratado por encima del estándar	0	semestral	Gerencia de riesgo en salud

# ANEXO 4.

## Control y Elaboración de Documentos

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>CONTROL Y ELABORACION DE DOCUMENTOS</b>	<b>CODIGO:</b> P-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 17 de junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

## 1. PROPOSITO

Establecer la metodología para el control de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad de COMPARTA EPS-S, en cuanto a la revisión, aprobación, emisión, distribución y modificación.

## 2. ALCANCE

Este proceso es normativo a todos los procesos de COMPARTA EPS-S. Inicia con la identificación de la necesidad de documentación y culmina con la liberación del documento para su implantación.

## 3. RESPONSABLES

**Coordinador de Calidad:** Dar a conocer en su totalidad el contenido del presente documento, la aplicación y el total cumplimiento de cada uno de los parámetros aquí establecidos.

**Comité de Calidad:** Analizar las solicitudes para la elaboración, modificación o anulación de documentos y aprobarlas cuando lo considere necesario.

**Todo el personal:** Cumplir los lineamientos establecidos en el documento cada vez que se encuentre involucrado en alguna de las actividades relacionadas con el control de los documentos de COMPARTA EPS-S.

## 4. DEFINICIONES

**Proceso:** Conjunto de actividades relacionadas entre si, las cuales transforman elementos de entrada en elementos de salida o resultados.

**Producto/servicio:** Resultado de un proceso.

**Sistema de Gestión de Calidad:** La estructura organizacional, los procedimientos, los procesos y los recursos necesarios para establecer la política de calidad, cumplir con los objetivos y controlar una organización.

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>CONTROL Y ELABORACION DE DOCUMENTOS</b>	<b>CODIGO:</b> P-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 17 de junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

**Manual de calidad:** Documento donde se contempla y especifica el sistema de gestión de calidad.

**Procedimiento:** Forma especificada para llevar a cabo una actividad o proceso. Describe lo que debe hacerse, cuando debe hacerse, quien debe hacerlo y donde se deja evidencia de las actividades realizadas.

**Instructivo:** Documento que describe paso a paso la actividad a desarrollar.

**Registro:** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de las actividades realizadas.

**No conformidad:** Incumplimiento de un requisito

## 5. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

### 5.1 CRITERIOS PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS

El nivel de documentación del Sistema de Gestión de la Calidad de COMPARTA EPS-S incluye:

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>CONTROL Y ELABORACION DE DOCUMENTOS</b>	<b>CODIGO:</b> P-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 17 de junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0



Figura 1. Nivel de documentación del sistema de gestión de calidad

- Nivel I: **Manual de Calidad:** Es el documento que describe el Sistema de Gestión de Calidad de COMPARTA EPS-S.
- Nivel II: **Política y Objetivos de Calidad:** Declaración documentada de las intenciones y dirección global de COMPARTA EPS-S relativas a la calidad; resultados a lograr con calidad.
- Nivel III: **Procesos, procedimientos, instructivos:** Documentos exigidos por la norma ISO 9001 y los requisitos por la institución para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de los procesos gerenciales, procesos propios de la línea básica y de apoyo administrativo.
- Nivel IV: **Registro de calidad:** Documentos requeridos por el sistema de gestión de la calidad de la organización, como son: registros de indicadores de gestión y demás formas que evidencian el cumplimiento de las actividades desempeñadas.

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>CONTROL Y ELABORACION DE DOCUMENTOS</b>	<b>CODIGO:</b> P-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 17 de junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

- Nivel V: **Documentos de origen externo:** Normas internacionales de calidad ISO 9001 y demás normas relacionadas con el sector.

## 5.2 CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL CONTROL Y ELABORACION DE LOS DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

- a. Todos los documentos de l sistema de gestión de calidad deben estar acorde con la declaración de la visión, misión, valores, políticas, estrategias, normas, reglamentos y procedimientos vigentes de COMPARTA EPS-S.
- b. Se prohíbe divulgar documentos del tipo procedimental, instrucciones o registros que aun no han sido aprobados por el responsable de su autorización.
- c. Todos los documentos del sistema de gestión de calidad deben tener consistencia en la elaboración con respecto a las consideraciones gramaticales, redacción y edición en toda la organización.
- d. Los documentos deben ser siempre sin tachones, borrones o enmiendas.
- e. Cada servicio debe asegurarse de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso.
- f. La documentación del SGC debe ser aprobada por los coordinadores y/o líderes del proceso; debe ser reportada a la oficina de aseguramiento de la calidad.

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>CONTROL Y ELABORACION DE DOCUMENTOS</b>	<b>CODIGO:</b> P-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 17 de junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

- g. La oficina de aseguramiento de la calidad mantiene actualizado el registro, **R-GESCAL-19** listado maestro de documentos del sistema de gestión de calidad.
- h. Los documentos vigentes o en uso se identifican por la anotación “Copia controlada” en el bloque inferior del la página.
- i. Los documentos obsoletos deben ser recuperados por la oficina de aseguramiento de la calidad para su eliminación y se conserva una copia en medio magnético.
- j. Todos los documentos del sistema de gestión de calidad deben estar en medio magnético ubicados o relacionados en la red.
- k. Los datos registrados en otros medios; como, por ejemplo en copias de papel se controlan de acuerdo a los criterios del procedimiento **P-GESCAL-02** Control de registros.
- l. Para garantizar la protección y preservación de los documentos, los procedimientos se almacenan y protegen en fólder plastificados y los registros en carpetas legajadoras, medio magnético, bases de datos, u otro medio que evidencie sus resultados.
- m. Se asigna una codificación a los documentos del sistema de gestión de calidad con base a la tabla de códigos de los procesos definida por la coordinación de aseguramiento de la calidad. La codificación permite diferenciar el tipo de documento (procedimiento, instructivo, registro) del sistema y el proceso al que pertenece.
- n. Cuando se anule un documento, el código del mismo no debe ser asignado a otro documento que se elabore.

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>CONTROL Y ELABORACION DE DOCUMENTOS</b>	<b>CODIGO:</b> P-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 17 de junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

- o. Para asegurar el control de los documentos en las diferentes dependencias de COMPARTA EPS-S se mantendrán controladas las copias de los documentos referidos en el listado maestro de documentos internos **R-GESCAL-19** listado maestro de documentos del sistema de gestión de la calidad.
- p. Las copias de cartillas e información entregada al usuario, clientes y entidades externas con excepción al organismo certificador, no se mantendrán bajo control.
- q. Las versiones actualizadas de los documentos del sistema de gestión de calidad como son: visión, misión, políticas de calidad, valores, estructura organizacional en retablos u otro medio disponible en lugares visibles de la institución serán documentos controlados.
- r. Los cambios temporales y/o pruebas a los documentos del sistema de gestión de calidad, una vez cumplido el tiempo de prueba, se determina si es normalizado, para lo cual se modifica o se elabora el nuevo documento correspondiente, y se somete a su aprobación por la autoridad competente.
- s. Cada responsable de proceso hará una revisión de los documentos de calidad bajo su control cuando así lo considere necesario, con el propósito de promover el mejoramiento continuo y mantener actualizado los documentos del sistema de gestión de calidad de COMPARTA EPS-S.
- t. Los documentos de origen externo que controla COMPARTA EPS-S corresponden a normas gubernamentales en salud, normatividad ISO y otra documentación de uso en las diferentes áreas que regula la línea básica de la organización. Estos documentos se controlan en cada dependencia y deben estar relacionados en el registro **R-GESCAL-19**

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>CONTROL Y ELABORACION DE DOCUMENTOS</b>	<b>CODIGO:</b> P-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 17 de junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

listado maestro de documentos del sistema de gestión de calidad, actualizado y controlado por la coordinación de aseguramiento de la calidad. El listado maestro debe identificar el proceso, el nombre del documento, el código, el personal autorizado a su acceso, la ubicación del documento, cambio, No de versión, disposición final.

- u. Los documentos de origen externo, como registros de competencia del personal (educación, entrenamiento, experiencia, habilidades) se mantendrán en la hoja de vida de cada empleado, registro controlado por la coordinación de talento humano y su tiempo de retención será permanente hasta que el empleado se retire o salga de la institución, posteriormente podrán ser destruidos.

### **5.3 ESTRUCTURA PARA EDICION DE LOS DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

#### **5.3.1 Manual de Calidad**

Cada una de las páginas del manual de Gestión de la Calidad de la COMPARTA EPS-S, deben ser impresas en tamaño carta. La codificación obedece al siguiente esquema: I-A-X, donde I identifica el manual como un Instructivo, A representa el código del proceso responsable de su elaboración, distribución y control, y X es número consecutivo.

#### **5.3.2 Caracterización de los procesos**

Los procesos identificados del Sistema de Gestión de la Calidad como su interacción en la organización, se caracterizan de acuerdo a los siguientes lineamientos:

##### **5.3.2.1 Identificación y codificación:**

Los procesos se identifican y clasifican en tres (3) categorías:

- Eslabones de Dirección.

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad <b>CODIGO:</b> P-GESCAL-01
	<b>CONTROL Y ELABORACION DE DOCUMENTOS</b>	<b>FECHA:</b> 17 de junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

- Eslabones de negocio.
- Eslabones de soporte.

<b>Código</b>	<b>Eslabones</b>
<b>ESLABONES DE DIRECCION</b>	
GESCOR	<b>GESTIÓN CORPORATIVA</b>
GESCAL	<b>GESTIÓN DE CALIDAD</b>
<b>ESLABONES DE NEGOCIO</b>	
<b>ASEG</b>	<b>AFILIACION Y ASEGURAMIENTO</b>
AF	Afiliación y mantenimiento
01	Inscripción y registro población
02	Validación y Conformación de Base de Datos
03	Actualización y Novedades
EC	Estructuración de contratación
01	Soportes Técnicos de Contratos
02	Diagnóstico y perfiles de Población
CAR	Carnetización
01	Logística y confección de carnetización
02	Entrega y registro de carnetización
<b>RED</b>	<b>CONFORMACION DE RED</b>
EO	Determinar elementos de oferta
01	Administración de criterios del sistema
02	Planeación Presupuestal
SP	Selección de prestadores
01	Evaluación de condiciones de referencia
02	Estudio de portafolios
CRED	Caracterización de red prestadora
01	Suscripción de contratos de prestación
02	Establecer estructuras de oferta
<b>AGEN</b>	<b>AGENCIAMIENTO DEL SERVICIO</b>
IGS	Información general del sistema
01	Caracterización del sistema
02	Administración de métodos de comunicación
GD	Gestión de demanda
01	Referenciación de servicios de Salud
02	Participación social en gestión de servicios
CU	Canalización del usuario
01	Información del Usuario
02	Autorización de servicios
03	Mantenimiento del usuario
MSS	Medición de la satisfacción social
01	Medición de aspectos del servicio
02	Medición de aspectos de participación y referencia
<b>MAU</b>	<b>MANTENIMIENTO Y AUDITORIA</b>
EP	Estructuración de la provisión de servicios

01	Esquema de servicios y costos
02	Características de calidad en la Atención
AUS	Auditoria en Salud
01	Auditoria de cuentas medicas
02	Auditoria de calidad
03	Auditoria medica
04	Notificación de objeciones del servicio
05	Suscripción de planes de mejoramiento
SIN	<b>ANALISIS DE RIESGO Y SINIESTRALIDAD</b>
CPRS	Consolidación de perfiles de riesgo en salud
01	Estructura de grupos poblacionales
02	Identificación de perfiles epidemiológicos
03	Identificación de factores condicionantes
EA	Planeamiento de enfoque de atención
01	Estructuración del Modelo de Salud
02	Diseño de programas para gestión de demanda
03	Diseño de planes y proyectos en factores incidentes
GECO	Gerencia de coberturas
01	Ponderación de oferta en tramos de cobertura
02	Medición de características de la atención de servicios de salud
03	Vigencia epidemiológica
<b>ESLABONES DE SOPORTE</b>	
GESFIN	<b>GESTION FINANCIERA</b>
GC	Gestión del contrato
01	Perfeccionamiento contractual
02	Gestión de resultados
03	Finiquitos
FR	Flujos de recursos
01	Gestión de cartera
02	Gestión de pagos
IO	Instrumentación operativa
01	Suministro de bienes y servicios
02	Administración y activos e inventarios
ADFI	Administración Financiera
01	Gestión Contable
02	Diagnósticos financieros
03	Información financiera
04	Planeamiento Aditivo – Financiero
GESHUM	<b>GESTION HUMANA</b>
SI	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad <b>CODIGO:</b> P-GESCAL-01
	<b>CONTROL Y ELABORACION DE DOCUMENTOS</b>	<b>FECHA:</b> 17 de junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

### 5.3.2.2 Presentación de la caracterización e interacción del proceso

Todo proceso deberá identificar las actividades que lo componen, así como la interacción con otros procesos del Sistema de Gestión de la Calidad, de acuerdo a la figura No 2 que se muestra a continuación:

<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b>				
<b>RESPONSABLES</b>				
PROVEEDOR (Quien)	ENTRADAS (Que entra)	ACTIVIDAD	SALIDAS (Que entrega)	CLIENTE (A quien)
		PLANEAR		
		HACER		
		VERIFICAR		
		ACTUAR		
<b>RECURSOS</b>		<b>DOCUMENTOS RELACIONADOS</b>	<b>MONITOREO</b>	<b>REQUISITOS</b>
Humanos: Infraestructura: Ambiente de trabajo:				
<b>MARCO REGULATORIO</b>				
<b>MEDICION DEL PROCESO</b>				
<b>Nombre indicador</b>		<b>Formula indicador</b>	<b>Meta</b>	<b>Frecuencia</b>

Figura 2. Caracterización de procesos

### 5.3.2.3 Contenido de la caracterización e interacción del proceso

- Responsable del proceso: cargo con responsabilidad y autoridad en proceso.
- Objetivo del proceso: el fin último del proceso.
- Recursos del proceso:
  - Humanos: cargos que son necesarios para la ejecución del proceso y cumplimiento de su propósito a cabalidad.
  - Infraestructura: recursos tales como equipos, maquinaria, hardware, herramientas y software, que funcionan como apoyo a las actividades que componen el proceso.
  - Ambiente de trabajo: condiciones ambientales requeridas para

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>CONTROL Y ELABORACION DE DOCUMENTOS</b>	<b>CODIGO:</b> P-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 17 de junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

que el proceso se desarrolle eficientemente y que influyen directamente en la calidad del producto o servicio final, dichas condiciones deben definirse en términos cuantificables, tales como temperatura, ruido, ventilación, etc.

- Marco regulatorio: disposiciones del cliente, legales o de la organización que se deben tener en cuenta cuando se va a ejecutar el proceso.
- Requisitos de ISO 9001 relacionados: numerales de la Norma Técnica Colombiana NTC-ISO-9001 a los cuales apunta directamente el proceso.
- Monitoreo (Seguimiento) del proceso: criterios y métodos para la realización del seguimiento del proceso. En COMPARTA EPS-S se tiene definido a través de auditorías internas, indicadores de gestión y reuniones de comité de calidad para revisión del SGC (indicadores).
- Documentos relacionados: citar los nombres y códigos de los procedimientos e instructivos del proceso.
- Medición del proceso: indicadores del proceso.
- Descripción actividades del proceso: esta descripción debe aclarar la secuencia de las actividades del proceso y las interacciones existentes con otros procesos de la organización; se debe identificar el proceso proveedor (quién), la entrada (qué entra), las actividades (flujo del proceso-secuencia), responsable (cargo responsable de la actividad), salida (qué entrega) y el proceso cliente (a quién).

### **5.3.3 Edición de los procedimientos e instructivos**

Se deben documentar de acuerdo al estándar definido por la coordinación de aseguramiento de la Calidad, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Presentación
- Contenido del documento

#### **5.3.3.1 Presentación**

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad <b>CODIGO:</b> P-GESCAL-01
	<b>CONTROL Y ELABORACION DE DOCUMENTOS</b>	<b>FECHA:</b> 17 de junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

• **Formato**

Todas las hojas que conforman cada uno de los procedimientos se documentan de acuerdo al formato que se muestra en la figura 3.

Para el caso de los instructivos se sugiere utilizar el formato según figura 4 , pero si el caso lo requiere, los instructivos tienen la flexibilidad de utilizar cualquier otra presentación siempre y cuando contengan la identificación mínima: nombre de la Institución, unidad empresarial, área, nombre del documento, proceso, código, versión y fecha de aprobación.


a) logo. 	<b>b) Nombre de la organización</b>	<b>d) PROCESO:</b> <b>e) CODIGO:</b>
	<b>c) Titulo</b>	<b>f) FECHA:</b> <b>g) VERSION:</b>
1. PROPOSITO 2. ALCANCE 3. RESPONSABLES 4. DEFINICIONES 5. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES 6. DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS		
Aprobado por:	Fecha de aprobación: (dd/mm/aa)/	copia controlada Hoja: 1/x

Figura 3. Formato para documentar procedimientos


a) logo. 	<b>b) Nombre de la organización</b>	<b>d) PROCESO:</b> <b>e) CODIGO:</b>
	<b>c) Titulo</b>	<b>f) FECHA:</b> <b>g) VERSION:</b>
1. PROPOSITO 2. ALCANCE 3. DEFINICIONES 4. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES		
Aprobado por:	Fecha de aprobación: (dd/mm/aa)	copia controlada Hoja: 1/x

Figura 4. Formato para documentar instructivos

• **Bloque superior**

El bloque superior debe especificar:

- a) En la parte izquierda va el logo de la organización COMPARTA EPS-S

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>CONTROL Y ELABORACION DE DOCUMENTOS</b>	<b>CODIGO:</b> P-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 17 de junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

b) Nombre de la organización: EPS-S COMPARTA 804002105-0

c) Título: Se escribe el nombre del procedimiento, guía asistencial, instructivo o registro que se normaliza.

d) Proceso: Se escribe el nombre del proceso según corresponda.

e) Código: Todos los documentos se identifican de acuerdo a la codificación asignada a cada proceso. La codificación obedece al siguiente esquema:

- Procedimientos: P-A-B-X, donde P significa que es un procedimiento, A representa el código del eslabón, B representa el código del proceso y X corresponde a un número del procedimiento.

- Instructivos administrativos, guías de manejo: I-A-B-X, donde I significa que es una instrucción, guía de manejo o protocolo, A representa el código del eslabón, B representa el código del proceso y X corresponde a un número consecutivo.

- Registros: R-A-X, donde R significa que es un registro, A representa el código del eslabón y X es un número consecutivo de los registros del proceso.

f) Fecha: corresponde a la fecha de elaboración.

g) Versión: Se identifican los cambios y el estado de revisión actual de los documentos. Por ejemplo 0, 1, 2, 3 modificaciones.

- **Bloque inferior**

El bloque inferior debe especificar:

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>CONTROL Y ELABORACION DE DOCUMENTOS</b>	<b>CODIGO:</b> P-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 17 de junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

a) Aprobado: Corresponde al nombre del cargo con el nivel de autoridad que revisa y aprueba los documentos antes de su emisión.

b) Fecha aprobación: Fecha en la cual se aprueba el procedimiento para su uso. Se debe especificar el día, mes, año, Por ejemplo 15/08/01. Esta fecha de aprobación la emite la oficina de aseguramiento de la calidad con el fin de liberarlo para su uso.

c) Página: Numeración asignada a las hojas, así: 1/N, 2/N, etcétera, donde N es el número total de hojas del documento.

d) Copia controlada: La coordinación de aseguramiento de la Calidad, colocará el sello "copia Controlada", para asegurar que el documento se encuentra vigente o en uso.

• **Cuerpo del texto**

a) Numeración: se numeran los temas, propósito, alcance, procedimiento, criterios de manejo, etcétera de aparición.

Se numeran las subsecciones como 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, etcétera, o a., b., c., d., e., etcétera por orden cronológico.

b) Márgenes: ajustar los márgenes en 2 cm. del lado superior, inferior; izquierdo y derecho.

c) Espaciamiento: Se recomienda dejar un espacio sencillo entre el título y la primera sección del tema, un espacio doble entre la finalización de la sección del tema y el inicio del título del próximo tema. En la exposición de un tema se recomienda usar espacio sencillo.

d) Tipo de escritura: El tipo de escritura seleccionado para el cuerpo del texto es Tahoma, tamaño máximo No 12.

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>CONTROL Y ELABORACION DE DOCUMENTOS</b>	<b>CODIGO:</b> P-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 17 de junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

### 5.3.3.2. Contenido de los procedimientos

Todos los procedimientos de COMPARTA EPS-S se estructuran al menos con seis elementos, para proporcionar al lector la información que se requiere en el desarrollo de una actividad. Estos elementos son en orden de aparición los siguientes:

a) **Propósito:** Define el motivo por el cual se realiza una actividad o lo que se espera normalizar. Si algo vale la pena hacerse debe tener un motivo para hacerlo. Si no puede decir porqué y para qué debe existir un procedimiento, entonces lo mejor es no hacerse ni escribirse. La declaración de propósito debe manifestar por qué está en práctica y porqué debe escribirse el procedimiento o la actividad que se realiza.

b) **Alcance:** efecto o trascendencia de la actividad que se realiza, su eficacia y consecuencia. Debe identificarse el inicio y fin del procedimiento, ¿A quién se afecta? ¿A qué departamentos, secciones, servicios, o grupos incluye?

c) **Responsable:** definir el cargo responsable del procedimiento; si existen cargos responsables de actividades específicas dentro del procedimiento, estos quedarán enunciados dentro de éstas.

d) **Definiciones:** describir el significado del vocabulario que sea importante aclarar y que aparece en la descripción de las actividades.

e) **Descripción de actividades:** se describe la forma específica de llevar a cabo la actividad particular.

f) **Documentos y Registros relacionados:** citar los nombres y los códigos de los procedimientos, instructivos y documentación que están asociados al proceso y los registros utilizados para presentar los resultados obtenidos como evidencia de las actividades

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>CONTROL Y ELABORACION DE DOCUMENTOS</b>	<b>CODIGO:</b> P-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 17 de junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

desempeñadas.

### 5.3.3.3 Contenido de los instructivos según Figura 4.

Los instructivos que se documenten según el formato presentado en la figura 4 tienen el siguiente contenido:

a) **Propósito:** Define el motivo por el cual se realiza una actividad o lo que se espera normalizar.

b) **Alcance:** Efecto o trascendencia de la actividad que se realiza, su eficacia y consecuencia. Debe identificarse el inicio y fin del instructivo, ¿A quién se afecta? ¿A qué departamentos, secciones, servicios, o grupos incluye?

c) **Definiciones:** describir el significado del vocabulario que sea importante aclarar y que aparece en la descripción de las actividades.

d) **Descripción de actividades:** se describe la forma específica de llevar a cabo la actividad particular.

## 5.4 PROCEDIMIENTO DE CONTROL

a) El personal del proceso identifica la necesidad de mejoramiento y/o estandarización de las actividades que compone el proceso y elabora el documento borrador o anteproyecto de la actividad a normalizar.

b) El Director Ejecutivo, director, gerente, y/o responsable de proceso, revisa el documento y determina su aprobación dependiendo de su funcionalidad, grado de optimización de recursos, y si afecta o no a otras dependencias.

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>CONTROL Y ELABORACION DE DOCUMENTOS</b>	<b>CODIGO:</b> P-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 17 de junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

c) El área que requiera una inclusión, exclusión y/o modificación de un documento, debe enviar el documento a excluir, incluir y/o modificar con el respectivo cambio y con la justificación de este cambio a través solicitud de cambios de documentación.

d) El responsable de administrar la documentación debe realizar seguimiento continuo a las solicitudes pendientes y debe diligenciar el registro **R-GESCAL-15** solicitud de modificaciones a la documentación.

e) La oficina de aseguramiento de la Calidad realiza análisis del contenido, estudiando las incidencias en el Sistema de Gestión de la Calidad, las implicaciones del nuevo documento y su funcionalidad. En caso de presentarse comentarios que impliquen modificaciones al documento interno, éste se informará al responsable del proceso con el fin de que se revise y se origine el documento final. Si no se tienen comentarios, se procede a su aprobación.

f) La aprobación de todo cambio a la documentación estará a cargo del responsable del proceso (quien aprueba la descripción de la forma específica de llevar a cabo la actividad particular) y del Profesional de Calidad (quien determina la fecha de aprobación del documento en el Sistema de Gestión de la Calidad).

g) La oficina de aseguramiento de la Calidad actualiza el registro R-GESCAL-19 Listado maestro de Documentos del SGC, apoya la normalización y entrega el estándar como " Copia controlada ".

Nota: Las modificaciones a los documentos se realizan basados en cambios estructurales, de proceso o resultado. Pueden ser:

- Implementar mejoras a los procesos que aumentan la efectividad, lo cual

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>CONTROL Y ELABORACION DE DOCUMENTOS</b>	<b>CODIGO:</b> P-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 17 de junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

implica modificaciones a los documentos del SGC.

- Por revisiones periódicas a la documentación del sistema.
- Por solicitud de acción correctiva como resultado de auditoria interna.

## 6. DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

<b>P-GESCAL-01</b>	Control de Registros
<b>R-GESCAL-19</b>	Listado Maestro de Documentos del SGC
<b>R-GESCAL-15</b>	Solicitud de Modificaciones a la Documentación

# ANEXO 5.

## Listado Maestro de Documentos



COMPARTA EPS-S  
804002105-0

PROCESO: Gestión Calidad

CODIGO: R-GESCAL-19

LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

FECHA: 3 de Junio de 2008

VERSION: 0

NOMBRE DEL ESLABON		Afiliación y Aseguramiento							
NOMBRE DEL DOCUMENTO	CODIGO	AUTORIZACION DE ACCESO	UBICACIÓN ESPECIFICA	CAMBIO No/ VERSION					DISPOSICION FINAL
				0	1	2	3	4	
<b>CARACTERIZACION E INTERACCION DEL PROCESO</b>									
Afiliación y Mantenimiento	PR-ASEG-AF	Gerente Comparta, coordinación de afiliación y aseguramiento	Archivo de afiliación y aseguramiento	0					Destruir
Estructura de Contratación	PR-ASEG-CAR			0					Destruir
Carnetización	PR-ASEG-EC			0					Destruir
<b>PROCEDIMIENTOS</b>									
Inscripción y registro de población	P-ASEG-AF-01	Gerente Comparta, coordinación de afiliación y aseguramiento	Archivo de afiliación y aseguramiento		1				Destruir
Validación y conformación de BD	P-ASEG-AF-02				1				Destruir
Actualización de Novedades	P-ASEG-AF-03				1				Destruir
Soporte técnico de contratos	P-ASEG-EC-01				1				Destruir
Diagnostico y perfiles de población	P-ASEG-EC-02				1				Destruir
Logística y confección de carnetización	P-ASEG-CAR-01				1				Destruir
Entrega y registro de carnetización	P-ASEG-CAR-02				1				Destruir
<b>REGISTROS</b>									
Formularios único de afiliación e inscripción del régimen subsidiado	R-ASEG-01	Gerente Comparta, coordinación de afiliación y aseguramiento	Archivo de afiliación y aseguramiento	0					Archivo histórico
Base de datos	R-ASEG-02			0					Archivo histórico
Formularios único de registro de novedades y traslados	R-ASEG-03			0					Archivo histórico
Formatos 1 y 2 de novedades	R-ASEG-04			0					Archivo histórico
Medios magnéticos MS, NS	R-ASEG-05			0					Archivo histórico
Ejecución de recursos por aseguramiento	R-ASEG-06			0					Archivo histórico
Afectación de ventas	R-ASEG-07			0					Archivo histórico
Registro contractual de ventas	R-ASEG-08			0					Archivo histórico
Activación del contrato	R-ASEG-09			0					Archivo histórico
Composición de Ingresos	R-ASEG-10			0					Archivo histórico
soporte de carnetización	R-ASEG-11			0					Archivo histórico
Reporte de carnetización	R-ASEG-12			0					Archivo histórico
Ejecución de recursos por aseguramiento	R-ASEG-13			0					Archivo histórico



COMPARTA EPS-S  
804002105-0

LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

PROCESO: Gestión Calidad

CODIGO: R-GESCAL-19

FECHA: 3 de Junio de 2008

VERSION: 0

NOMBRE DEL ESLABON		Conformación de red							
NOMBRE DEL DOCUMENTO	CODIGO	AUTORIZACION DE ACCESO	UBICACIÓN ESPECIFICA	CAMBIO No/ VERSION					DISPOSICION FINAL
				0	1	2	3	4	
<b>CARACTERIZACION E INTERACCION DEL PROCESO</b>									
Determinar Elementos de Oferta	PR-RED-EO	Gerente Comparta, gestor de servicios, gestor de salud	Archivo de red prestadora	0					Destruir
Selección de prestadores	PR-RED-SP			0					Destruir
Caracterización de red prestadora	PR-RED-CRED			0					Destruir
<b>PROCEDIMIENTOS</b>									
Administración de criterios del sistema	P-RED-EO-01	Gerente Comparta, gestor de servicios, gestor de salud	Archivo de red prestadora		1				Destruir
Planeación presupuestal	P-RED-EO-02				1				Destruir
Evaluación de condiciones de referencia	P-RED-SP-01				1				Destruir
Estudio de portafolios	P-RED-SP-02				1				Destruir
Suscripción de contratos de prestación	P-RED-CRED-01				1				Destruir
Establecer estructuras de oferta	P-RED-CRED-02				1				Destruir
<b>INSTRUCTIVOS</b>									
Selección, evaluación y reevaluación de proveedores	I-RED-01	Gerente Comparta, gestor de servicios, gestor de salud	Archivo de red prestadora	0					Destruir
<b>REGISTROS</b>									
Evaluación de red prestadora	R-RED-01	Gerente Comparta, gestor de servicios, gestor de salud	Archivo de red prestadora	0					Archivo histórico
Suficiencia de red	R-RED-02				1				Archivo histórico
Condiciones de calidad de los programas de Protección Especifica y Detección Temprana	R-RED-03				1				Archivo histórico
Registro de Proveedores	R-RED-04				1				Archivo histórico
Proyección de costos	R-RED-05				1				Archivo histórico
Estructura de responsabilidad presupuestal	R-RED-06				1				Archivo histórico
Planeación de Costos	R-RED-07				1				Archivo histórico

	<b>COMPARTA EPS-S</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad <b>CODIGO:</b> R-GESCAL-19
	<b>LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS</b>	<b>FECHA:</b> 3 de Junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

Costos imputados en primer nivel de atención	R-RED-08				1				Archivo histórico
--	----------	--	--	--	---	--	--	--	-------------------



COMPARTA EPS-S  
804002105-0

PROCESO: Gestión Calidad

CODIGO: R-GESCAL-19

LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

FECHA: 3 de Junio de 2008

VERSION: 0

NOMBRE DEL ESLABON		Agenciamiento del servicio								
NOMBRE DEL DOCUMENTO	CODIGO	AUTORIZACION DE ACCESO	UBICACIÓN ESPECIFICA	CAMBIO No/ VERSION					DISPOSICION FINAL	
				0	1	2	3	4		
<b>CARACTERIZACION E INTERACCION DEL PROCESO</b>										
Información general del sistema	PR-AGEN-IGS	Gerente Comparta, Coordinación de SIAU, coordinación de servicios	Archivo SIAU	0						Destruir
Gestión de Demanda	PR-AGEN-GD			0					Destruir	
Canalización del usuario	PR-AGEN-CU			0					Destruir	
Medición de la satisfacción social	PR-AGEN-MSS			0					Destruir	
<b>PROCEDIMIENTOS</b>										
Caracterización del sistema	P-AGEN-IGS-01	Gerente Comparta, Coordinación de SIAU, coordinación de servicios	Archivo SIAU		1					Destruir
Administración de métodos de comunicación	P-AGEN-IGS-02				1				Destruir	
Referenciación de servicios de salud	P-AGEN-GD-01				1				Destruir	
Participación social en gestión de servicios	P-AGEN-GD-02				1				Destruir	
Información del usuario	P-AGEN-CU-01				1				Destruir	
Autorización de servicios	P-AGEN-CU-02				1				Destruir	
Mantenimiento del usuario	P-AGEN-CU-03				1				Destruir	
Medición de aspectos de servicio	P-AGEN-MSS-01				1				Destruir	
Medición de aspectos de participación y referencia	P-AGEN-MSS-02				1				Destruir	
<b>INSTRUCTIVOS</b>										
Medición y seguimiento a la satisfacción del cliente	I-AGEN-01	Gerente Comparta, Coordinación de SIAU, coordinación de servicios	Archivo SIAU	0						Destruir
<b>REGISTROS</b>										
Frecuencia de uso	R-AGEN-01	Gerente Comparta, Coordinación de SIAU, coordinación de servicios	Archivo SIAU	0						Archivo histórico
Necesidades de demanda	R-AGEN-02			0					Archivo histórico	
Conciliación de actividades educativas sobre derechos y deberes	R-AGEN-03			0					Archivo histórico	
Gestión de citas de primer, segundo y tercer nivel	R-AGEN-04			0					Archivo histórico	



**COMPARTA EPS-S**  
804002105-0

**PROCESO:** Gestión Calidad

**CODIGO:** R-GESCAL-19

**LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS**

**FECHA:** 3 de Junio de 2008

**VERSION:** 0

Boleta de buzón	R-AGEN-05			0				Archivo histórico
Apertura de buzón	R-AGEN-06			0				Archivo histórico
Repuesta de buzón	R-AGEN-07			0				Archivo histórico
Formato peticiones	R-AGEN-08	Gerente Comparta, Coordinación de SIAU, coordinación de servicios	Archivo SIAU	0				Archivo histórico
Respuesta a peticiones	R-AGEN-09			0				Archivo histórico
Registro de peticiones	R-AGEN-11			0				Archivo histórico
Relación de peticiones	R-AGEN-12			0				Archivo histórico
Encuesta de satisfacción	R-AGEN-13			0				Archivo histórico
Acta de socialización de resultados	R-AGEN-14			0				Archivo histórico



COMPARTA EPS-S  
804002105-0

PROCESO: Gestión Calidad

CODIGO: R-GESCAL-19

LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

FECHA: 3 de Junio de 2008

VERSION: 0

NOMBRE DEL ESLABON		Mantenimiento y Auditoria								
NOMBRE DEL DOCUMENTO	CODIGO	AUTORIZACION DE ACCESO	UBICACIÓN ESPECIFICA	CAMBIO No/ VERSION					DISPOSICION FINAL	
				0	1	2	3	4		
<b>CARACTERIZACION E INTERACCION DEL PROCESO</b>										
Auditoria en salud	PR-MAU-AUS	Gerente Comparta, coordinación mantenimiento y auditoria	Archivo de mantenimiento y auditoria	0						Destruir
<b>PROCEDIMIENTOS</b>										
Auditoria de cuentas medicas	P-MAU-AUS-01	Gerente Comparta, coordinación mantenimiento y auditoria	Archivo de mantenimiento y auditoria		1					Destruir
Auditoria de calidad	P-MAU-AUS-02				1					Destruir
Auditoria medica	P-MAU-AUS-03				1					Destruir
Notificación de objeciones del servicio	P-MAU-AUS-04				1					Destruir
Suscripción de planes de mejoramiento	P-MAU-AUS-05				1					Destruir
<b>INSTRUCTIVOS</b>										
Manual de radicación de cuentas medicas	I-MAU-01	Gerente Comparta, coordinación mantenimiento y auditoria	Archivo de mantenimiento y auditoria	0						Destruir
Manual de radicación de cuentas medicas de tercer y alto costo de complejidad	I-MAU-02			0						Destruir
<b>REGISTROS</b>										
Formato de radicación nivel I y II	R-MAU-01	Gerente Comparta, coordinación mantenimiento y auditoria	Archivo de mantenimiento y auditoria	0						Archivo histórico
Formato de radicación nivel III y IV	R-MAU-02			0						Archivo histórico
Notificación de glosas	R-MAU-03			0						Archivo histórico
Acta de conciliación de radicación de facturación	R-MAU-04			0						Archivo histórico
Acta de conciliación No. 001	R-MAU-05			0						Archivo histórico
Bitácora de llamadas a proveedores con demoras en radicación de facturación	R-MAU-06			0						Archivo histórico
Bitácora del subproceso de auditoria de P y P	R-MAU-07			0						Archivo histórico
Formato de auditoria concurrente hospitalización	R-MAU-08			0						Archivo histórico
Suficiencia de red de alta complejidad	R-MAU-09			0						Archivo histórico
Suficiencia de red de mediana complejidad	R-MAU-10			0						Archivo histórico
Suficiencia de red de baja complejidad	R-MAU-11			0						Archivo histórico



**COMPARTA EPS-S**  
804002105-0

**PROCESO:** Gestión Calidad

**CODIGO:** R-GESCAL-19

**LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS**

**FECHA:** 3 de Junio de 2008

**VERSION:** 0

Ficha técnica para evaluación de garantía de la calidad en la red prestadora de servicios de salud	R-MAU-12			0					Archivo histórico
Detalle de servicio facturado por patología	R-MAU-13			0					Archivo histórico
Detalle del servicio facturado por capita	R-MAU-14	Gerente Comparta, coordinación mantenimiento y auditoria	Archivo de mantenimiento y auditoria	0					Archivo histórico



COMPARTA EPS-S  
804002105-0

PROCESO: Gestión Calidad

CODIGO: R-GESCAL-19

FECHA: 3 de Junio de 2008

VERSION: 0

LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

NOMBRE DEL ESLABON		Análisis de riesgo y siniestralidad							
NOMBRE DEL DOCUMENTO	CODIGO	AUTORIZACION DE ACCESO	UBICACIÓN ESPECIFICA	CAMBIO No/ VERSION					DISPOSICION FINAL
				0	1	2	3	4	
<b>CARACTERIZACION E INTERACCION DEL PROCESO</b>									
Consolidación de perfiles de riesgo en salud	PR-SIN-CPRS	Gerente Comparta, Coordinación Programática, Gestor de servicios	Archivo de riesgo en salud	0					Destruir
Planeamiento de enfoque de atención	PR-SIN-EA			0					Destruir
Gerencia de coberturas	PR-SIN-GECO			0					Destruir
<b>PROCEDIMIENTOS</b>									
Estructura de grupos poblacionales	P-SIN-CPRS-01	Gerente Comparta, Coordinación Programática, Gestor de servicios	Archivo de riesgo en salud		1				Destruir
Identificación de perfiles epidemiológicos	P-SIN-CPRS-02				1				Destruir
Identificación de factores condicionantes	P-SIN-CPRS-03				1				Destruir
Estructura del enfoque de salud	P-SIN-EA-01				1				Destruir
Diseño de programas para gestión de demanda	P-SIN-EA-02				1				Destruir
Diseño de planes y proyectos	P-SIN-EA-03				1				Destruir
Ponderación de oferta en tramos de cobertura	P-SIN-GECO-01				1				Destruir
Medición de características de la atención de servicios de salud	P-SIN-GECO-02				1				Destruir
Vigilancia epidemiológica	P-SIN-GECO-03				1				Destruir
<b>REGISTROS</b>									
Estructura poblacional	R-SIN-01	Gerente Comparta, Coordinación Programática, Gestor de servicios	Archivo de riesgo en salud	0					Archivo histórico
Evaluación de condiciones de calidad de red	R-SIN-02			0					Archivo histórico
Plan de mejoramiento	R-SIN-03			0					Archivo histórico
Seguimiento a los planes de mejoramiento	R-SIN-04			0					Archivo histórico
Conformación de red	R-SIN-05			0					Archivo histórico
Matriz de programación	R-SIN-06			0					Archivo histórico
Planeación de costos	R-SIN-07			0					Archivo histórico
Evaluación de coberturas	R-SIN-08			0					Archivo histórico
Informe casos centinela de calidad	R-SIN-09			0					Archivo histórico

	<b>COMPARTA EPS-S</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión Calidad <b>CODIGO:</b> R-GESCAL-19
	<b>LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS</b>	<b>FECHA:</b> 3 de Junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

Informe EISP	R-SIN-10			0				Archivo histórico
--------------	----------	--	--	---	--	--	--	-------------------



COMPARTA EPS-S  
804002105-0

PROCESO: Gestión Calidad

CODIGO: R-GESCAL-19

LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

FECHA: 3 de Junio de 2008

VERSION: 0

NOMBRE DEL ESLABON	Gestión Financiera									
NOMBRE DEL DOCUMENTO	CODIGO	AUTORIZACION DE ACCESO	UBICACIÓN ESPECIFICA	CAMBIO No/ VERSION					DISPOSICION FINAL	
				0	1	2	3	4		
<b>CARACTERIZACION E INTERACCION DEL PROCESO</b>										
Gestión del contrato	PR-GESFIN-GC	Gerente Comparta, dirección Administrativa y financiera	Archivo de gestión financiera	0						Destruir
Flujo de Recursos	PR-GESFIN-FR	Gerente Comparta, dirección Administrativa y financiera	Archivo de gestión financiera	0						Destruir
Instrumentación Operativa	PR-GESFIN-IO	Gerente Comparta, dirección Administrativa y financiera	Archivo de gestión financiera	0						Destruir
Administración Financiera	PR-GESFIN-ADFI	Gerente Comparta, dirección Administrativa y financiera	Archivo de gestión financiera	0						Destruir
<b>PROCEDIMIENTOS</b>										
Perfeccionamiento contractual	P-GESFIN-GC-01	Gerente Comparta, dirección Administrativa y financiera	Archivo de gestión financiera		1					Destruir
Gestión de resultados	P-GESFIN-GC-02				1					Destruir
Finiquitos	P-GESFIN-GC-03				1					Destruir
Gestión de cartera	P-GESFIN-FR-01				1					Destruir
Gestión de pagos	P-GESFIN-FR-02				1					Destruir
Suministro de bienes y servicios	P-GESFIN-IO-01				1					Destruir
Administración de activos e inventarios	P-GESFIN-IO-02				1					Destruir
Gestión contable	P-GESFIN-ADFI-01				1					Destruir
Diagnósticos financieros	P-GESFIN-ADFI-02				1					Destruir
Información financiera	P-GESFIN-ADFI-03				1					Destruir
Planeamiento administrativo-financiero	P-GESFIN-ADFI-04		1					Destruir		
<b>REGISTROS</b>										
Acta de compromiso para generación de pagos	R-GESFIN-01	Gerente Comparta, dirección financiera	Archivo de gestión financiera	0						Archivo histórico
Conciliación bancaria	R-GESFIN-02		Archivo de gestión financiera	0						Archivo histórico



COMPARTA EPS-S  
804002105-0

PROCESO: Gestión Calidad

CODIGO: R-GESCAL-19

LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

FECHA: 3 de Junio de 2008

VERSION: 0

NOMBRE DEL ESLABON		Gestión Humana							
NOMBRE DEL DOCUMENTO	CODIGO	AUTORIZACION DE ACCESO	UBICACIÓN ESPECIFICA	CAMBIO No/ VERSION					DISPOSICION FINAL
				0	1	2	3	4	
<b>CARACTERIZACION E INTERACCION DEL PROCESO</b>									
Gestión Humana	PR-GESHUM	Gerente Comparta, coordinación de recursos humanos	Archivo de gestión humana	0					Destruir
<b>PROCEDIMIENTOS</b>									
Recursos Humanos	P-GESHUM-01	Gerente Comparta, coordinación de recursos humanos	Archivo de gestión humana	0					Destruir
<b>INSTRUCTIVOS</b>									
Salud Ocupacional	I-GESHUM-01	Gerente Comparta, coordinación de recursos humanos	Archivo de gestión humana	0					Destruir
Estructura orgánica y funcional	I-GESHUM-02	Gerente Comparta, coordinación de recursos humanos	Archivo de gestión humana		1				Destruir
<b>REGISTROS</b>									
Evaluación de desempeño	R-GESHUM-01	Gerente Comparta, coordinación de recursos humanos	Archivo de gestión humana	0					Archivo histórico



COMPARTA EPS-S  
804002105-0

PROCESO: Gestión Calidad

CODIGO: R-GESCAL-19

LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

FECHA: 3 de Junio de 2008

VERSION: 0

NOMBRE DEL ESLABON		Sistemas de Información								
NOMBRE DEL DOCUMENTO	CODIGO	AUTORIZACION DE ACCESO	UBICACIÓN ESPECIFICA	CAMBIO No/ VERSION					DISPOSICION FINAL	
				0	1	2	3	4		
<b>CARACTERIZACION E INTERACCION DEL PROCESO</b>										
Sistemas de información	PR-SI	Gerente Comparta, Coordinación administrativa y dirección de calidad y SI	Archivo de sistemas de información	0						Destruir
<b>INSTRUCTIVOS</b>										
Manual del sistema de información	I-SI-01	Gerente Comparta, Coordinación administrativa y dirección de calidad y SI	Archivo de sistemas de información	0						Destruir
<b>REGISTROS</b>										
Solicitud de servicio	R-SI-01	Gerente Comparta, Coordinación administrativa y dirección de calidad y SI	Archivo de sistemas de información	0						Archivo Histórico
Ficha Técnica de Hardware	R-SI-02			0						Archivo Histórico
Ficha Historial de Hardware	R-SI-03			0						Archivo Histórico



COMPARTA EPS-S  
804002105-0

PROCESO: Gestión Calidad

CODIGO: R-GESCAL-19

LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

FECHA: 3 de Junio de 2008

VERSION: 0

NOMBRE DEL ESLABON		Gestión de Calidad								
NOMBRE DEL DOCUMENTO	CODIGO	AUTORIZACION DE ACCESO	UBICACIÓN ESPECIFICA	CAMBIO No/ VERSION					DISPOSICION FINAL	
				0	1	2	3	4		
<b>CARACTERIZACION E INTERACCION DEL PROCESO</b>										
Gestión de calidad	PR-GESCAL	Gerente Comparta, dirección de sistemas de información y aseguramiento de la calidad	Archivo de gestión de calidad	0						Destruir
<b>PROCEDIMIENTOS</b>										
Control y elaboración de documentos	P-GESCAL-01	Gerente Comparta, dirección de sistemas de información y aseguramiento de la calidad	Archivo de gestión de calidad	0						Destruir
Control de registros	P-GESCAL-02			0						Destruir
Auditorias Internas	P-GESCAL-03			0						Destruir
Control del producto no conforme	P-GESCAL-04			0						Destruir
Acciones Correctivas	P-GESCAL-05			0						Destruir
Acciones preventivas	P-GESCAL-06			0						Destruir
Revisión por la dirección	P-GESCAL-08			0						Destruir
<b>INSTRUCTIVOS</b>										
Manual de calidad	I-GESCAL-01	Gerente Comparta, dirección de sistemas de información y aseguramiento de la calidad	Archivo de gestión de calidad	0						Destruir
<b>REGISTROS</b>										
Acciones correctivas preventivas y de mejora	R-GESCAL-01	Gerente Comparta, dirección de sistemas de información y aseguramiento de la calidad	Archivo de gestión de calidad	0						Archivo histórico
Hoja de vida de indicador	R-GESCAL-02			0						Archivo histórico
Acta de reunión	R-GESCAL-03			0						Archivo histórico
Registro de asistencia	R-GESCAL-04			0						Archivo histórico
Informe de seguimiento y gestión	R-GESCAL-05			0						Archivo histórico
Diagnostico de procesos	R-GESCAL-06			0						Archivo histórico
Priorización de procesos	R-GESCAL-07			0						Archivo histórico
Plan de acción	R-GESCAL-08			0						Archivo histórico
Plan de auditoría	R-GESCAL-09			0						Archivo histórico
Informe de auditoria interna	R-GESCAL-10			0						Archivo histórico
Seguimiento acciones correctivas	R-GESCAL-11			0						Archivo histórico
Acta de revisión por la dirección	R-GESCAL-13			0						Archivo histórico
Convocatoria a la revisión por la	R-GESCAL-14			0						Archivo histórico



**COMPARTA EPS-S**  
804002105-0

**PROCESO:** Gestión Calidad

**CODIGO:** R-GESCAL-19

**LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS**

**FECHA:** 3 de Junio de 2008

**VERSION:** 0

dirección									
Solicitud de modificaciones a la documentación	R-GESCAL-15	Gerente Comparta, dirección de sistemas de información y aseguramiento de la calidad	Archivo de gestión de calidad	0					Archivo histórico
Programa de auditorias internas	R-GESCAL-16			0					Archivo histórico
Evaluación de auditores internos	R-GESCAL-17			0					Archivo histórico
Lista de chequeo auditoria interna	R-GESCAL-18			0					Archivo histórico
Listado maestro de documentos	R-GESCAL-19			0					Archivo histórico

# ANEXO 6.

## Manual de calidad

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 9 de Junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

## 1. PRESENTACION

Directivos y funcionarios operativos de los diferentes roles y campos de comparta, ya sean ejecutivos de administración o directivos en salud hemos comprendido en la dimensión justa las dinámicas de la responsabilidad que nos toca en la administración del régimen. Esa comprensión se desarrollo generalmente como un proceso intuitivo, aprendido a través de la experiencia y la responsabilidad por un buen resultado. La capacidad generada, sucedida de una visión integradora y general hace propicia la instalación de un modelo organizacional, explorando los diferentes factores que inciden en la racionalidad y eficiencia de la administración y en la accesibilidad de los usuarios a servicios con eficiencia, oportunidad y calidad, asegurando los riesgos en salud y costos.

### 1.1 FILOSOFIA INSTITUCIONAL

#### MISION

Somos una empresa solidaria, administradora del régimen subsidiado creada para garantizar la accesibilidad a nuestros servicios con altos niveles de calidad y eficiencia enfocados a la prevención y manejo del riesgo en salud.

#### VISION

Lograr en el 2015 ser modelo de administración en seguridad social, líderes en solidaridad, participación y eficiencia como principios de nuestra organización, consolidados a nivel nacional siendo protagonistas del desarrollo integral de un estado comunitario.

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 9 de Junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

## 1.2 RESEÑA HISTORICA

Con el objeto de atender el derecho constitucional de la Salud, garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de Promoción, Protección y recuperación a la Salud organizando los servicios en forma descentralizada, con la participación de la comunidad y el aval de los gerentes locales de la Provincia de García Rovira, se conviene desarrollar una empresa Solidaria de Salud, que permita crear un nuevo modelo de desarrollo económico y social y que cuente con un reconocimiento constitucional que garantice su existencia y su autonomía, es así como nace Coopsagar Hoy Comparta EPS, a los 21 días del mes Septiembre de 1995 en el Municipio de Molagavita, Reconocida como Persona Jurídica mediante resolución No. 0576 de Febrero 26 de 1996 del DANCOOP y por Resolución No. 0191 de Febrero 27 de 1996 de la SUPERSALUD

En sus inicios sólo contaba, con afiliados en los Municipios de: Capitanejo, Carcasí, Cerrito, Concepción, Enciso, Guaca, Macaravita, Molagavita, San Andrés, San José de Miranda, San Miguel Y Málaga, de la provincia de García Rovira, posteriormente abrió mercados hacia Costa Atlántica y Centro Oriente del País.

La experiencia Solidaria de COOPSAGAR hoy **COMPARTA EPS**, esta sustentada por los conceptos Cooperativos y el crecimiento sostenido de sus resultados sociales y económicos desde su nacimiento y la conforman un grupo de personas, regidas por unidad de criterio, manejo y dirección que responden con eficiencia a las necesidades de los afiliados y asociados, lo que permitió que LA SUPERSALUD ante el cumplimiento de los requisitos del decreto 1804 de 1999, como el equilibrio fiscal y administrativo y el adecuado flujo de los recursos hacia las instituciones prestadoras de servicios, confirmara nuevamente la autorización para Administrar el Régimen Subsidiado, según Resolución No. 0471 de Marzo 26 de 2001.

Con las condiciones dadas Y con la visión de desarrollar una entidad de Cobertura Nacional, se cambio la razón Social, para que recogiera los tres ejes

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 9 de Junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

temáticos Principales: Comunidad, Participación y Transparencia Administrativa, "**COMPARTA EPS**" de cara al nuevo Milenio.

### 1.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

El modelo organizacional corresponde al plan estratégico de adoptar mecanismos eficientes para alcanzar los objetivos específicos de idoneidad operativa y capacidad de desarrollar su objetivo social y contractual con referentes de garantía de la calidad en los diferentes niveles de relación y áreas de operación.

**En este sentido, se genera la estructura orgánica administrativa en tres niveles operativos y dos áreas funcionales, cada uno de todos con relaciones de responsabilidad específicas, frente a los diferentes componentes del sistema; los niveles operativos corresponden a consideraciones de geodistribución y de atributos administrativo-operacionales, con integración verticalizada, unidad de gestión y planeamiento; los niveles implican descentralización, por tanto concreción de funciones y procesos implicados en las áreas funcionales; con resultados medibles en referencia a estándares establecidos sobre la necesidad de verificar grados de cumplimiento y de calidad de los productos y servicios de la empresa.**

El primer nivel operativo es el Nacional, con domicilio estatutario en Málaga y contractual en la ciudad de Bucaramanga, su responsabilidad se asume con el apoyo Técnico – Administrativo de la organización corporativa. En esta instancia se interpreta la vocación cooperativa y su direccionamiento social, como fuente para la rectoría y contraloría del ejercicio operacional de la empresa.

El segundo nivel, toca con la estructura Regional, y corresponde a esta, la dirección operativa general de las obligaciones contractuales, con

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 9 de Junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

responsabilidad legal delegada para los efectos de su competencia en la gerencia regional; las dos áreas funcionales: Administración Financiera y Área Técnico–Científica tienen en este nivel la expresión máxima de responsabilidad, cada una con soporte en coordinaciones estratégicas en los diversos vectores de la operación; así, el área administración financiera se soporta en la coordinación Administrativa, la Financiera y el área Técnico – Científica se soporta en la coordinación y gestión de Aseguramiento y sistemas de Información; gestores en salud; PyP y programas especiales, SIAU y Servicios.

A este nivel corresponden tres regionales: Una con sede en Bucaramanga e implica los departamentos de Arauca, Cesar, Norte de Santander y Santander; otra con sede en Bogotá, con los departamentos de Boyacá, Cundinamarca, Choco, Huila, Tolima y Meta, y la otra con sede en Barranquilla e implica los distritos de Barranquilla, Cartagena, Santa Marta, y los de Departamentos de la Atlántico, Bolívar, Córdoba, Guajira, Magdalena y Sucre.

La distribución territorial de las regiones no necesariamente coincide con la regionalización de gobierno, obedece mas a las ventajas de organización operativa, sin embargo la información de resultados se estructura por departamento y por contratos; de manera que se pueden generar datos de conformidad con las estructuras institucionales.

Una vez definidos los conceptos generales de la administración del régimen subsidiado y comprendido las funciones y competencias del nivel regional, es necesario precisar la responsabilidad central del Nivel Departamental. A este nivel corresponde el segmento mas critico de las relaciones en el sistema: de una parte se establece los contratos de administración con los entes territoriales y por tanto, compete allí todos los procesos implícitos en los contenidos de mercadeo y posterior aseguramiento; implica consecuentemente la soportación de los procesos de inventario y auditoria del aseguramiento y formalización contractual como premisas para la gestión financiera en cartera y flujo de recursos.

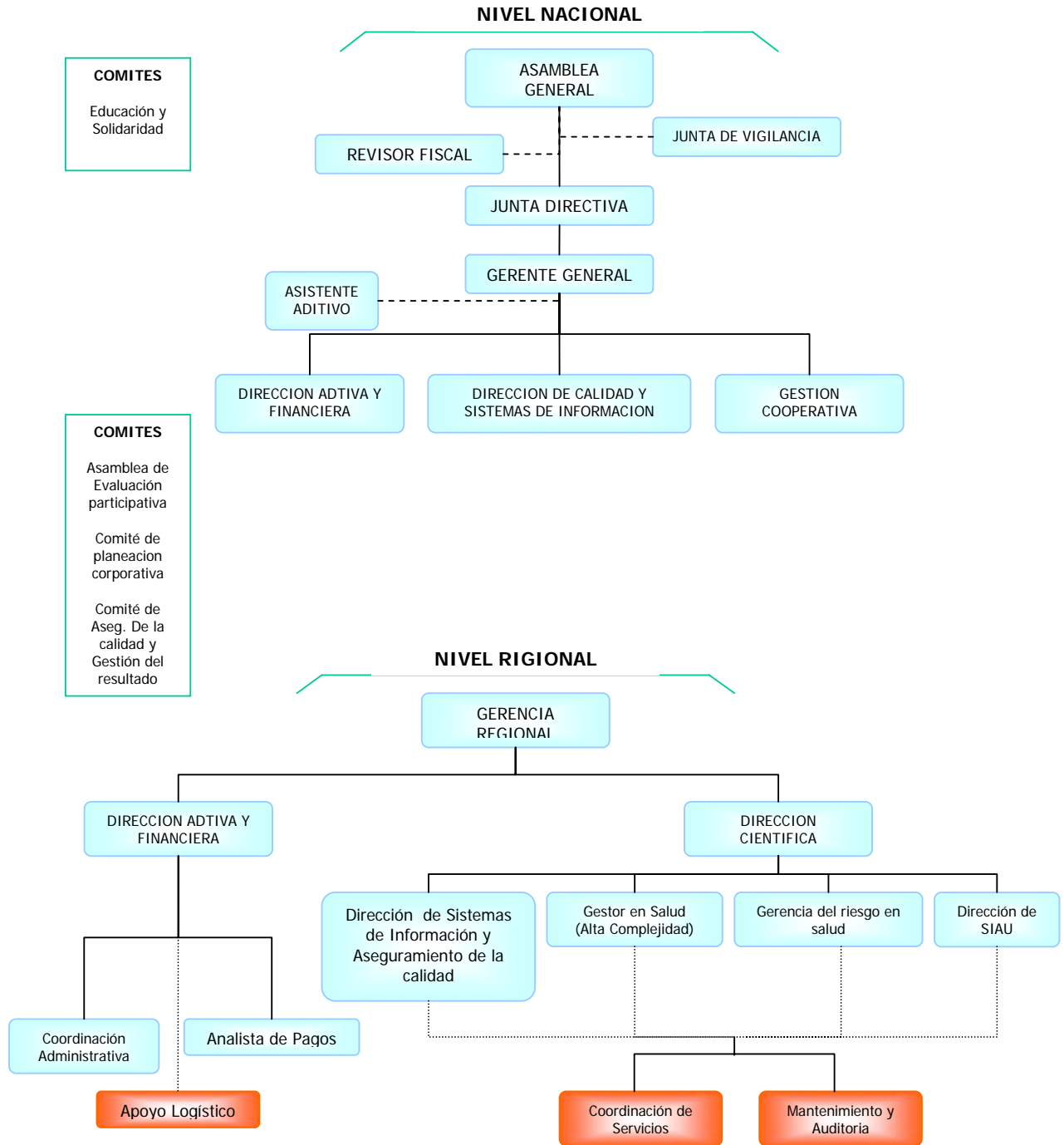
	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 9 de Junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

Por otro lado, compete a este nivel la constitución de la red de los primeros niveles de atención con instituciones cuyas características organizacionales les hacen rígidas frente a esquemas y modelos de atención con escenarios de participación comunitaria. Por ultimo, es desde el Departamento como instancia operativa donde se concretiza la participación comunitaria y sus variables de demanda en el concepto de usuario como centro de la estructura de servicios. **Queda pues en el nivel tres de operación-Nivel Departamental, las relaciones externas mas importantes en la línea de la administración del aseguramiento en salud; por eso, y en esa razón se fundamenta la política de descentralización colocando capacidad de resolución y relación en las gerencias y equipos departamentales.**

### **Nivel Nacional**

La dirección general de Comparta por su naturaleza solidaria se define en el marco de la legislación cooperativa, con instancias de base y órganos de dirección y control; compuestos por la asamblea general de asociados como expresión máxima de autoridad, el consejo de administración y la junta de vigilancia, en la dirección y control del ejercicio cooperativo; la revisoría fiscal delegada para verificar y dictaminar con rigor estatutario el manejo administrativo y financiero de la entidad. La gerencia asume la representación y la dirección ejecutiva junto con la estructura definida para apoyar el desempeño administrativo y de negocio de la empresa. Su estructura se propone así:

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 9 de Junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

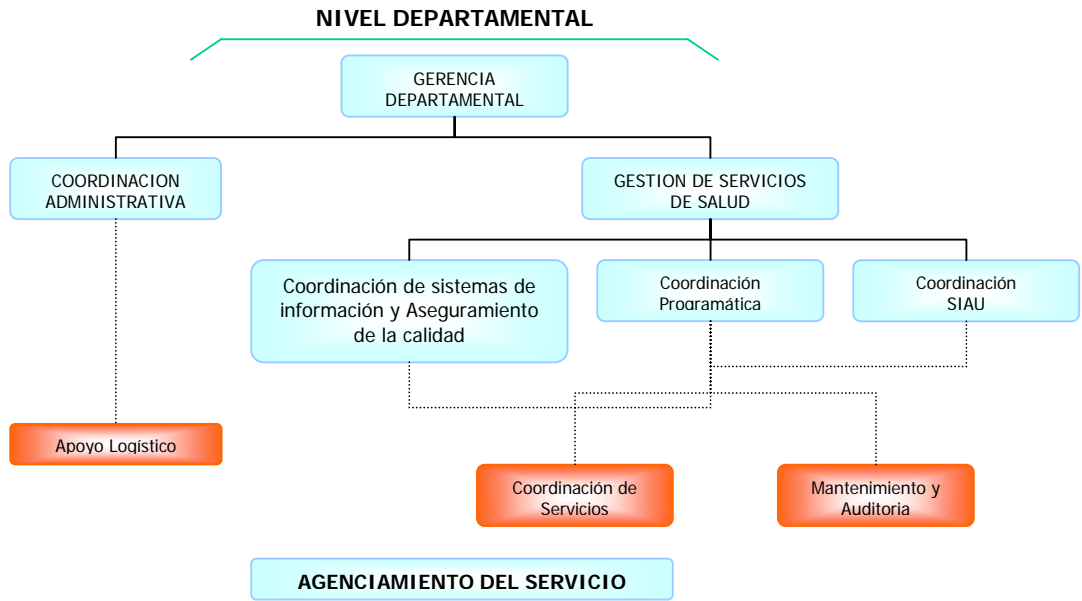


	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 9 de Junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

**COMITES**

Línea de Gestión de Aseguramiento de la calidad

Comisión de vigilancia epidemiológica



	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 9 de Junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

## 2. DIRECCIONAMINETO ESTRATEGICO

En Colombia las reformas de los sistemas de salud están influidos por la globalización de los mercados, la inversión de capitales como garantía de flujos eficientes, la reestructuración del estado y la consolidación de los principios del sistema y de la función pública. Por eso, se proponen diversidad de modelos y estrategias, todos conducentes a mejorar la calidad y la cobertura de los servicios; se busca de otro lado, equidad y eficiencia en el manejo de los recursos; pero toda iniciativa siempre dentro del concepto de aseguramiento como estructura básica del régimen.

Como administradora del régimen subsidiado, se tiene como responsabilidad central garantizar la prestación de los servicios de salud del plan de beneficios con la organización y contratación de la red de instituciones prestadoras de servicios. Así, la definición de asegurador nos impone tres funciones genéricas: **La función de accesibilidad a los servicios entendida como una coordinación de competencias y referencia de provisión de oferta. En la función de agencia se intenta controlar la demanda de servicios de salud hasta un punto racional y eficiente en el sentido económico; garantizando aspectos como la calidad y sistema de información para el manejo del riesgo financiero desde la planeación de acciones de tipo preventivo; por ultimo la función de aseguramiento del riesgo en salud como enfoque del modelo de salud con sus diversos factores y características.**

El desarrollo de responsabilidades y funciones generales en el régimen subsidiado en un mercado regulado y todavía en evolución tiene implícita una gran complejidad. en este, los costos de coordinación y transacción son menores y mayores, con diferentes niveles de eficiencia y logros, según cada administradora dentro de su naturaleza y organización. Hacer la diferencia implica no solo lograr los menores costos y más altos niveles de eficiencia, sino trascender la necesidad institucional y desde el programa propio de la empresa solidaria incluir la noción comunitaria en la permanente constitución de un

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 9 de Junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

estado social de equidad, paz y bienestar a través del desarrollo de los sistemas de participación en los instrumentos de seguridad social.

En este contexto de propósitos, comparta y su capital humano, con sentido de solidaridad focaliza sus esfuerzos y dimensiona la organización y su procesos en los elementos contenidos en el sistema general de seguridad social; en el soporte conceptual de la empresa y su rol en el sistema; en su plataforma estratégica y en la política de calidad concebida en la garantía de la calidad y en la gestión del resultado.

## **2.1 COMITÉ DE CALIDAD**

Se ha conformado un equipo de trabajo en busca de la consolidación de una cultura de calidad que se convierta en el diario vivir de la organización formando un sistema de calidad que logre la satisfacción de nuestros clientes, funcionarios y partes interesadas.

Este equipo esta conformado por Gerente Regional, Dirección de sistemas de información y aseguramiento de la calidad, Gestor de servicios, Asesor de calidad y Coordinador de Calidad. De esta manera se evidencia la responsabilidad y compromiso en la búsqueda permanente de la consolidación y mejoramiento del sistema de gestión de calidad de COMPARTA EPS-S.

## **3. ALCANCE Y EXCLUSIONES DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**

### **3.1 ALCANCE**

**El alcance del sistema de gestión de calidad de COMPARTA EPS-S contempla la administración de contratos del régimen subsidiado y garantizando la prestación de los servicios a los usuarios adscritos en el departamento de Santander.**

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 9 de Junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

### 3.2 EXCLUSIONES

En el sistema de gestión de calidad de COMPARTA EPS-S no aplican los siguientes numerales de la norma NTC-ISO 9001:2000

- 7.3 Diseño y Desarrollo, debido a que COMPARTA EPS-S no realiza actividades de diseño y desarrollo.
- 7.5.5 Preservación del producto
- 7.6 Control de los dispositivos de seguimiento y medición. Debido a que COMPARTA EPS-S no cuenta con equipos de alta precisión para proporcionar evidencias de la conformidad en la prestación de servicio.

## 4. SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

### 4.1 REQUISITOS GENERALES

COMPARTA EPS-S ha identificado los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad así como la secuencia e interacción de estos procesos.

COMPARTA EPS-S ha determinado los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces.

COMPARTA EPS-S se asegura de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación, seguimiento, medición y el análisis de estos procesos.

COMPARTA EPS-S implementa las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 9 de Junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

## 4.2 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACION

### 4.2.1 Generalidades

La documentación del sistema de gestión de calidad de COMPARTA EPS-S sigue el criterio de la pirámide que aparece en la Norma ISO 10013:94, en el cual se ubica en el nivel más alto el Manual de Calidad, en el segundo nivel los procedimientos y en el tercer nivel instructivos, registros, especificaciones y otros documentos.



Figura. Pirámide documental del SGC

### 4.2.2 Manual de calidad

El manual de calidad contempla el alcance del sistema de gestión de calidad, incluyendo los detalles y la justificación de cualquier exclusión así como los

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 9 de Junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

procedimientos documentados y una descripción de la interacción entre los procesos establecidos para sistema de calidad.

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

COMPARTA EPS-S establece el control general de los documentos del sistema de gestión de calidad en relación con la aprobación, revisión y actualización de los mismo, asegurándose de la identificación de cambios, estado de revisión, disponibilidad, legibilidad e identificación, control de su distribución y prevención del uso no intencionado de documentos obsoletos.

#### **4.2.4 Control de registros**

Los registros deben establecerse y mantenerse para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del sistema de gestión de la calidad. Los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables. Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros.

## **5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION**

### **5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCION**

La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad, así como con la mejora continua de su eficacia, comunicando a la organización la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente, asegurando que se establece la política de la calidad, los objetivos de calidad, llevando a cabo revisiones y asegurándose de la disponibilidad de los recursos.

### **5.2 ENFOQUE AL CLIENTE**

La satisfacción de los clientes solo se logra si COMPARTA EPS-S logra identificar adecuadamente sus requisitos y necesidades y brinda servicios que

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 9 de Junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

cumplan con los mismos. Por esto la dirección debe asegurarse de que los requisitos del cliente sean determinados y que cumplan con el propósito de aumentar la satisfacción de los mismos.

### 5.3 POLITICA DE CALIDAD

La alta dirección de COMPARTA EPS-S asegura que la política de calidad es:

- adecuada al propósito de la organización
- incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad
- proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad

Dicha política es comunicada y entendida dentro de la organización, y es revisada por el comité de calidad para su continua adecuación.

### 5.4 PLANIFICACION

#### 5.4.1 Objetivos de calidad

La alta dirección asegura de que los objetivos de la calidad, incluyendo aquéllos necesarios para cumplir los requisitos del servicio, se establecen en las funciones y niveles pertinentes dentro de COMPARTA EPS-S.

Los objetivos de calidad son medibles y coherentes con la política de la calidad.

#### 5.4.2 Planificación del sistema de gestión de calidad

La alta dirección asegura que la planificación del sistema de gestión de la calidad se realiza con el fin de cumplir los requisitos citados en el numeral 4.1,

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 9 de Junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

así como los objetivos de la calidad, y se mantiene la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planifican e implementan cambios en éste.

## **5.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACION**

### **5.5.1 Responsabilidad y autoridad**

La alta dirección asegura de que las responsabilidades y autoridades se encuentren definidas según lo estipulado en el organigrama de COMPARTA EPS-S.

También se asegura de que estas responsabilidades y autoridades sean comunicadas dentro de la organización.

### **5.5.2 Representante de la dirección**

La alta dirección ha asignado al doctor AIMER ALVARADO como representante de la dirección quien tiene la responsabilidad y autoridad de:

- Asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad
- Informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y de cualquier necesidad de mejora
- Asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la organización
- Atender relaciones con partes externas sobre asuntos relacionados con el sistema de gestión de la calidad.

### **5.5.3 Comunicación interna**

La alta dirección asegura los mecanismos necesarios para la comunicación eficaz entre los distintos niveles de la organización implicados en el desarrollo,

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 9 de Junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

implementación y mantenimiento del sistema de gestión de calidad, además dar a conocer aspectos importantes de la eficacia del sistema, resultado de indicadores, auditorías y revisiones realizadas al SGC.

Los medios de comunicación utilizados son:

- Reuniones informativas
- Reuniones grupales
- Correspondencia interna
- Publicaciones internas

## **5.6 REVISION POR LA DIRECCION**

### **5.6.1 Generalidades**

La alta dirección revisa a intervalos planificados el sistema de gestión de la calidad, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas. La revisión incluye la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluyendo la política de la calidad y los objetivos de la calidad.

### **5.6.2 Información para revisión**

La información de entrada para la revisión por la dirección incluye:

- a) resultados de auditorías,
- b) retroalimentación del cliente,
- c) desempeño de los procesos y conformidad del producto,
- d) estado de las acciones correctivas y preventivas,
- e) acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas,
- f) cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad, y
- g) recomendaciones para la mejora

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-01
		<b>FECHA:</b> 9 de Junio de 2008
		<b>VERSION:</b> 0

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

Los resultados de la revisión por la dirección incluyen todas las decisiones y acciones tomadas con relación a la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos, la mejora del producto en relación con los requisitos del cliente y las necesidades de recursos.

## **6. GESTION DE RECURSOS**

### **6.1 PROVISION DE RECURSOS**

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 9 de Junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

COMPARTA EPS-S determinar y proporcionar los recursos necesarios para implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia y aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.

## **6.2 RECURSOS HUMANOS**

### **6.2.1 Generalidades**

El personal que realiza trabajos que afecten a la calidad del producto es competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas según el perfil de los cargos asignados.

### **6.2.2 Competencia, toma de conciencia y formación**

- a. COMPARTA EPS-S determina la competencia necesaria para el personal por medio de una evaluación de desempeño R-GESHUM-01 , cuyos pasos a seguir se encuentran definidos en el procedimiento de recursos humanos P-GESHUM-01
- b. proporciona formación para satisfacer las necesidades del personal mediante acciones tomadas de confrontar perfil y el reporte de asistencia a capacitaciones.
- c. Se asegura de que su personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad.
- d. Se mantienen los registros apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia, esto se evidencia en las hojas de vida de cada uno de los empleados.

## **6.3 INFRAESTRUCTURA**

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 9 de Junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

COMPARTA EPS-S 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).

#### **6.4 AMBIENTE DE TRABAJO**

COMPARTA EPS-S determina y gestiona el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del servicio, la comodidad y satisfacción del personal que allí labora.

### **7. REALIZACION DEL PRODUCTO**

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 9 de Junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

## **7.1 PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACION DEL PRODUCTO O SERVICIO**

COMPARTA EPS-S ha planificado y desarrollado los procesos necesarios para la realización del producto.

Durante la planificación de la realización del producto, COMPARTA EPS-S ha determinado los objetivos de la calidad, los requisitos para el producto, documentos y ha proporcionado recursos específicos para el producto.

De igual manera ha definido las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayo/prueba específicas para el producto/servicio así como los criterios para la aceptación del mismo.

## **7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE**

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

COMPARTA EPS-S ha determinado:

- los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma
- los requisitos no establecidos por el cliente pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto, cuando sea conocido.
- los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el servicio.
- cualquier requisito adicional determinado por la organización.

### **7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el servicio**

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 9 de Junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

COMPARTA EPS-S revisa los requisitos relacionados con el servicio. Esta revisión se efectúa antes de que la organización se comprometa a proporcionar un servicio al cliente.

### **7.2.3 Comunicación con el cliente**

COMPARTA EPS-S determina e implementa disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes antes, durante y después de la prestación del servicio, allí se informa acerca de las condiciones del servicio, consultas, contratos, incluyendo las modificaciones y la retroalimentación del cliente, incluyendo sus quejas.

## **7.4 COMPRAS**

### **7.4.1 Proceso de compras**

COMPARTA EPS-S se asegura de que el producto o servicio adquirido cumple los requisitos de compra especificados. El tipo y alcance del control aplicado al proveedor y al producto adquirido se definen en el instructivo I-REDL-01 selección, evaluación y reevaluación de proveedores.

La organización debe evaluar y seleccionar los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con los requisitos de la organización. Para ello COMPARTA EPS-S establece los criterios necesarios para la selección, evaluación y reevaluación de los proveedores en el instructivo I-RED-01 y mantiene los registros de los resultados de las evaluaciones y de cualquier acción necesaria que se derive de las mismas.

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

La información de las compras describe el producto a comprar, incluyendo requisitos para la aprobación del producto, procedimientos, procesos y equipos; requisitos para la calificación del personal y los requisitos del sistema de gestión de la calidad.

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 9 de Junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

COMPARTA EPS-S se asegura de la adecuación de estos requisitos de compra especificados antes de comunicárselos al proveedor.

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

COMPARTA EPS-S establece e implementa la inspección u otras actividades necesarias para asegurarse de que el producto comprado cumple los requisitos de compra especificados.

Las disposiciones para la verificación pretendida y el método para la liberación del producto se especifica en el instructivo I-RED-01 selección, evaluación y reevaluación de proveedores.

### **7.5 PRODUCCION Y PRESTACION DEL SERVICIO**

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

COMPARTA EPS-S planifica y lleva a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas. Dentro de estas condiciones controladas se incluye la descripción del servicio a prestar, uso de equipos y de herramientas apropiadas.

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

COMPARTA EPS-S valida los procesos de prestación de servicio mediante las variables de control establecidas en el plan de calidad, la competencia del personal, estableciendo los requisitos de los clientes y el manejo de los indicadores de gestión.

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

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 9 de Junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

COMPARTA EPS-S realiza la identificación y trazabilidad en los servicios prestados desde el momento de ingreso del afiliado al sistema, a través de la bases de datos, la cual contiene toda la información referente a la atención suministrada, evoluciones medicas, entre otros.

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

COMPARTA EPS-S cuida los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo el control de la organización o estén siendo utilizados por la misma. COMPARTA EPS-S identifica, verifica, protege y salvaguarda los bienes que son propiedad del cliente suministrados para su utilización o incorporación dentro del producto.

## **8. MEDICION, ANALISIS Y MEJORA**

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 9 de Junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

## 8.1 GENERALIDADES

COMPARTA EPS-S planifica e implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para demostrar la conformidad del producto, asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

## 8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICION

### 8.2.1 Satisfacción del cliente

Como una de las medidas del desempeño del sistema de gestión de la calidad, COMPARTA EPS-S realiza el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización.

La metodología para la obtención y utilización de dicha información se realiza por medio de encuestas de satisfacción al cliente y el buzón de sugerencias.

### 8.2.2 Auditoria interna

COMPARTA EPS-S ha establecido el procedimiento de auditorias internas P-GESCAL-03, programa de auditorias internas R-GESCAL-16 e informe de auditorias R-GESCAL-10, para verificar en forma planificada el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001, los requisitos del sistema de gestión de calidad y su cumplimiento de manera eficaz, así como determinar oportunidades de mejoramiento del sistema y eliminar las no conformidades y sus causas, en forma oportuna.

La selección de los auditores y la realización de las auditorias deben asegurar la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoria. Los auditores no deben auditar su propio trabajo.

### 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 9 de Junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

COMPARTA EPS-S realiza el seguimiento y medición por medio de los indicadores de gestión y el empleo de herramientas estadísticas, por medio de las cuales se determina el cumplimiento del indicador y a su vez indicando el tratamiento a seguir para aquellos que no cumplan . Cuando no se alcancen los resultados planificados, se llevan a cabo acciones correctivas, según sea conveniente, analizándolas y desarrollándolas por medio de la metodología PHVA, para asegurarse de la conformidad del servicio.

#### **8.2.4 Seguimiento y medición del servicio**

COMPARTA EPS-S hace seguimiento y mide el cumplimiento de los requisitos asociados al servicio mediante los indicadores de gestión y la verificación de seguimiento de los servicios que presta COMPARTA EPS-S, por medios de los cuales se mide la eficiencia y eficacia. Esto debe realizarse en las etapas apropiadas del proceso de prestación del servicio de acuerdo con las disposiciones planificadas.

#### **8.3 CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME**

COMPARTA EPS-S identifica y controla los productos que no sean conformes con los requisitos, identificando los responsables y cuyo tramite obedece al lo estipulado en el procedimiento de control del producto no conforme, P-GESCAL-04

#### **8.4 ANALISIS DE DATOS**

COMPARTA EPS-S determina, recopila y analiza los datos apropiados por medio del control de los indicadores de gestión y control de producto no conforme para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad. Esto incluye los datos generados del resultado del seguimiento y medición y de cualesquiera otras fuentes pertinentes.

#### **8.5 MEJORA**

	<b>EPS-S COMPARTA</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad
	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>CODIGO:</b> I-GESCAL-01 <b>FECHA:</b> 9 de Junio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

### **8.5.1 Mejora continua**

COMPARTA EPS-S mejora 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.

### **8.5.2 Acción correctiva**

COMPARTA EPS-S establece mediante el procedimiento P-GESCAL-05 acciones necesarias para eliminar la causa de no conformidades con objeto de prevenir que vuelva a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.

### **8.5.3 Acciones preventivas**

COMPARTA EPS-S determina mediante el procedimiento P-GESCAL-06 la 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.

# ANEXO 7.

## Programa de Auditoria

	<b>COMPARTA EPS-S</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad <b>CODIGO:</b> R-GESCAL-16
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS</b>	<b>FECHA:</b> 15 de Julio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

<b>Fecha de programación</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	
Agosto 6 de 2008	Inicia: Agosto 15 de 2008	Finaliza: Agosto 29 de 2008

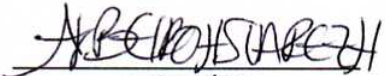
<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>
Verificar el grado de cumplimiento de los criterios de calidad planificados y eficacia del sistema de gestión de calidad con respecto al los requisitos de la norma ISO 9001:2000 e identificar oportunidades de mejora.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hacer énfasis en el mantenimiento y mejoramiento del sistema de gestión de calidad a través del control de documentos, registros y contribución de toda la organización al cumplimiento de la filosofía estratégica.</li> </ul>

<b>ALCANCE</b>
La auditoria incluye los procesos de la cadena de valor los cuales corresponden a aseguramiento, conformación de red, agenciamiento del servicio, mantenimiento y auditoria, análisis de riesgo y siniestralidad y los procesos corporativos.

<b>METODOLOGIA</b>
La auditoria se llevara a cabo con base a la metodología expuesta en el procedimiento P-GESCAL-03 Auditorias internas.

<b>PROGRAMA</b>			
<b>PROCESO</b>	<b>FECHA</b>	<b>EQUIPO AUDITOR</b>	<b>AUDITADO</b>
Gestión de calidad	15-08-08	Albeiro Suárez Hernández	Magda Inés Delgado Coordinadora de aseguramiento de la calidad
Gestión corporativa	15-08-08	Magda Inés Delgado Luis Eusebio Herrera	Edgar Gonzalo Correa Gerente regional
Gestión Humana	20-08-08	Albeiro Suárez Hernández	Adriana Fontecha Coordinación de recursos humanos
Sistemas de información	20-08-08	Jesús Alberto Manrique Moreno	Magda Inés Delgado Coordinadora de sistemas de información
Afiliación y aseguramiento	22-08-08	Albeiro Suárez Hernández Magda Inés Delgado	Leonel Acuña Coordinador de afiliación y aseguramiento
Conformación de red prestadora	22-08-08	Claudia Johana Rey Luis Eusebio Herrera	Aymer Alvarado Gestor de servicios
Agenciamiento del servicio	25-08-08	Albeiro Suárez Hernández Magda Inés Delgado	Daissy Sarmiento Coordinadora de SIAU departamental
Mantenimiento y auditoria de red prestadora	25-08-08	Jesús Alberto Manrique Moreno Claudia Johana Rey	Dalgy Meneses Coordinadora de mantenimiento y auditoria
Análisis de siniestralidad y control del riesgo	29-08-08	Jesús Alberto Manrique Moreno	Lilia Johana Mejía Coordinadora de riesgo y siniestralidad
Gestión financiera	29-08-08	Jesús Alberto Manrique Moreno Claudia Johana Rey	Andrea Mezquita Coordinadora administrativa

<b>AUDITOR LIDER</b>	<b>AUDITORES</b>
Albeiro Suárez Hernández	Jesús Alberto Manrique Moreno, Claudia Johana Rey, Magda Inés Delgado y Luis Eusebio Herrera.

  
 Auditor líder

Aprobado por: Dirección de calidad y SI	Fecha aprobación: 16/07/08	Copia Controlada	Hoja 1/1
---	----------------------------	------------------	----------

	<b>COMPARTA EPS-S</b> 804002105-0	<b>PROCESO:</b> Gestión de Calidad <b>CODIGO:</b> R-GESCAL-16
	<b>PROGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS</b>	<b>FECHA:</b> 15 de Julio de 2008 <b>VERSION:</b> 0

<b>Fecha de programación</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	
Septiembre 15 de 2008	Inicia: 6 de Octubre de 2008	Finaliza: 10 de octubre de 2008

<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>
Verificar el grado de cumplimiento de los criterios de calidad planificados y eficacia del sistema de gestión de calidad con respecto al los requisitos de la norma ISO 9001:2000 e identificar oportunidades de mejora luego de haber realizado un plan de mejoramiento resultado de la primera auditoria interna.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hacer énfasis en el mantenimiento y mejoramiento del sistema de gestión de calidad a través del control de documentos, registros y contribución de toda la organización al cumplimiento de la filosofía estratégica.</li> <li>Verificar la eficacia del plan de mejoramiento resultado de la primera auditoria interna.</li> </ul>

**ALCANCE**  
 La auditoria incluye los procesos de la cadena de valor los cuales corresponden a aseguramiento, conformación de red, agenciamiento del servicio, mantenimiento y auditoria, análisis de riesgo y siniestralidad y los procesos corporativos.

**METODOLOGIA**  
 La auditoria se llevara a cabo con base a la metodología expuesta en el procedimiento P-GESCAL-03 Auditorias internas.

<b>PROGRAMA</b>			
<b>PROCESO</b>	<b>FECHA</b>	<b>EQUIPO AUDITOR</b>	<b>AUDITADO</b>
Gestión de calidad	6-10-08	Albeiro Suárez Hernández	Magda Inés Delgado Coordinadora de aseguramiento de la calidad
Gestión corporativa	6-10-08	Magda Inés Delgado	Edgar Gonzalo Correa Gerente regional
Gestión Humana	7-10-08	Albeiro Suárez Hernández Luis Herrera	Adriana Fontecha Coordinación de recursos humanos
Sistemas de información	7-10-08	Jesús Alberto Manrique Moreno	Magda Inés Delgado Coordinadora de sistemas de información
Afiliación y aseguramiento	7-10-08	Albeiro Suárez Hernández Magda Inés Delgado	Leonel Acuña Coordinador de afiliación y aseguramiento
Conformación de red prestadora	8-10-08	Claudia Johana Rey Luis Herrera	Aymer Alvarado Gestor de servicios
Agenciamiento del servicio	8-10-08	Albeiro Suárez Hernández Magda Inés Delgado	Daissy Sarmiento Coordinadora de SIAU departamental
Mantenimiento y auditoria de red prestadora	9-10-08	Jesús Alberto Manrique Moreno Claudia Johana Rey Luis Herrera	Dalgy Meneses Coordinadora de mantenimiento y auditoria
Análisis de siniestralidad y control del riesgo	9-10-08	Jesús Alberto Manrique Moreno	Lilia Johana Mejía Coordinadora de riesgo y siniestralidad
Gestión financiera	10-10-08	Jesús Alberto Manrique Moreno Claudia Johana Rey	Andrea Mezquita Coordinadora administrativa

<b>AUDITOR LIDER</b>	<b>AUDITORES</b>
Albeiro Suárez Hernández	Jesús Alberto Manrique Moreno, Claudia Johana Rey, Magda Inés Delgado, Luis Eusebio Herrera Castilla

  
 Auditor Líder