

**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LA
NORMA NTC ISO 9001:2008 PARA LA IPS CENTRO ONCOLÓGICO LTDA. EN
SUS SEDES DE BUCARAMANGA, BOGOTA Y TUNJA.**

**LEIDY YAZMIN ARCINIEGAS MILLÁN
JUAN CARLOS CÁRDENAS VEGA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FISICOMECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA**

2013

**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LA
NORMA NTC ISO 9001:2008 PARA LA IPS CENTRO ONCOLÓGICO LTDA. EN
SUS SEDES DE BUCARAMANGA, BOGOTA Y TUNJA.**

**LEIDY YAZMIN ARCINIEGAS MILLÁN
JUAN CARLOS CÁRDENAS VEGA**

Trabajo de grado para optar al título de Ingeniero Industrial

**Director
WILLIAM HOYOS TORRES
Ingeniero Industrial**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FISICOMECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA**

2013

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto.

A mi hijo hermoso Santi por ser el motor que me impulsa cada día.

A mis Padres por apoyarme en todo momento, por sus consejos y sus valores.

A mi Esposito Ricardo por acompañarme durante todo este arduo camino y compartir conmigo alegrías y tristezas.

A mi Amiga Yoly por compartir los buenos y malos momentos durante toda la carrera.

Leidy Yazmín Arciniegas Millán

DEDICATORIA

A Dios

A mi hermosa madre Samara

A mi hermanita consentida Sofi

Juan Carlos Cárdenas Vega

AGRADECIMIENTOS

Nuestros más profundos agradecimientos a todas las personas que contribuyeron con la realización de este proyecto, especialmente a:

Doctor José Luis Mayorca Castilla y Doctora Piedad Eugenia Sanabria Aislant por brindarnos esta oportunidad, abrirnos las puertas de su empresa Centro Oncológico Ltda., y ofrecernos todas las herramientas para desarrollar este gran proyecto.

Roberto Hernández Macías, por sus orientaciones, su confianza y su dedicación prestada como tutor del proyecto y como nuestro amigo.

Los funcionarios del Centro Oncológico Ltda., por su colaboración, compromiso, disposición y respeto mostrado en las actividades que se ejecutaron en el desarrollo del proyecto.

Nuestros padres, por su apoyo incondicional y su fortaleza.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	23
1. GENERALIDADES DEL PROYECTO	25
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
1.2. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.....	27
1.3. OBJETIVOS.....	27
1.3.1. Objetivo general:	27
1.3.2. Objetivos específicos:	28
1.3.3. Alcance del proyecto	28
2. GENERALIDADES DE LA EMPRESA	29
2.1. RESEÑA HISTÓRICA.....	29
2.2. ASPECTOS GENERALES	29
2.3. SERVICIOS PRESTADOS	30
2.4. OBJETO SOCIAL	31
2.5. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	31
3. MARCO TEÓRICO.....	32
3.1. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	32
3.2. FAMILIA DE NORMAS ISO	33
3.3. PRINCIPIOS DE LA GESTIÓN DE CALIDAD	34
3.4. ENFOQUE BASADO EN PROCESOS	35
3.5. BENEFICIOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	37
3.6. EL CICLO PHVA.....	38
3.7. MEDICIÓN E INDICADORES DE GESTIÓN.....	40
3.7.1. Medición.....	40
3.7.2. Indicador de gestión	41
3.7.3. Indicadores de gestión de procesos.....	42
3.7.4. Diseño de indicadores de proceso	42
4. METODOLOGÍA DEL PROYECTO.....	44

4.1.	DIAGNÓSTICO:.....	45
4.2.	PLANIFICACIÓN:	45
4.3.	DOCUMENTACIÓN:.....	45
4.4.	IMPLEMENTACIÓN:.....	45
4.5.	SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN:	46
4.6.	EVALUACIÓN:.....	46
5.	DIAGNÓSTICO INICIAL.....	47
5.1.	DEFINICIÓN Y APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN:	47
5.2.	RESULTADOS Y ANÁLISIS:	48
6.	PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	51
6.1.	IDENTIFICACIÓN E INTERACCIÓN DE LOS PROCESOS.....	51
6.1.1.	Mapa de procesos, Alcance del SGC y exclusiones	51
6.1.2.	Alcance del SGC y Exclusiones	52
6.1.3.	Descripción de los procesos	53
6.1.4.	Definición de responsabilidades.....	54
6.2.	REVISIÓN Y AJUSTE DE LA MISIÓN Y DE LA VISIÓN.....	56
6.2.1.	Misión:.....	56
6.2.2.	Visión:	57
6.3.	POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD.....	58
6.4.	INDICADORES DE GESTIÓN.....	60
7.	DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	65
7.1.	ESTRUCTURA DE LA DOCUMENTACIÓN	65
7.2.	DIRECTRICES PARA LA DOCUMENTACIÓN	66
7.2.1.	Codificación de los documentos:.....	67
7.2.2.	Abreviaturas de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad	67
7.2.3.	Tipos de documentos del Sistema de Gestión de Calidad	67
7.2.4.	Aspectos generales de forma.....	68
7.2.5.	Control de cambios de los documentos	68
7.3.	MANUAL DE CALIDAD	69
7.4.	DOCUMENTOS OBLIGATORIOS.....	69

7.5.	CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	70
7.5.1.	Listados Maestros de Documentos Internos	71
7.5.2.	Listado Maestro de Registros.....	72
7.5.3.	Listado Maestro de Documentos Externos.....	73
7.6.	DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS	73
7.6.1.	Documentación Procesos Estratégicos.....	75
7.6.2.	Documentación Procesos Misionales.....	76
7.6.3.	Documentación Procesos de Apoyo	81
8.	IMPLEMENTACIÓN	85
8.1.	SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN.....	85
8.2.	DIVULGACIÓN DE DOCUMENTOS	90
8.3.	TRATAMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS	92
8.4.	GESTIÓN DE PRODUCTOS O SERVICIOS NO CONFORMES	97
8.5.	ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA.....	98
8.6.	COMPRAS Y EVALUACIÓN DE PROVEEDORES.....	102
8.6.1.	Procedimiento de Compras.....	102
8.6.2.	Evaluación y Reevaluación de proveedores	103
8.7.	MEDICIÓN Y ANÁLISIS DE INDICADORES.....	106
8.7.1.	Indicadores Consulta Externa	111
8.7.2.	Evaluaciones de desempeño	113
8.7.3.	Evaluación de la Satisfacción del cliente.....	114
8.8.	MANTENIMIENTO Y CALIBRACIÓN DE EQUIPOS	115
8.9.	OTRAS MEJORAS Y CAMBIOS DERIVADOS DE LA IMPLEMENTACION DEL SGC	116
8.10.	DIAGNÓSTICO FINAL DEL SGC.....	121
8.11.	CUMPLIMIENTO DE LOS PUNTOS DE LA NORMA ISO 9001:2008	123
9.	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	127
9.1.	PRIMERA AUDITORÍA INTERNA	127
9.1.1.	Resultados	128
9.1.2.	Plan de Mejora	131

9.1.3.	Revisión por la Dirección.....	134
9.2.	SEGUNDA AUDITORÍA INTERNA.....	134
9.2.1.	Resultados	135
9.2.2.	Plan de mejora	136
10.	AUDITORÍA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DE ICONTEC.....	137
10.1.	RESULTADOS Y CERTIFICACIÓN	137
11.	CONCLUSIONES	140
12.	RECOMENDACIONES	142
	BIBLIOGRAFÍA.....	144
	ANEXOS.....	145

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Cumplimiento de Objetivos	24
Tabla 2. Generalidades de la Empresa.....	29
Tabla 3. Portafolio de Servicios Centro Oncológico Ltda.	30
Tabla 4. Criterios de evaluación del SGC	47
Tabla 5. Resultados del Diagnóstico Inicial del SGC	48
Tabla 6. Descripción de los procesos del SGC.....	53
Tabla 7. Equipo de Trabajo Centro Oncológico Ltda.	56
Tabla 8. Definición de la nueva Misión del Centro Oncológico	57
Tabla 9. Definición de la Nueva Visión de la organización	58
Tabla 10. Resumen de Indicadores de Gestión del SGC	61
Tabla 11. Abreviaturas de los procesos del SGC	67
Tabla 12. Tipos de documentos del SGC	67
Tabla 13. Documentos exigidos por la norma ISO 9001:2008 del Centro Oncológico Ltda.	69
Tabla 14. Control de Documentos y Registros.....	70
Tabla 15. Documentación de Quimioterapia y Hospitalización	77
Tabla 16. Documentación Servicio Farmacéutico.....	77
Tabla 17. Ponderación Encuesta de Satisfacción.....	80
Tabla 18. Capacitaciones registradas en la Sede BUCARAMANGA.....	85
Tabla 19. Capacitaciones registradas en la Sede BOGOTÁ	87
Tabla 20. Capacitaciones registradas en la sede Tunja	89
Tabla 21. Integrantes del Comité de Paciente Seguro.....	95
Tabla 22. Listado de Eventos Adversos.....	95
Tabla 23. Listado de Productos o Servicios No Conformes.....	98
Tabla 24. Consolidado de Acciones Correctivas y Preventivas del Centro Oncológico.....	100

Tabla 25. Procedimiento de Compras.....	102
Tabla 26. Evaluación de proveedores críticos	104
Tabla 27. Resultados Indicador Nivel de competencia del Talento Humano	113
Tabla 28. Resultados del Indicador de Satisfacción del Cliente	114
Tabla 29. Mejoras derivadas de la Implementación del SGC	117
Tabla 30. Resultados del Diagnóstico Final del SGC	121
Tabla 31. Cumplimiento de los puntos de la Norma NTC ISO 9001:2008	123
Tabla 32. No Conformidades Primera Auditoría Interna	128
Tabla 33. Tratamiento a las No conformidades de la Primera Auditoría	131
Tabla 34. No Conformidades Segunda Auditoría Interna	135
Tabla 35. Tratamiento a No conformidades de la Segunda Auditoría Interna	136
Tabla 36. No conformidades, correcciones y acciones correctivas de la Auditoría de Otorgamiento	138

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Familia de normas ISO	34
Figura 2. Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos	36
Figura 3. Ciclo PHVA.....	40
Figura 4. Diseño de indicadores por proceso	43
Figura 5. Metodología del Proyecto	44
Figura 6. Resultado del diagnóstico. Diagrama de barras	49
Figura 7. Cumplimiento de la Norma en el Diagnóstico	49
Figura 8. Mapa de procesos del Centro Oncológico Ltda.....	52
Figura 9. Procesos del SGC	53
Figura 10. Responsabilidades para el desarrollo del SGC	55
Figura 11. Estructura Documental Centro Oncológico.....	66
Figura 12. Encabezado de documentos del Centro Oncológico	68
Figura 13. Control de cambios de los documentos del SGC	68
Figura 14. Formato Listado Maestro de Documentos Internos	72
Figura 15. Formato Listado Maestro de Registros	72
Figura 16. Formato Listado Maestro de Documentos Externos	73
Figura 17. Formato Caracterización de Procesos.....	74
Figura 18. Ejemplo reporte de Eventos Adversos.....	93
Figura 19. Ejemplo de Reporte de Reacción adversa a medicamentos al INVIMA. Formato FORAM.....	94
Figura 20. Ejemplo de Producto no Conforme	97
Figura 21. Formato Acciones de Mejora	99
Figura 22. Evaluación a Proveedor de Servicios Críticos (Metrolabor).....	105
Figura 23. Evaluación a Proveedor de Productos Críticos. (ROCHE)	105
Figura 24. Cuadro de Indicadores Proceso Consulta Externa por sede 2013	106
Figura 25. Tablero de Indicadores año 2012	107

Figura 26. Ficha Técnica de los indicadores. Eventos adversos	108
Figura 27. Tablero de Indicadores año 2013. 1a Parte.....	109
Figura 28. Tablero de Indicadores año 2013. 2a Parte.....	110
Figura 29. Vista del Tablero de Indicadores en Excel. Oportunidad Consulta Externa (Primera Vez)	112
Figura 30. Indicadores de Oportunidad de Consulta Externa. Urología Oncológica	113
Figura 31. Stickers de identificación	115
Figura 32. Programación de mantenimientos, calibración y calificación. Sede Bucaramanga.....	115
Figura 33. Resultados del diagnóstico final al SGC	122

LISTA DE IMÁGENES

Imagen 1. Sede Bucaramanga Administrativa y Hospitalaria. Sede Bogotá. Sede Tunja.....	30
Imagen 2. Publicación de nueva Misión, Visión y Política de Calidad	59
Imagen 3. Capacitaciones Sede Bucaramanga	86
Imagen 4. Capacitaciones Sede Bogotá por procesos	88
Imagen 5. Capacitaciones Sede Bogotá: Grupales y con Líderes de procesos	88
Imagen 6. Capacitaciones Sede Tunja	89
Imagen 7. En orden: Accesos directos a la documentación, Vista inicial de acceso Web y Vista inicial de la carpeta compartida.....	91
Imagen 8. Documentación impresa Servicio Farmacéutico	92
Imagen 9. Arriba: Báscula y Termohigrómetros calibrados; Abajo: Masas patrón	116
Imagen 10. Identificación de camas y de pacientes de Quimioterapia	119
Imagen 11. Carro de paro sellado.....	119
Imagen 12. Timbres instalados en los baños de los servicios	119
Imagen 13. Señalizaciones de Áreas.....	120
Imagen 14. Identificación de medicamentos de alto riesgo	120
Imagen 15. Separadores de Historia Clínica	120
Imagen 16. Antes y después de la Hoja de gastos e insumos.....	120
Imagen 17. Fotos entrega de Certificación ISO 9001:2008. Abril 5 / 2013	139
Imagen 18. Publicación de la Certificación ISO 9001:2008 en la empresa.....	139

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. Estructura Organizacional	145
ANEXO 2. Diagnóstico Inicial del SGC	149
ANEXO 3. Manual de Calidad.....	161
ANEXO 4. Acta Conformación Comité de Calidad.....	173
ANEXO 5. Formato Evaluación de Desempeño (Ejemplo)	176
ANEXO 6. Formato Seguimiento al trámite de PQRS (Ejemplo)	177
ANEXO 7. Formato Evaluación Eficacia de capacitaciones y/o entrenamiento ..	178
ANEXO 8. Guía para la elaboración de documentos.....	179
ANEXO 9. Procedimiento Control de Documentos y Registros	186
ANEXO 10. Listado Maestro de documentos Internos de los procesos.....	189
ANEXO 11. Listado Maestro de Registros de los Procesos	218
ANEXO 12. Caracterizaciones de los procesos.....	240
ANEXO 13. Formato Solicitud de Preparaciones.....	282
ANEXO 14. Formato Entrega de Preparaciones (Ejemplo)	283
ANEXO 15. Procedimiento de Consulta Externa	284
ANEXO 16. Procedimiento Custodia y Préstamo de Historias Clínicas.....	289
ANEXO 17. Procedimiento Atención al Cliente.....	294
ANEXO 18. Formato Encuesta Satisfacción Cliente Institucional (Ejemplo).....	299
ANEXO 19. Formato Encuesta de Satisfacción	300
ANEXO 20. Procedimiento de Mantenimiento	301
ANEXO 21. Procedimiento de Metrología.....	304
ANEXO 22. Guía de selección, Evaluación y Reevaluación de Proveedores.....	306

ANEXO 23. Formato Descripción de Cargos (Ejemplo).....	311
ANEXO 24. Registros de Capacitaciones Realizadas	313
ANEXO 25. Actas de Reuniones	323
ANEXO 26. Formato Solicitud de documentos (Ejemplo).....	331
ANEXO 27. Procedimiento Control de Producto No Conforme.....	332
ANEXO 28. Procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas.....	335
ANEXO 29. Acción Correctiva Cerrada No 006 (Ejemplo).....	340
ANEXO 30. Acción Preventiva No 002 (Ejemplo).....	342
ANEXO 31. Formato Inscripción de Proveedores.....	344
ANEXO 32. Hoja de Vida del Termohigrómetro.....	346
ANEXO 33. Certificado Calibración Termohigrómetro	347
ANEXO 34. Lista de Chequeo documentación Autorizaciones y Facturación	348
ANEXO 35. Formato Stock Carro de Paro.....	349
ANEXO 36. Formato Control Préstamo de Historia Clínica	352
ANEXO 37. Diagnóstico del SGC Final	353
ANEXO 38. Plan Primera Auditoria Interna de Calidad	365
ANEXO 39. Procedimiento de Auditorias.....	369
ANEXO 40. Informe Primera Auditoria Interna de Calidad	374
ANEXO 41. Acta de Revisión por la Dirección.....	386
ANEXO 42. Plan Segunda Auditoria Interna de Calidad.....	394
ANEXO 43. Informe Segunda Auditoria Interna de Calidad.....	397
ANEXO 44. Plan Auditoria Otorgamiento ICONTEC	399
ANEXO 45. Certificado NTC ISO 9001:2008 Centro Oncológico Ltda.	403

RESUMEN

TÍTULO: SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2008 PARA LA IPS CENTRO ONCOLÓGICO LTDA. EN SUS SEDES DE BUCARAMANGA, BOGOTA Y TUNJA.*

AUTORES: LEIDY YAZMIN ARCINIEGAS MILLÁN**
JUAN CARLOS CÁRDENAS VEGA**

PALABRAS CLAVE: Sistema de Gestión de Calidad, SGC, Calidad, NTC ISO 9001:2008, Mejora Continua, Auditoría, Documentación.

DESCRIPCIÓN:

El presente documento contiene el informe final de la práctica empresarial realizada en la IPS Centro Oncológico Ltda. Describe el proceso detallado de planificación, documentación, implementación y evaluación del Sistema Gestión de Calidad basado en la Norma NTC ISO 9001:2008 hasta el logro del Certificado de Calidad en la auditoría de otorgamiento con el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación ICONTEC.

El mercado nacional de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud está pasando por un momento de intensos cambios lo cual ayudó al Centro Oncológico a tomar la decisión de implementar el Sistema de Gestión de Calidad, como herramienta para controlar y estandarizar los procesos en sus tres sedes y así mejorar la calidad de los servicios prestados.

El diagnóstico inicial fue el punto de partida para definir la planificación, las necesidades de documentación y capacitación, además de las actividades a desarrollar durante la implementación del SGC. Finalizada la etapa de implementación, se desarrollaron dos auditorías internas que permitieron identificar No conformidades y aspectos por mejorar que generaron los planes de acción para preparar a la organización y enfrentar la auditoría de otorgamiento del Certificado de Calidad en ISO 9001:2008.

La auditoría de certificación se realizó del 18 al 22 de febrero siendo un éxito total, logrando el certificado que acredita que el SGC del Centro Oncológico cumple con lo establecido en la Norma NTC ISO 9001:2008.

* Proyecto de Grado

** Facultad de Ingenierías Físico Mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales. Director: William Hoyos Torres

ABSTRACT

TITLE: QUALITY MANAGEMENT SYSTEM BASED ON GUIDELINES OF NTC ISO 9001:2008 STANDARD FOR CENTRO ONCOLÓGICO LTDA. IPS IN ITS HEADQUARTERS BUCARAMANGA, BOGOTA AND TUNJA.*

AUTHORS: LEIDY YAZMIN ARCINIEGAS MILLÁN**
JUAN CARLOS CÁRDENAS VEGA**

KEY WORDS: Quality Management System, QMS, Quality, NTC ISO 9001:2008, Continuous Improvement, Audit, Documentation.

DESCRIPTION

This document contains the final report of the internship performed in the Centro Oncológico IPS. It describes the detailed process of planning, documentation, implementation and evaluation of the Quality Management System based on NTC ISO 9001:2008 Standard to achieve the Quality Certificate in the granting audit with the Colombian Institute for Technical Standards and Certification ICONTEC.

The domestic IPS market is going through a time of intense change which helped Centro Oncológico to make the decision of implementing the Quality Management System as a tool to control and standardize processes in its three locations and thus, improve the quality of services provided.

The initial diagnosis was the starting point to define the planning, documentation and training needs, as well, the activities needed during the implementation of the QMS. After the implementation phase, two internal audits were developed which identified Non-conformities and areas for improvement that generated action plans to prepare the organization to face the grant audit of the Quality Certificate ISO 9001:2008.

The certification audit was conducted from February 18 to 22, it was a complete success and Centro Oncológico achieved the certificate which attests that the Quality Management System complies with the NTC ISO 9001:2008 Standard.

* Degree Work

** Physic-Mechanical Engineerings Faculty. Industrial and Business Studies School. Director: William Hoyos Torres

INTRODUCCIÓN

El mercado actual exige que las empresas sean más competitivas y busquen estrategias para mejorar continuamente, esto incluye a las instituciones de salud, las cuales requieren lograr y mantener la calidad en el servicio generando confiabilidad al usuario.

Gestionar y mejorar sus procesos en pro de cumplir las necesidades y expectativas de sus clientes se convierte en prioridad para las Instituciones de salud, siendo la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad un medio para lograrlo, ya que asegura un mejor desempeño de los trabajadores, mayor calidad del servicio y el desarrollo y permanencia de la empresa en el mercado.

La IPS Centro Oncológico Ltda., estructuró e implementó el Sistema de Gestión de Calidad como herramienta para asegurar que los procesos que intervienen en la prestación del servicio en todas sus sedes operen dentro de unas características y estándares previamente determinados, unificando conceptos y procedimientos, y estableciendo controles que permitan llevar a cabo las operaciones con el menor margen de error posible y con la mejor calidad.

El presente documento describe la metodología utilizada en el diagnóstico, planificación, implementación, evaluación y mejoramiento del Sistema de Gestión de la Calidad, bajo los lineamientos de la NTC ISO 9001:2008 en el Centro Oncológico Ltda., describiendo en cada capítulo las actividades realizadas durante su desarrollo.

Tabla 1. Cumplimiento de Objetivos

OBJETIVOS	CUMPLIMIENTO
Objetivo General: Documentar, implementar y evaluar SGC en el CENTRO ONCOLÓGICO LTDA., en sus sedes de Bucaramanga, Bogotá y Tunja, basado en los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008.	Todo el documento
<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar un diagnóstico inicial que incluya las actividades del mejoramiento de los procesos misionales que haya desarrollado previamente la empresa y los resultados obtenidos a partir del uso de herramientas de calidad. - Identificar el estado actual de la empresa con relación a los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008, los procesos que harán parte del Sistema de Gestión, así como las fortalezas y debilidades que puedan ser de utilidad para el proceso. 	Esto se presenta detalladamente en el capítulo 5
Sensibilizar y capacitar al personal que labora en el CENTRO ONCOLÓGICO LTDA., en cada una de las etapas que con lleva a la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.	Capítulo 8. Implementación Numeral 8.1
Documentar los procesos desarrollados en el CENTRO ONCOLÓGICO LTDA., por medio de la identificación y revisión de la información existente que permita establecer mejoras y la elaboración de nuevos documentos que garanticen el cumplimiento de los requisitos establecido en la Norma NTC ISO 9001:2008.	Capítulo 7 evidencia lo trabajado para la documentación del SGC.
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad en el CENTRO ONCOLÓGICO LTDA., estandarizando de esta forma los procesos desarrollados en la empresa.	Se evidencia el cumplimiento de este objetivo en el capítulo 8
Realizar dos auditorías internas para evaluar el estado del Sistema de Gestión de Calidad, e identificar oportunidades de mejora en sus procesos.	Capítulo 9
Elaborar e implementar los planes de mejora resultado de las dos auditorías.	Capítulo 9
Diagnosticar el Sistema de Gestión de Calidad en su etapa final.	Capítulo 8 Numeral 8.10

Fuente: Autores

1. GENERALIDADES DEL PROYECTO

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Centro Oncológico Ltda., como Institución Prestadora de Salud, que propende por el mejoramiento de la calidad de vida de sus pacientes, se ha comprometido con el cumplimiento de los estándares exigidos por el Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma NTC ISO 9001:2008, para así documentar, organizar, estandarizar y controlar los procesos que hacen parte de su funcionamiento y posteriormente someterlos a una mejora continua.

Implementar un Sistema de Gestión de Calidad es para el Centro Oncológico un primer paso para lograr mayor reconocimiento en el mercado y establecer una herramienta de control que permita a la institución asegurar la mejora continua en sus sedes. La dificultad que supone generar un funcionamiento uniforme de los procesos en sus tres sedes (Bucaramanga, Bogotá y Tunja), reflejada en la informalidad y las diferencias existentes entre ellas en los métodos, formatos, actividades y procedimientos utilizados, supone una complejidad añadida en la implementación del SGC en el Centro Oncológico

Inicialmente, la organización no contaba con procesos definidos, además de otras dificultades que no permitían realizar una gestión correcta de la calidad, tales como:

- No existe estandarización. No existen metodologías definidas y los formatos son diferentes para cada proceso en cada sede.
- La documentación existente no es adecuada para la realización de las labores.
- Existen documentos desactualizados que no reflejan cómo se deben llevar a cabo las operaciones en la organización.
- Cada profesional desarrolla su labor de acuerdo a su experiencia y su formación, utilizando formatos y procedimientos diferentes lo cual dificulta el control de las operaciones.

- No existe descripciones de cargos.
- No hay una metodología que permita ejercer un control correcto de documentos y registros.
- No existen indicadores que permitan evaluar el cumplimiento de requisitos de calidad.
- Las exigencias de las EPS dificulta la estandarización, manejo y control de los procesos en cada sede.

Debido a lo anterior, la organización ha dispuesto de sus recursos para establecer la norma, seguirla y mantenerla, creando una cultura de colaboración para consolidar conceptos y procesos en sus sedes, reconociendo así la importancia de implementar un Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma NTC ISO 9001:2008, que permitirá dar solución a estas dificultades y adicionalmente:

- Aumentará la eficiencia y la eficacia en los procesos, los cuales se podrán controlar y mejorar continuamente logrando de esta manera un aumento en la productividad.
- Garantizará que los procedimientos estén correctamente gestionados, que los servicios que se ofrecen cumplan con la normatividad y con los requerimientos de los usuarios incrementando su satisfacción.
- Supondrá igualmente una mejora en la imagen corporativa además de beneficios comerciales a los cuales podrá acceder la organización.

La búsqueda del crecimiento corporativo, el mejoramiento continuo de sus procesos, el reconocimiento institucional, el posicionamiento en el mercado y la satisfacción de sus clientes, son del interés del Centro Oncológico Ltda., y es la justificación para cumplir con los estándares exigidos por la norma NTC ISO 9001:2008.

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.

Para el Centro Oncológico Ltda., como institución prestadora de salud es fundamental lograr la satisfacción y la mejora de la calidad de vida del usuario, por tanto el establecimiento de un SGC es de vital importancia para disminuir las variables que dificultan la consecución de estas metas.

Documentar los procesos del Centro Oncológico permite obtener información relevante acerca de puntos críticos que entorpecen el logro de los objetivos, mejora progresivamente el compromiso de los empleados con su labor y con la institución, entendiendo cada cual que su papel es fundamental para la entidad y para la satisfacción de los usuarios.

La estandarización va a garantizar el acoplamiento de aquellos documentos que se han construido independientemente en la organización, permitiendo escoger las prácticas que se ajusten mejor a los objetivos del Centro Oncológico, y eliminando aquellas costumbres que no concuerdan con las metas de la organización.

Indudablemente, la implementación del SGC en el Centro Oncológico es un gran paso para que los procesos se ejecuten eficientemente y de manera controlada, evitando que se repitan errores del pasado y cumpliendo con los requisitos legales y de los usuarios.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general:

Documentar, implementar y evaluar SGC en el CENTRO ONCOLÓGICO LTDA., en sus sedes de Bucaramanga, Bogotá y Tunja, basado en los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008.

1.3.2. Objetivos específicos:

- Sensibilizar y capacitar al personal que labora en el CENTRO ONCOLÓGICO LTDA. en cada una de las etapas que conlleva a la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.
- Elaborar un diagnóstico inicial que incluya las actividades del mejoramiento de los procesos misionales que haya desarrollado previamente la empresa y los resultados obtenidos a partir del uso de herramientas de calidad.
- Identificar el estado actual de la empresa con relación a los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008, los procesos que harán parte del Sistema de Gestión, así como las fortalezas y debilidades que puedan ser de utilidad para el proceso.
- Documentar los procesos desarrollados en el CENTRO ONCOLÓGICO LTDA. por medio de la identificación y revisión de la información existente que permita establecer mejoras y la elaboración de nuevos documentos que garanticen el cumplimiento de los requisitos establecido en la Norma NTC ISO 9001:2008.
- Implementar el Sistema de Gestión de Calidad en el CENTRO ONCOLÓGICO LTDA. estandarizando de esta forma los procesos desarrollados en la empresa.
- Realizar dos auditorías internas para evaluar el estado del Sistema de Gestión de Calidad, e identificar oportunidades de mejora en sus procesos.
- Elaborar e implementar los planes de mejora resultado de las dos auditorías.
- Diagnosticar el Sistema de Gestión de Calidad en su etapa final.

1.3.3. Alcance del proyecto

Este proyecto comprende la documentación, implementación y evaluación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma NTC ISO 9001:2008 en los procesos definidos dentro del SGC representados en el mapa de procesos del Centro Oncológico Ltda. Incluye hasta la realización de dos auditorías internas, la revisión de los resultados y la realización de los planes de mejora correspondientes.

2. GENERALIDADES DE LA EMPRESA

2.1. RESEÑA HISTÓRICA

El Centro Oncológico Ltda., nace en marzo de 2002 en Bucaramanga con la visión de convertirse en una reconocida organización encaminada hacia el tratamiento y rehabilitación de pacientes con Cáncer; cuenta con una amplia experiencia local, regional y nacional, en octubre de 2005 se abre la sede de Bogotá y en octubre de 2006 se abre la sede en Tunja.

Esta entidad también establece y desarrolla programas de evaluación del riesgo en cáncer para determinar cuáles son las principales causas que lo originan en cada región, investigando las razones por las cuales los pacientes con estas patologías consultan tarde con el fin de desarrollar políticas tendientes a disminuir la morbi-mortalidad por estas enfermedades.

Es una empresa de capital privado que cuenta con la capacidad, basada en su amplia experiencia, para prestar atención en las patologías neoplásicas e infectología en los diferentes puntos de la red de servicios. Desarrolla y evalúa el riesgo al cáncer con el fin de disminuir la morbimortalidad de esta enfermedad.

2.2. ASPECTOS GENERALES

Tabla 2. Generalidades de la Empresa

Nombre o razón social	<i>Centro Oncológico Ltda.</i>
Representante Legal	Piedad Eugenia Sanabria Aislant
Gerente Nacional	José Luis Mayorca Castilla
Fecha de Constitución	28 de febrero de 2002
Nit	804013017-8
Dirección Sedes (Imagen 1)	<ul style="list-style-type: none">• Sede Principal Bucaramanga<ul style="list-style-type: none">- <i>Sede Administrativa</i> Calle 52B No 31-29 Tel: 6471706- <i>Sede Hospitalaria</i> Carrera 31 No 53-19 Tel: 6570555• Sede Bogotá

	Calle 97 No 23-37 Centro Médico Dalí 4 piso Tel: 6421399 • Sede Tunja Avenida Norte No 47-18 Piso 2 Tel: 7437889
Página Web	http://www.centrooncologico.com

Fuente: Autores

Imagen 1. 1. Sede Bucaramanga Administrativa y Hospitalaria. 2. Sede Bogotá. 3. Sede Tunja



Fuente: Autores

2.3. SERVICIOS PRESTADOS

En la siguiente tabla se relacionan y clasifican los servicios prestados por el Centro Oncológico Ltda., el tipo de modalidad y el nivel de complejidad.

Tabla 3. Portafolio de Servicios Centro Oncológico Ltda.

SERVICIO	MODALIDAD		COMPLEJIDAD		
	Ambulatorias	Hospitalaria	Baja	Media	Alta
General Adultos		*		X	
General Pediátrica		*		X	
Hospitalización día		*		X	
Cirugía General	*			X	
Dolor y Cuidados Paliativos	*			X	

Fisioterapia	*		X		
Gastroenterología	*			X	
Hematología	*			X	
Medicina General	*		X		
Medicina Interna	*			X	
Oncología Clínica	*			X	
Psicología	*		X		
Terapia Ocupacional	*		X		
Terapia Respiratoria	*		X		
Urología	*			X	
Cirugía de Cabeza y Cuello	*			X	
Cirugía de mama y tumores tejidos blandos	*			X	
Cirugía Oncológica	*			X	
Ginecología Oncológica	*			X	
Hematología y Oncología clínica	*			X	
Oncología y Hematología pediátrica	*			X	
Transfusión sanguínea		*		X	
Ultrasonido	*	*		X	
Endoscopia Digestiva	*			X	
Servicio Farmacéutico	*			X	

Fuente: Autores

2.4. OBJETO SOCIAL

Que por escritura pública No. 2242 del 2005/10/14 consta: El objeto de la empresa es el manejo integral de los pacientes con enfermedades neoplásicas sólidas o hermatológicas, desde su diagnóstico hasta su rehabilitación.

2.5. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

El Centro Oncológico Ltda., cuenta con 102 empleados en todas sus sedes, repartidos en 44 cargos. Por contar con tres sedes a nivel nacional el Centro Oncológico tienen definida la estructura organizacional en la sede principal y una estructura por cada sede. (ANEXO 1).

3. MARCO TEÓRICO

3.1. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

El Sistema de Gestión de Calidad es una herramienta que facilita a la organización dirigir y controlar las actividades relacionadas directa o indirectamente con la satisfacción de los requisitos del cliente. Este sistema incluye la estructura de la organización, la planificación, los procesos, los recursos y la documentación que se utiliza para lograr los objetivos de calidad, satisfacer los requisitos de los clientes y mejorar el sistema de gestión de calidad y, por tanto, mejorar la calidad del producto y/o servicio. Los sistemas de gestión de calidad se pueden aplicar a empresas de todos los tamaños y a todos los aspectos de la gestión, tales como las actividades de mercadeo, ventas y finanzas.

No se debe confundir la calidad del producto o del servicio con el concepto de la Gestión de la calidad. Los requisitos de la norma ISO 9001 son genéricos, por tanto son aplicables a todas las organizaciones, sin importar su tipo, tamaño y producto suministrado.

“Los sistemas de gestión de calidad no deben ocasionar burocracia y trabajo de escritorio excesivos, ni deben carecer de flexibilidad; tampoco deben ser una carga financiera. Los gastos relacionados con la implementación y mantenimiento de un SGC se deben considerar como una inversión que brinda un retorno en forma de beneficios y mejoras.”³

La adopción de un sistema de gestión de la calidad debe ser una decisión estratégica de la organización. El diseño y la implementación del sistema de gestión de la calidad de una organización están influenciados por⁴:

³ INTERNATIONAL TRADE CENTRE. ISO 9001 Orientación para su implementación: (Sugerencias del CT 176 de la ISO). 2010. 15 p.

⁴ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001. Bogotá: ICONTEC, 2010. i p.

- a) el entorno de la organización, los cambios en ese entorno y los riesgos asociados con ese entorno,
- b) sus necesidades cambiantes,
- c) sus objetivos particulares,
- d) los productos que proporciona,
- e) los procesos que emplea,
- f) su tamaño y la estructura de la organización.

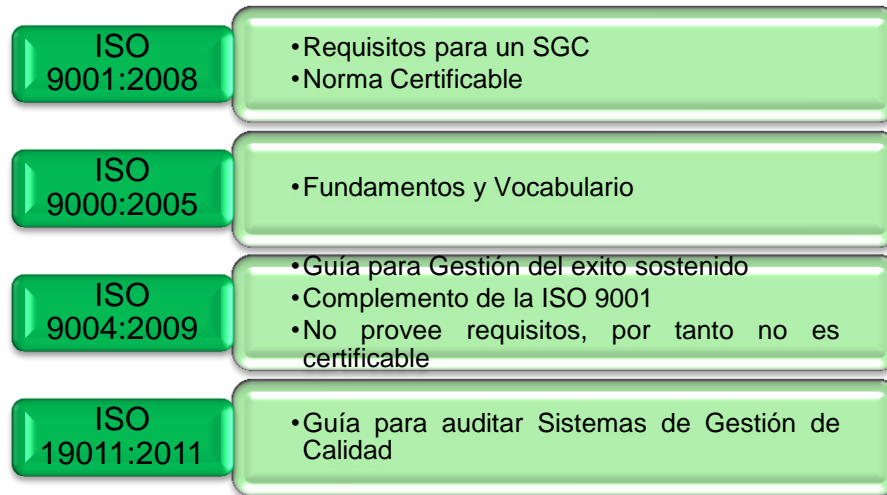
3.2. FAMILIA DE NORMAS ISO

Se refiere a la serie de normas genéricas estructuradas por la Organización Internacional de Normalización ISO que asisten a las empresas, de todo tipo y tamaño, en la implementación, operación y mantenimiento de Sistemas de Gestión de la Calidad eficaces. Los documentos claves actuales de la familia de normas ISO 9000 constan de⁵:

- La norma ISO 9000, la cual describe los fundamentos de los Sistemas de Gestión de la Calidad y especifica la terminología de los sistemas de gestión de la calidad.
- La norma ISO 9001 especifica los requisitos de los sistemas de gestión de la calidad aplicables a toda organización que necesite demostrar su capacidad para proporcionar productos que cumplan los requisitos de sus clientes y los reglamentarios que le sean de aplicación y su objetivo es aumentar la satisfacción del cliente.
- La norma ISO 9004 proporciona directrices que consideran tanto la eficacia como la eficiencia del sistema de gestión de calidad. El objetivo de esta norma es la mejora del desempeño de la organización y la satisfacción de los clientes y de las partes interesadas.
- La norma ISO 19011 proporciona orientación relativa a las auditorías de sistemas de gestión de la calidad y de gestión ambiental.

⁵ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9000. Bogotá: ICONTEC, 2011. i p.

Figura 1. Familia de normas ISO



Fuente: Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9000.

3.3. PRINCIPIOS DE LA GESTIÓN DE CALIDAD

Se han identificado ocho principios de gestión de la calidad que pueden ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a la organización hacia una mejora en el desempeño⁶:

a) **Enfoque al cliente:** las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.

b) **Liderazgo:** los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

c) **Participación del personal:** el personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.

⁶ Ibid., p i-ii.

d) **Enfoque basado en procesos:** un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

e) **Enfoque de sistema para la gestión:** identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.

f) **Mejora continua:** la mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.

g) **Enfoque basado en hechos para la toma de decisión:** las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.

h) **Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:** una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

Estos ocho principios de gestión de la calidad constituyen la base de las normas de sistemas de gestión de la calidad de la familia de Normas ISO 9000.

3.4. ENFOQUE BASADO EN PROCESOS

La ISO 9001 promueve la adopción de un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, implementa y mejora la eficacia de un sistema de gestión de la calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.⁷

Un proceso se define como una actividad o conjunto de actividades que utiliza ciertos recursos y que se gestiona con el fin de transformar elementos de entrada en resultados. Usualmente el resultado de un proceso constituye el elemento de entrada del siguiente proceso.

⁷ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001. Bogotá: ICONTEC, 2010. i-ii p.

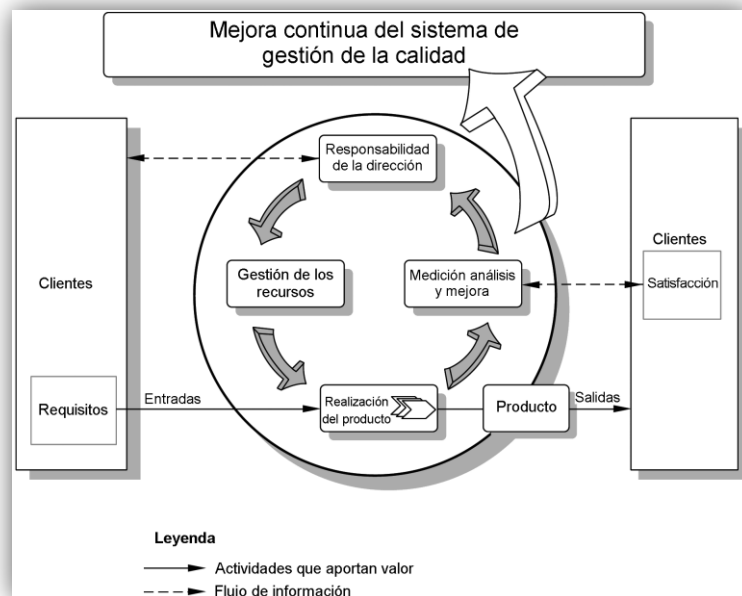
La aplicación de un sistema de procesos dentro de la organización, junto con la identificación e interacciones de estos procesos, así como su gestión para producir el resultado deseado, puede denominarse como "enfoque basado en procesos".

“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.”⁸

Un enfoque de este tipo, cuando se utiliza dentro de un sistema de gestión de la calidad, enfatiza la importancia de⁹:

- 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.

Figura 2. Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos



Fuente: Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9000.

⁸ Ibid.

⁹ Ibid., ii p.

El modelo mostrado en la Figura 2 muestra el modelo de un Sistema de gestión de Calidad basado en procesos, el cual ilustra los vínculos entre los procesos presentados en los capítulos 4 a 8 de la norma y cubre todos los requisitos de la misma, pero no muestra los procesos de una forma detallada. Los clientes juegan un papel fundamental puesto que definen los requisitos como elementos de entrada. El seguimiento de la satisfacción del cliente requiere la evaluación de la información con respecto a la percepción del cliente acerca de si la organización cumple sus requisitos.

3.5. BENEFICIOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Algunos beneficios que se obtienen de la definición, desarrollo e implantación de un Sistema de gestión de calidad son¹⁰:

- Algunos clientes, tanto del sector público como del privado buscan la confianza que puede suministrar una organización con un sistema de gestión de calidad eficaz.
- Logro y mantenimiento de la calidad de sus productos y/o servicios, para satisfacer los requisitos de sus clientes y las necesidades implícitas.
- Incremento de la satisfacción del cliente.
- Mejor desempeño y productividad de la organización.
- Mayor enfoque en los objetivos de la organización y en las expectativas del cliente.
- Confianza en que la calidad prevista se logra y se mantiene.
- Suministro de evidencia a los clientes y clientes potenciales de lo que la organización puede hacer por ellos.
- Abrir nuevas oportunidades de mercado y mantener la participación en el mismo.
- Obtener la certificación / registro.

¹⁰ INTERNATIONAL TRADE CENTRE. Op cit. 17 p.

- Tener la oportunidad de competir sobre la misma base de las organizaciones más grandes.
- Disminuyen los costos (costos de no calidad) y crecen los ingresos (posibilidad de acudir a nuevos clientes, mayores pedidos de los actuales, etc.)

Aunque un sistema de gestión de la calidad puede ayudar a satisfacer estas expectativas, es necesario recordar que éste sólo es un medio para alcanzar los objetivos que establece la organización y no es un fin en sí mismo.

El solo sistema de gestión de calidad no necesariamente llevará a la mejora de los procesos de trabajo y no resuelve todos los problemas de una organización.

3.6. EL CICLO PHVA

El ciclo PHVA, también conocido como "Círculo de Deming" (de Edwards Deming), es una estrategia de mejora continua de la calidad en cuatro pasos y es muy utilizado por los diversos sistemas utilizados en las organizaciones para gestionar aspectos tales como calidad (ISO 9000), medio ambiente (ISO 14000), salud y seguridad ocupacional (OHSAS 18000), o inocuidad alimentaria (ISO 22000).¹¹

Los 4 pasos que plantea el ciclo PHVA son los siguientes¹²:

Planear:

Consiste en establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización:

- ✓ Identificar servicios.
- ✓ Identificar clientes.
- ✓ Identificar requerimientos de los clientes. (5.2)

¹¹Calidad y Gestion. *Herramientas para la mejora continua*. [En línea] 11 de Julio de 2012. [Citado el: 1 de Noviembre de 2012.] <http://calidadgestion.wordpress.com/tag/ciclo-phva/>.

¹²Blog-Top punto com. *El Ciclo PHVA Planear-Hacer-Verificar-Actuar*. [En línea] Julio de 2007. <http://www.blog-top.com/el-ciclo-phva-planear-hacer-verificar-actuar/>.

- ✓ Trasladar los requerimientos del cliente a especificaciones (7.1)
- ✓ Identificar los pasos claves del proceso (diagrama de flujo) (7.5)
- ✓ Identificar y seleccionar los parámetros de medición (8.1)
- ✓ Determinar la capacidad del proceso (8.2.3, 8.2.4)
- ✓ Identificar con quien compararse (benchmarking) (5.1 de ISO 9004)

Hacer:

- ✓ Implementación de los procesos.
- ✓ Identificar oportunidades de mejora (8.5)
- ✓ Desarrollo del plan piloto
- ✓ Implementar las mejoras

Verificar:

- ✓ Realizar el seguimiento y medir los procesos y los productos contra las políticas, los objetivos y los requisitos del producto e informar sobre los resultados.
- ✓ Evaluar la efectividad (8.2, 8.5.2)

Actuar:

Tomar acciones para mejorar continuamente el desarrollo de los procesos. Institucionalizar la mejora y/o volver al paso de Hacer (5.6)

Aplicando el PHVA en la implementación de un sistema de gestión de la calidad en una empresa de servicios, se tiene¹³:

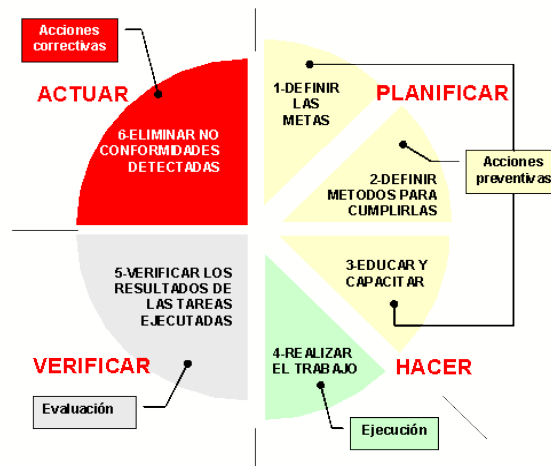
- ✓ En el planear se define la red de procesos, la política de calidad y los objetivos; se define el Representante de Gerencia, y el aseguramiento de los procesos.
- ✓ En el Hacer se hace la implementación de lo definido en la planeación, es decir, toda la Organización se alinea de acuerdo a las definiciones, se

¹³ Ibid.

conforman equipos de trabajo para que documenten los procesos con el enfoque de PHVA y con una metodología definida.

- ✓ En el Verificar, se aplica el subproceso de Revisiones de Gerencia y Auditorías internas de Calidad.
- ✓ En el Actuar, se aplica el subproceso de Acciones correctivas, preventivas y planes de mejoramiento como consecuencia de unos informes de auditorías, adicionalmente se aplica la metodología para análisis y solución de problemas a aquellos subprocesos que necesitan un mejoramiento continuo para luego incorporarlos en los subprocesos y convertirlos nuevamente como parte del día a día.

Figura 3. Ciclo PHVA



Fuente: Blog-Top punto com

3.7. MEDICIÓN E INDICADORES DE GESTIÓN

3.7.1. Medición

Dentro del sistema de gestión de calidad, la medición se aplica en la determinación de magnitudes físicas de características de productos o parámetros de procesos, y a la medición de los procesos mediante indicadores de gestión que permitan evaluar de forma objetiva el logro de los objetivos.

3.7.2. Indicador de gestión

“Un indicador de gestión es una magnitud asociada a un resultado de una medición de una actividad o un proceso y que demuestra el desempeño en momentos consecutivos y con una frecuencia establecida”¹⁴.

En un sistema de gestión, los indicadores de gestión son importantes por los siguientes motivos¹⁵:

- Son una herramienta de planeación organizacional: el diseño de indicadores requiere la formulación de objetivos y lleva a cuestionar la pertinencia de ellos. Igualmente establecer indicadores y metas lleva a la necesidad de definir planes para lograrlos. Su construcción permite cuestionar y revisar la planeación, y mejorar el establecimiento de objetivos.
- Permiten evaluar el desempeño: con los indicadores de gestión se pueden hacer comparaciones con límites de control y metas, o con periodos anteriores, que facilitan determinar el logro de los objetivos propuestos.
- Facilita visualizar tendencias en el desempeño: la medición demuestra resultados en la mejora de los procesos en el tiempo, y permite analizar el comportamiento, incluyendo las tendencias y deficiencias en el desempeño que dan alertas tempranas para la implementación de acciones preventivas y de mejora.
- Son una herramienta útil para realizar estudios comparativos: se pueden desarrollar evaluaciones de benchmarking, para obtener referentes de objetivos y metas de mejora.
- Generan información acerca de la capacidad de los procesos: la medición permite estimar la reproducibilidad intrínseca de los procesos, facilitando la toma de decisiones de inversión para la mejora.
- Condicionan el comportamiento de las personas: esta es una de sus características más interesantes, ya que en el momento de implementar una

¹⁴ LOPEZ CARRIZOSA, Francisco José. Indicadores de Gestión: La Medición de la gestión para el éxito sostenible. Bogotá: ICONTEC, 2011. 14 p.

¹⁵ibid., 15 p.

medición, las personas responsables de las actividades, generan un compromiso hacia el logro de objetivos, dando como resultado una mejora inmediata y muchas veces significativa.

- Facilitan realizar el seguimiento y la medición: Evalúan la eficacia, la eficiencia y la efectividad de los procesos del SGC como una parte integral del ciclo PHVA y hacen más fácil la aplicación de requisitos de las normas para el Sistema de Gestión. La medición asegura una gestión sistemática de los procesos con la aplicación del ciclo PHVA.
- Son una herramienta de evaluación del desempeño: permiten establecer programas de seguimiento del desempeño de las personas para identificar necesidades de formación y desarrollo de competencias y, muchas veces, son la base para planes de incentivos.
- Definen criterios de operación: permiten establecer criterios como los límites de control que pueden dar alertas tempranas sobre problemas en el desempeño.

3.7.3. Indicadores de gestión de procesos

“Los indicadores de gestión permiten la evaluación cuantitativa acerca del logro del objetivo del proceso, y permiten obtener resultados de desempeño financiero, eficiencia, calidad y desempeño ambiental, entre otros.”¹⁶

Según la norma ISO 9001 para determinar los métodos de medición apropiados para los procesos se debería considerar su impacto en la conformidad del producto y el sistema de gestión de calidad.

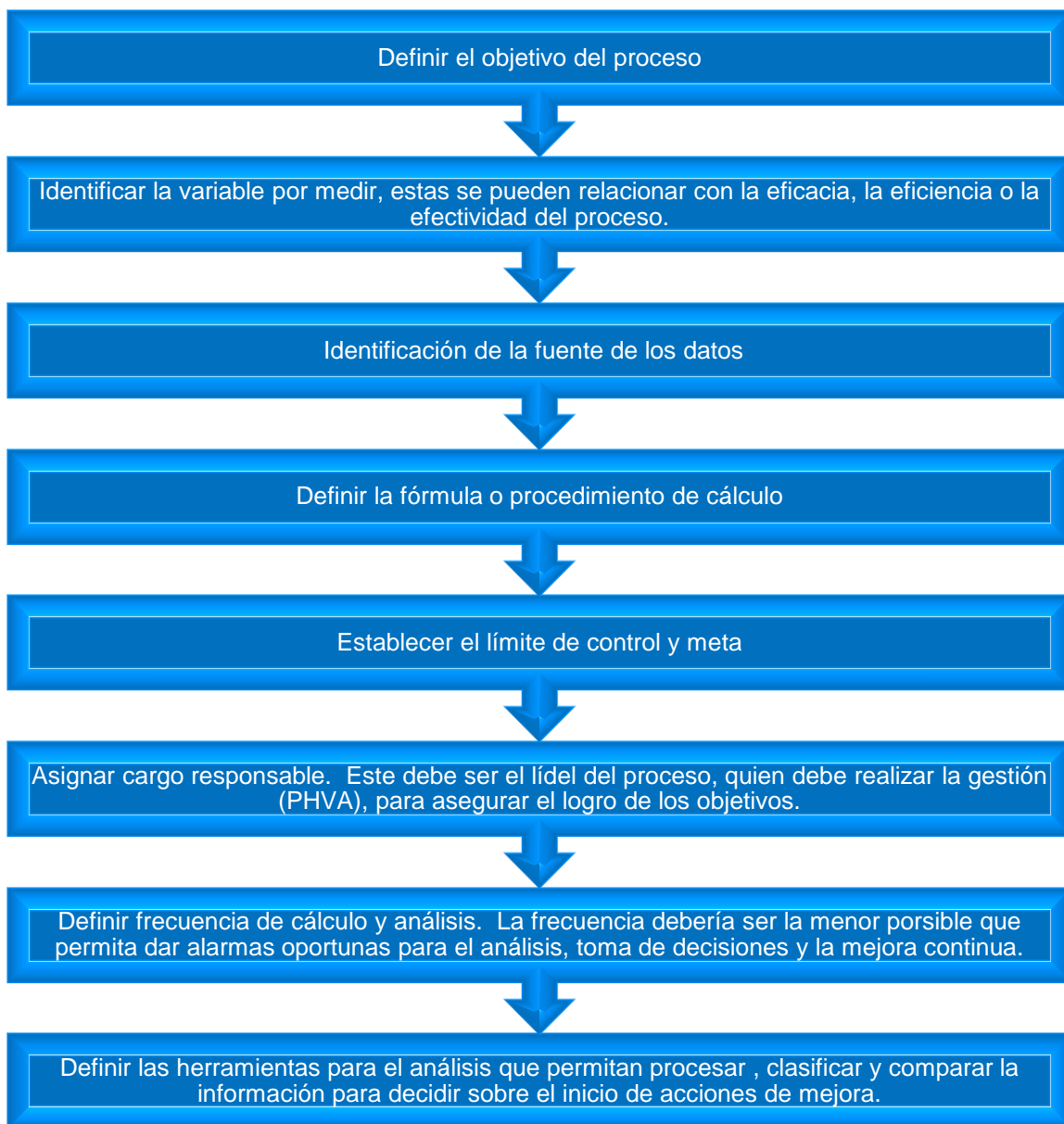
3.7.4. Diseño de indicadores de proceso

La metodología para el diseño de indicadores de gestión de procesos debería seguir los siguientes parámetros¹⁷:

¹⁶ Ibid., p. 75.

¹⁷ Ibid., p. 76

Figura 4. Diseño de indicadores por proceso



Fuente: Indicadores de Gestión: La Medición de la gestión para el éxito sostenible.

4. METODOLOGÍA DEL PROYECTO

El proceso de implementación del Sistema de Gestión de Calidad dio inicio con una reunión encabezada por el Director Nacional de Calidad de la empresa, contando con la presencia de los directivos de la compañía, los líderes de procesos, y los auxiliares de calidad (Autores del proyecto), donde se informó la metodología a utilizar durante el proceso de implementación y las responsabilidades de los involucrados en el proyecto. Adicionalmente, se realizó una sensibilización sobre la norma ISO 9001:2008 y los beneficios del Sistema de Gestión de Calidad para la organización, haciendo énfasis en la importancia que tendría contar con el compromiso de la Dirección en la consecución de los objetivos. Esta reunión dio inicio al proceso de implementación del Sistema de Gestión de Calidad en el Centro Oncológico, el cual se desarrolló siguiendo las siguientes etapas secuenciales:

Figura 5. Metodología del Proyecto



Fuente: Autores

4.1. DIAGNÓSTICO:

Se identificó el estado inicial de la empresa respecto a la Norma NTC ISO 9001:2008. Involucró las siguientes actividades:

- Evaluación del cumplimiento de los requisitos en los procesos a nivel general.
- Revisión de los documentos y registros existentes.
- Caracterización de los procesos dentro del Sistema de Gestión de Calidad.

4.2. PLANIFICACIÓN:

Luego de tener identificados los procesos estratégicos, misionales y de apoyo, se realizaron las siguientes actividades:

- Revisión y ajuste de la Misión, Visión y Valores.
- Diseñar la política, objetivos de calidad e indicadores de gestión.
- Organizar los grupos primarios, sus integrantes, responsabilidades, plan de trabajo, entre otros.
- Definir el alcance del SGC.

4.3. DOCUMENTACIÓN:

El objetivo de esta etapa fue adecuar los documentos existentes y generar los documentos adicionales necesarios, teniendo en cuenta los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008. Involucró las siguientes actividades:

- Construir la metodología para la elaboración y el control de los documentos y registros: Guía de elaboración de documentos.
- Revisar los documentos existentes y diseñar los necesarios para dar cumplimiento a los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008.
- Elaboración del Manual de Calidad.

4.4. IMPLEMENTACIÓN:

En esta etapa se realizó la socialización de los documentos y registros elaborados con el fin de que el personal implicado en los procesos tuviera conocimiento de

ellos y los adoptaran en el desarrollo de sus tareas. Las actividades que se llevaron a cabo en la etapa de implementación son las siguientes:

- Actividades de socialización de la documentación en cada proceso.
- Socialización de las directrices del SGC (Misión, Visión, Política de calidad, etc.)
- Capacitación en la elaboración de informes, seguimiento de no conformidades, elaboración de acciones preventivas y correctivas, entre otros.
- Recopilar la información sobre el desempeño del Sistema (indicadores de gestión), manejo del producto no conforme, eventos adversos, análisis de datos, evaluación de la satisfacción del cliente y PQRS (Peticiónes, quejas y reclamos), entre otros.

4.5. SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN:

Teniendo en cuenta que un proyecto de estas características involucra a todo el personal de la empresa, fue importante e indispensable realizar jornadas de sensibilización y capacitación con el objetivo de documentarlos sobre el tema de calidad, aclarando el papel de cada uno en el proceso, sus responsabilidades, etc. Cabe notar que esta etapa se desarrolló a lo largo de todo el trabajo.

4.6. EVALUACIÓN:

En ésta etapa se evaluó el sistema, verificando el cumplimiento de los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008. Las actividades que involucró son las siguientes:

- Revisión del Sistema por parte de la Dirección
- Desarrollo de dos auditorías internas.
- Elaboración e implementación de los planes de mejoramiento producto de las dos (2) auditorías.

5. DIAGNÓSTICO INICIAL

Se analizó en qué medida el funcionamiento de la IPS Centro Oncológico Ltda., se ajustaba a los requisitos de la norma y así conocer la distancia que había entre la gestión actual de la empresa y el modelo de gestión propuesto por la Norma NTC ISO 9001:2008. Por consiguiente, fue importante que las respuestas reflejaran de forma realista la situación actual de la empresa en relación con los principios del SGC y los requisitos de la norma ISO 9001:2008.

5.1. DEFINICIÓN Y APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN:

Para este análisis se desarrolló una lista de verificación (ANEXO 2), teniendo en cuenta cada uno de los requisitos de la norma ISO 9001:2008, lo cual permitió analizar cómo se encontraba la empresa frente a cada uno de dichos literales. Se definieron los siguientes criterios de evaluación:

Tabla 4. Criterios de evaluación del SGC

CRITERIO	DESCRIPCIÓN	VALORACIÓN
NA	Requisito no aplicable bajo los parámetros de exclusión de ISO 9001:2008	-
ND	Requisito aplicable No Documentado	0
PI	Requisito con documentación incompleta	1
AC	Requisito documentado, pero requiere actualización o cambios.	2
IM	Requisito implementado con resultados, registros y evidencias.	3
MC	Requisito implementado, auditado y en proceso de mejoramiento continuo.	4

Fuente: Autores

El diagnóstico fue realizado entre los días 9 y 20 de julio de 2012 teniendo en cuenta evidencias detectadas en la empresa mediante observación, entrevistas al personal y revisión de toda la documentación hasta el momento utilizada en la institución.

5.2. RESULTADOS Y ANÁLISIS:

Los resultados del diagnóstico inicial ejecutado en la empresa se presentan a continuación:

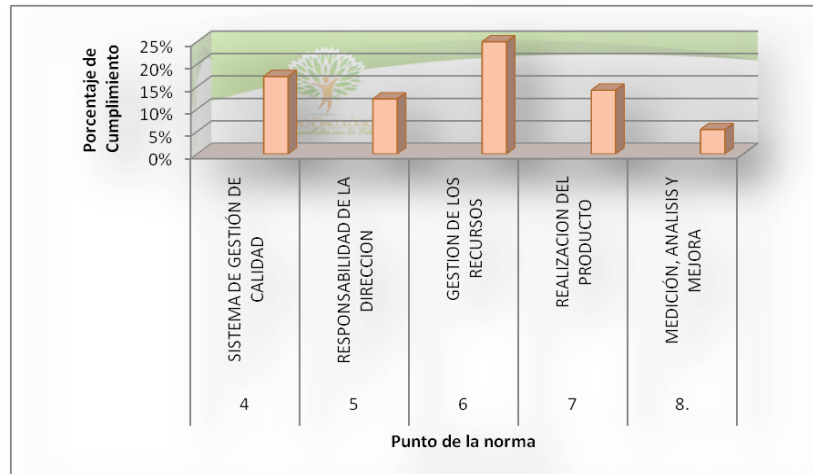
Tabla 5. Resultados del Diagnóstico Inicial del SGC

RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO				
No. ISO	Requisito de la Norma	Puntaje	Puntaje Máximo	% de cumplimiento
4	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD			17,27%
4.1	Requisitos Generales	6	32	18,75%
4.2	Requisitos de la documentación	12	76	15,79%
5	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION			12,26%
5.1	Compromiso de la dirección	2	20	10,00%
5.2	Enfoque al cliente	1	8	12,50%
5.3	Política de calidad	3	20	15,00%
5.4	Planificación	1	20	5,00%
5.5.	Responsabilidad, autoridad y comunicación	6	28	21,43%
5.6.	Revisión por la dirección	5	52	9,62%
6	GESTION DE LOS RECURSOS			25,00%
6.1	Provisión de los recursos	3	8	37,50%
6.2	Recursos Humanos	5	24	20,83%
6.3	Infraestructura	2	12	16,67%
6.4	Ambiente de trabajo	1	4	25,00%
7	REALIZACION DEL PRODUCTO			14,22%
7.1	Planificación de la realización del servicio	3	16	18,75%
7.2	Procesos relacionados con el cliente	8	56	14,29%
7.3	Diseño y desarrollo	N/A		
7.4	Compras	5	48	10,42%
7.5	Producción y prestación del servicio	12	68	17,65%
7.6	Control de los equipos de seguimiento y medición	4	40	10,00%
8.	MEDICIÓN, ANALISIS Y MEJORA			5,45%
8.1	Generalidades	0	8	0,00%
8.2	Seguimiento y medición	4	84	4,76%
8.3	Control del servicio no conforme	2	20	10,00%
8.4	Análisis de datos	0	12	0,00%
8.5	Mejora	3	24	12,50%
PORCENTAJE PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO				13,93%

Fuente: Autores

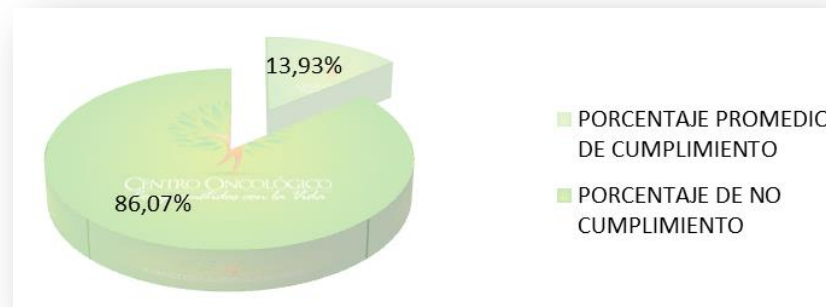
El resultado de este diagnóstico se puede visualizar en los siguientes gráficos:

Figura 6. Resultado del diagnóstico. Diagrama de barras



Fuente: Autores

Figura 7. Cumplimiento de la Norma en el Diagnóstico



Fuente: Autores

Se observa un porcentaje de cumplimiento del 13,93% frente a los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008. El mejor resultado se observa en el punto 6. “Gestión de recursos”, principalmente debido al compromiso de la alta dirección en la asignación de los recursos necesarios para el Sistema de Gestión de Calidad. El menor porcentaje se observa en el punto 8. “Medición, análisis y mejora”, debido a que no existen instrumentos de seguimiento y medición del desempeño de los procesos que permitan mejorar continuamente.

Entre los hallazgos más significativos del diagnóstico se pueden destacar:

- No existía caracterización de ningún proceso.
- Cada profesional contaba con sus propios formatos, lo cual originaba descontrol de documentación entre las sedes.
- No existían guías, procedimientos, instructivos ni protocolos establecidos en los procesos.
- No había control de documentos y registros.
- No existía una metodología adecuada y establecida para llevar el control acerca de la satisfacción del usuario.
- La organización no había definido la política ni objetivos de calidad.
- No existían metodologías para evaluar y re-evaluar proveedores.
- Existían muy pocos perfiles de cargos, y los que habían no correspondían con la actualidad de los puestos existentes. Debido a esto, tampoco era posible saber si el personal cumplía requisitos mínimos para ejercer sus funciones en la organización.
- No existía una metodología que permitiera estandarizar el manejo de las Historias clínicas.
- El proceso de autorizaciones y facturación estaba basado principalmente en reprocesos, ya que no se hacían los filtros necesarios para evitar la devolución de documentación a los procesos generadores.
- No había control sobre el inventario de equipos e inmuebles de las sedes de Bogotá y Tunja.
- A pesar de la Certificación del INVIMA, la mayoría de documentos del Servicio Farmacéutico se encontraban desactualizados.

En la medida que se fue trabajando en la implementación el Sistema de Gestión de Calidad, se dio solución a estas problemáticas y a las surgidas durante el proceso.

6. PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Teniendo en cuenta los resultados del diagnóstico inicial, fue necesario realizar un plan de trabajo que sentaría las bases necesarias para seguir con la etapa de implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

Inicialmente fue esencial redefinir la gestión de la institución siguiendo el enfoque basado en procesos y concretando el alcance que tendría el SGC. Igualmente se asignaron responsabilidades individuales con respecto al Sistema y se conformó el Comité de Calidad. Posteriormente se realizó una revisión y actualización del direccionamiento estratégico de la institución, incluyendo misión, visión, política de calidad y objetivos de calidad. Se ratificó el compromiso de la dirección para asegurar la disponibilidad de recursos durante el transcurso del proyecto.

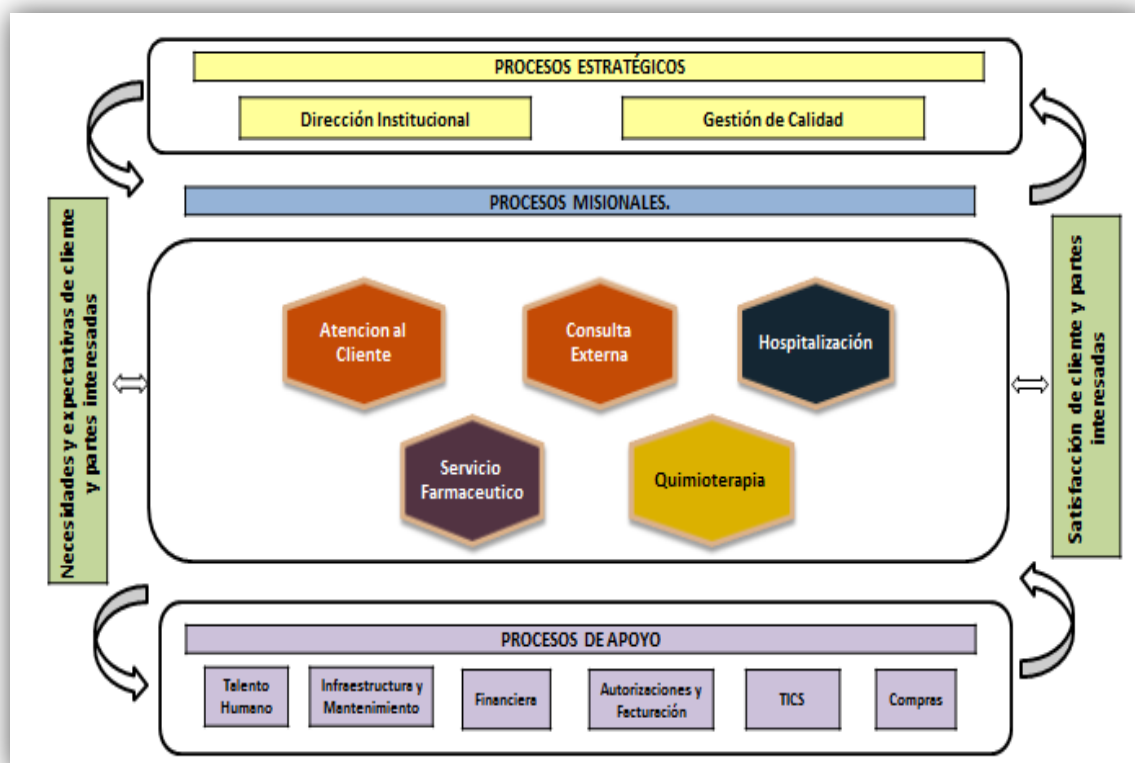
Esta etapa fue el punto de partida que permitió lograr los objetivos planteados para el proyecto y contó con la activa participación de la alta dirección, líderes de procesos y del grupo de Gestión de Calidad.

6.1. IDENTIFICACIÓN E INTERACCIÓN DE LOS PROCESOS

6.1.1. Mapa de procesos, Alcance del SGC y exclusiones

Como primer paso y con el fin de cumplir con el enfoque basado en procesos propuesto por la norma NTC ISO 9001:2008, se definieron los procesos que hacen parte de la institución y que interactúan entre sí para ofrecer el mejor servicio a los usuarios. Estos procesos se encuentran reflejados en el Mapa de Procesos de la Figura 8.

Figura 8. Mapa de procesos del Centro Oncológico Ltda.



Fuente: Autores

6.1.2. Alcance del SGC y Exclusiones

El alcance del Sistema de Gestión de Calidad incluye los procesos misionales en los cuales el Centro Oncológico se certificará en sus tres sedes. Se definió así:

“Servicios Oncológicos de media y alta complejidad de consulta externa, quimioterapia, servicio farmacéutico y hospitalización en Bucaramanga. Consulta externa, quimioterapia y servicio farmacéutico en Bogotá y Tunja.”

Se determinó la siguiente **exclusión** para los procesos del Centro Oncológico Ltda.: Se excluye el numeral 7.3 “Diseño y desarrollo” debido a que todos los protocolos asistenciales de medicina oncológica que se siguen ya están establecidos por sociedades de medicina nacionales e internacionales.

Figura 9. Procesos del SGC



Fuente: Autores

6.1.3. Descripción de los procesos

Los objetivos de cada proceso que integra el SGC se describen a continuación:

Tabla 6. Descripción de los procesos del SGC

PROCESO	OBJETIVO DEL PROCESO
PROCESOS ESTRATÉGICOS	
DIRECCIÓN INSTITUCIONAL	Planear la ejecución de actividades y recursos para la prestación de los servicios de salud de acuerdo a la normatividad vigente, necesidades de los clientes y del Centro Oncológico. Planear, coordinar y ejecutar las actividades de mercadeo de los servicios, asegurando el cumplimiento de los requisitos del cliente.
GESTIÓN DE CALIDAD	Establecer, documentar, implementar, mantener y mejorar continuamente los Sistemas de Gestión del Centro Oncológico.
PROCESOS MISIONALES	
QUIMIOTERAPIA	Suministrar de forma oportuna y segura el procedimiento de quimioterapia a los usuarios.
HOSPITALIZACIÓN	Suministrar de forma segura el servicio de hospitalización a los usuarios.
SERVICIO FARMACÉUTICO	Disponer de los medicamentos y dispositivos médicos-quirúrgicos requeridos por el Centro Oncológico de manera oportuna y segura.
CONSULTA EXTERNA	Proporcionar servicios de consulta externa en la especialidad de Oncología con calidad, calidez y oportunidad.

ATENCIÓN AL CLIENTE	Brindar al usuario orientación y apoyo para la realización de los trámites administrativos relacionados con la atención de los servicios de salud, conocer su satisfacción frente a los servicios recibidos y responder oportunamente las solicitudes presentadas por los usuarios.
PROCESOS DE APOYO	
TALENTO HUMANO	Contar con personal competente que permita realizar las actividades de los diferentes procesos y administrar el talento humano del Centro Oncológico.
INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO	Garantizar el funcionamiento y mantenimiento de los equipos, infraestructura e inmobiliario del centro Oncológico Ltda.
FINANCIERA	Gestionar y suministrar la información financiera de forma oportuna y confiable, que permita la toma de decisiones efectivas y el cumplimiento de la normatividad vigente.
AUTORIZACIONES Y FACTURACIÓN	Controlar y verificar la autorización de los servicios prestados por el Centro Oncológico Ltda.; así como las actividades que permitan realizar de manera oportuna, confiable y veraz la facturación de los servicios prestados en el Centro Oncológico.
TICS	Realizar o hacer seguimiento y control a los desarrollos o programas requeridos por el centro oncológico y preservar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información de las bases de datos, con el fin de apoyar a la Organización en el cumplimiento de las actividades
COMPRAS	Proveer con oportunidad, calidad y precios razonables los productos y servicios requeridos por el Centro Oncológico para garantizar su óptimo funcionamiento.

Fuente: Autores

6.1.4. Definición de responsabilidades

Como parte fundamental del proyecto se realizó la definición de responsables y sus compromisos para garantizar el desarrollo correcto de cada una de las etapas de implementación del SGC.

Inicialmente se puntualizaron los compromisos de la Alta Dirección con respecto al Sistema de Gestión de Calidad, los cuales se encuentran consignados en el Manual de calidad. (ANEXO 3)

Figura 10. Responsabilidades para el desarrollo del SGC



Fuente: Autores

Por otro lado, Los líderes de procesos son el canal que genera información operativa y administrativa fundamental para el desarrollo organizacional de la empresa y de este funcionamiento quedan como evidencia las actas de las reuniones realizadas. El equipo de trabajo está conformado por:

Tabla 7. Equipo de Trabajo Centro Oncológico Ltda.

Gerente Nacional: José Luis Mayorca Castilla			
Directora Nacional Administrativa y Financiera: Piedad Sanabria Aislant			
Director Nacional de Calidad: Roberto Hernández Macías			
Practicantes: Leidy Arciniegas Millán y Juan Carlos Cárdenas Vega			
LIDERES DE LOS PROCESOS			
Proceso Misional	Bucaramanga	Bogotá	Tunja
Servicio Farmacéutico	Yolanda Torres V.	Esperanza Peláez G.	Javier Mauricio Baquero
Quimioterapia	Johanna Bossa	Samir Barón Aislant	Wilson López A.
Consulta externa	Adriana Ardila T.	Ernesto Torregrosa H.	Wilson López A.
Hospitalización	Adriana Ardila T.	-----	-----
Atención al Cliente	Alba Ramírez A.	Viviana Camacho R.	María Teresa Pardo B.

Fuente: Autores

En reunión posterior se conformó el comité de calidad (ANEXO 4), levantándose acta de reunión en la cual se definieron los siguientes aspectos:

- Miembros, objetivos y responsabilidades del comité de calidad.
- Presentación del organigrama, mapa de procesos y líderes de los mismos.
- Alcance del Sistema de gestión de Calidad.
- Política y Objetivos de Calidad.
- Definir el representante de la dirección ante el SGC.

6.2. REVISIÓN Y AJUSTE DE LA MISIÓN Y DE LA VISIÓN

Para la revisión y ajuste de la Misión, visión y valores corporativos se involucró al personal de calidad, la alta gerencia y líderes de procesos.

6.2.1. Misión:

La organización contaba con una misión que no se ajustaba realmente a sus actividades y a los servicios actualmente habilitados, por lo tanto se redefinió teniendo en cuenta las siguientes directrices:

- Debía definir claramente la actividad de la organización
- El tipo de cliente para quien están dirigidos los esfuerzos
- Los factores que diferencian a la organización de todas las demás.

Siguiendo éstas pautas, se realizó una lluvia de ideas con la cual se redefinió la misión de la siguiente manera:

Tabla 8. Definición de la nueva Misión del Centro Oncológico

ANTES	DESPUÉS
<p><i>“Somos una Institución Prestadora de salud IPS de alta complejidad, que brinda una atención integral a usuarios con patologías neoplásicas, mediante programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de estas enfermedades, Tenemos políticas de mejoramiento continuo, sustentados en una sólida red de servicio de salud a nivel nacional, que combina la ética y calidez, para ofrecer a los usuarios y sus familias la satisfacción de sus expectativas”</i></p>	<p><i>“Somos una Institución prestadora de servicios de salud, especializada en el tratamiento integral del cáncer. Contamos con un equipo de profesionales idóneo y comprometido que presta sus servicios en un ambiente de respeto y calidez, buscando la satisfacción del paciente y su familia. Contamos con central de mezclas certificada en buenas prácticas de elaboración, que brinda seguridad y confiabilidad en la preparación y administración de los medicamentos y con un sistema de información exclusivo con capacidad de realizar seguimientos e informes epidemiológicos reales, disponibles para las aseguradoras y el sistema nacional de salud.”</i></p>

Fuente: Autores

Las modificaciones realizadas a la misión fueron las siguientes:

- La institución actualmente sólo está especializada en el tratamiento del cáncer, no maneja programas de prevención ni rehabilitación del paciente.
- Se incluyen en la misión los factores diferenciadores: la central de mezclas certificada por el INVIMA y el software que entrará pronto en funcionamiento.

6.2.2. Visión:

Se redefinió el horizonte de la visión, para lo cual se tuvo en cuenta primordialmente las metas de la dirección para el año 2017.

Tabla 9. Definición de la Nueva Visión de la organización

ANTES	DESPUES
<p><i>“Para el año 2014 seremos acreditados en la prevención, tratamiento y rehabilitación del usuario con patologías Neoplásicas, siendo un punto de referencia por la calidad en la prestación de sus servicios; se lideran programas de educación médica continuada y de seguimiento a nivel nacional del comportamiento epidemiológico de patologías oncológicas, con el propósito de fortalecer procesos investigativos y científicos que ayuden a generar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.”</i></p>	<p><i>“Para el año 2017 seremos referentes a nivel nacional e internacional en la prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento integral de enfermedades neoplásicas; reconocidos por los resultados clínicos reproducibles, por los altos estándares de calidad, excelencia en la atención, aplicación racional de nuevas tecnologías y con infraestructuras propias que permita generar proyectos de investigación y educación continuada del cáncer.”</i></p>

Fuente: Autores

Se adicionaron objetivos fundamentales hacia los cuales se ha encaminado la organización:

- Incursionar en el mercado internacional.
- Realizar programas de prevención y promoción del cáncer.
- Contar con infraestructuras propias.
- Generar proyectos de investigación y educación continuada del cáncer.

6.3. POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD

Para la definición de la política y objetivos de calidad fueron necesarias varias reuniones con la alta gerencia en las cuales, a través de lluvias de ideas, se definieron los aspectos esenciales que debían incluirse.

La política de calidad es entendida como el compromiso que adquiere la empresa para ofrecer servicios que satisfagan a los clientes-usuarios y a mejorar continuamente para alcanzar los objetivos propuestos.

Imagen 2. Publicación de nueva Misión, Visión y Política de Calidad



Fuente: Autores

La **Política de calidad** quedó definida de la siguiente manera:

“El Centro Oncológico Ltda., está dedicado a la prestación de servicios médicos oncológicos de consulta externa, quimioterapia y hospitalización; así como la preparación y dispensación de medicamentos a través del servicio farmacéutico. Estamos comprometidos con el cumplimiento de la normatividad legal vigente y con la **mejora continua** a través de un **talento humano competente** y la infraestructura necesaria para prestar una **atención segura**, logrando la **satisfacción del paciente** y la **sostenibilidad económica** de la organización.”

De esta política se pueden inferir los **Objetivos de calidad**, y así fueron definidos:

- Mantener un Talento Humano competente.
- Mantener y mejorar la eficacia de los procesos.
- Mantener controlados los eventos adversos en la atención de los pacientes.
- Lograr la satisfacción del paciente que accede a los servicios del Centro Oncológico.
- Mantener la sostenibilidad financiera.

Estos objetivos de calidad se establecieron de manera tal que fueran mensurables y complementan la definición de los indicadores de gestión que miden el desempeño de los procesos:

- Para medir la competencia del talento humano se definió la evaluación del desempeño que involucra a todo el personal de la organización. (ANEXO 5).
- Mantener y mejorar la eficacia de los procesos se logra con la medición de los mismos por medio de indicadores, los cuales cuentan con metas evaluadas según datos históricos. Esas metas serán redefinidas periódicamente con el fin de mejorar continuamente el resultado del indicador.
- Se lleva control estricto de los eventos adversos que puedan ocurrir en los servicios asistenciales. Contando con los líderes de los procesos misionales se definió un listado con los posibles eventos adversos y se capacitó al personal involucrado sobre este tema.
- La satisfacción del paciente, viene dada por los resultados de la encuesta de satisfacción y del tratamiento que se da a los PQRS (Peticiónes quejas, reclamos y sugerencias).
- La sostenibilidad financiera de la organización se seguirá monitoreando con los indicadores financieros que miden rentabilidad, liquidez y endeudamiento.

6.4. INDICADORES DE GESTIÓN

Partiendo de los indicadores obligatorios exigidos por la Superintendencia Nacional de Salud en la circular 030 de 2006, se definió un listado de indicadores inicial, que permitiera medir el desempeño de los procesos que hacen parte del SGC. Esta etapa involucró a los líderes de procesos y funcionarios con el fin de identificar qué aspectos referentes a los procesos era pertinente medir.

Con el avance del proceso de implementación del SGC, se añadieron indicadores que permitieran buscar la mejora continua de los procesos y facilitar la toma de decisiones. La tabla 10 presenta los indicadores de gestión con las metas que se trabajan en el Centro Oncológico actualmente. Posterior a la tabla se destacan algunas notas aclaratorias.

Tabla 10. Resumen de Indicadores de Gestión del SGC

OBJETIVO DE CALIDAD	PROCESO	INDICADOR	FREC.	OBJETIVO DEL INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FÓRMULA	META	RESPONSABLE DE GENERARLO	FUENTE DE DATOS
Lograr la Satisfacción del paciente	Atención al Cliente	Índice de Satisfacción Global	MENSUAL	Determinar el porcentaje de usuarios satisfechos con el servicio.	Porcentaje	$(\text{Número de pacientes satisfechos} / \text{Total de pacientes encuestados en el periodo}) * 100$	>= 85%	Líder de atención al cliente (BOG), Profesional atención al cliente (BUC), Directora regional administrativa y financiera (TUN)	Tabulación encuestas de satisfacción
		Oportunidad en la respuesta a solicitudes		Evaluar la celeridad con que se responden las solicitudes presentadas por los usuarios.	Porcentaje	$(\text{Número total de solicitudes respondidas en el tiempo establecido} / \text{Número total de solicitudes durante el periodo}) * 100$	>= 90%		Seguimiento al trámite de PQRS AC-FO-0005 (ANEXO 6)
		Proporción de quejas resueltas antes de 15 días(*1)		Responder las quejas de los usuarios antes de 15 días	Porcentaje	$(\text{Número de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días} / \text{Número total de quejas recibidas}) * 100$	>= 90%		Seguimiento al trámite de PQRS AC-FO-0005
Mantener controlados los eventos adversos	Quimioterapia, Consulta Externa, Hospitalización	Índice de Eventos Adversos (EA)	MENSUAL	Identificar la cantidad de eventos adversos que se presentaron en el periodo analizado en los procesos asistenciales. Seguridad del paciente. (*2)	Porcentaje	$(\text{Total de eventos adversos detectados en el periodo} / \text{Total de pacientes atendidos en los procesos asistenciales}) * 100$	<=3%	Líderes de los procesos asistenciales en las sedes.	Reporte de eventos adversos GC-FO-0004
	Quimioterapia, Consulta Externa, Hospitalización	EA Caída De Pacientes				$(\text{Total de caídas de pacientes que se presentaron en el periodo} / \text{Total de pacientes atendidos en los procesos asistenciales}) * 100$			Reporte de eventos adversos GC-FO-0004
	Quimioterapia, Hospitalización	EA Administración de medicamentos				$(\text{Total de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos presentados en el periodo} / \text{Total de pacientes atendidos en quimioterapia hospitalaria y ambulatoria en el periodo}) * 1000$			Reporte de eventos adversos GC-FO-0004, Formato FORAM SF-FO-0036
	Hospitalización	EA Úlceras por presión				$(\text{Total úlceras por presión nuevas presentadas en el periodo} / \text{Total pacientes atendidos en hospitalización en el periodo}) * 100$			Reporte de eventos adversos GC-FO-0004
Lograr la Satisfacción del paciente	Quimioterapia	Oportunidad en la aplicación de quimioterapias(*3)	MENSUAL	Busca que el paciente reciba tratamiento antes de 8 días posterior a la aprobación del Centro Oncológico o en caso contrario realizar el análisis respectivo.	Días	$(\text{No. días transcurridos entre la solicitud y la aplicación de la quimioterapia}) / \text{Total de quimioterapias aplicadas (paciente apto)}$	<=8 días	Jefe departamento de enfermería o enfermera jefe	Control de Quimioterapias aplicadas QM-FO-0003

Lograr la Satisfacción del paciente	Consulta externa	Oportunidad para Consulta externa Primera vez (*4) (por especialidad)	MENSUAL	Garantizar la disponibilidad de programación de consulta externa y medir la suficiencia institucional para atender la demanda.	Días	Sumatoria de los días que los pacientes esperan desde la solicitud y la asignación de la cita/ Total de citas programadas en el periodo	<=15 días	Auxiliar consulta externa (BUC), Profesional de calidad (BOG), Coordinador Médico (TUN)	Software de Citas
Mantener la sostenibilidad Financiera	Hospitalización	Porcentaje de ocupación hospitalaria	MENSUAL	Permite tomar decisiones de gestión que permitan aprovechar al máximo la capacidad instalada y decisiones administrativas y de costos.	Porcentaje	(# Total de días paciente / días Camas disponible) *100	Entre 50%-85%	Coordinador Médico	Control de pacientes hospitalizados HO-FO-0036
		Promedio de días de estancia		Puede indicar aplicación inadecuada de la capacidad resolutive cuando los días de estancia son demasiado cortos o demasiado largos, lo que hace especialmente útil a este indicador cuando se analiza por afección principal.	Días	Total de días de estancia en el hospital de los egresos / Total de egresos hospitalarios en el periodo	Entre 3 y 8 días		
		Giro de Cama o Índice de rotación		Sirve para la toma de decisiones referente al aprovechamiento de la capacidad instalada, y a la rotación de pacientes en la unidad hospitalaria.	Pacientes	Total de egresos en un período dado / # camas disponibles o en trabajo del mismo período	> 2		
Mantener la sostenibilidad Financiera	Dirección institucional	Capital de Trabajo	MENSUAL	Conocer cada uno de los activos y pasivos a corto plazo de la empresa de manera que se alcance un nivel aceptable y constante de capital neto de trabajo.	Pesos	Activo Corriente - Pasivo Corriente	> 0	Coordinador Nacional Financiero	Software Manager Plus
		Nivel de endeudamiento		Controlar la proporción de los activos que han sido financiados con deuda	Porcentaje	(Total Pasivo / Total Activo) * 100	<= 70%		
		Margen de utilidad operacional		Medir realmente cuánto producen las operaciones de la empresa con el fin de emprender acciones de mejoramiento que garanticen la sostenibilidad financiera de la institución.	Porcentaje	(Utilidad operacional / Ventas) * 100	>=8%		
Mantener Talento humano competente	Talento Humano	Nivel de Competencia	ANUAL	Permite conocer la proporción de empleados que cumplen con las competencias requeridas y tomar acciones para mantener o mejorar dichas competencias del talento humano de la institución.	Porcentaje	(Número de personas calificadas como bueno y excelente / Número total de personas evaluadas) * 100	>= 93%	Coordinador nacional de Talento Humano	Evaluación de desempeño TH-FO-0003 (ANEXO 5)
		Nivel de eficacia de las capacitaciones	TRI MESTRAL	Identificar si las capacitaciones y entrenamiento impartidos ayudan eficazmente a mejorar el desempeño del talento humano.	Porcentaje	(Capacitaciones eficaces/ Total de capacitaciones realizadas) *100	>= 90%		Evaluación de eficacia de Capacitaciones TH-FO-0005 (ANEXO 7)

Mantener la sostenibilidad financiera	Servicio Farmacéutico	Destrucción de medicamentos	MENSUAL	Determinar la eficiencia en el procedimiento de almacenamiento, de elaboración de mezclas y manejo del stock de medicamentos.	Porcentaje	(Número de medicamentos destruidos/Total de medicamentos)*100	<=3%	Químico farmacéutico (Bogotá y Tunja), Directora Técnica Nacional del Servicio Farmacéutico (Bucaramanga y consolidación a nivel nacional)	Evaluación de medicamentos para el proceso de destrucción SF-FO-0014, Acta de destrucción de medicamentos vencidos SF-FO-0009
		Mezclas Rechazadas	MENSUAL	Determinar la calidad de los procesos de elaboración y control de calidad en la central de mezclas y de recepción de medicamentos.	Porcentaje	(Número de mezclas rechazadas/ Total de mezclas preparadas)*100	<=1%		Control de calidad a las preparaciones de la central de mezclas SF-FO-0041 y acta de inspección y recepción de medicamentos SF-FO-0010
		Medicamentos vencidos Vs. Inventario	MENSUAL	Estimar la incidencia económica en la gestión y control de inventarios en volumen de unidades y valor (costo) y el proceso de devolución de medicamentos al proveedor.	Porcentaje	(Valor de medicamentos vencidos/ Valor total de inventario) * 100	<=3%		Sistema de inventarios del servicio farmacéutico
		Mezclas Canceladas	MENSUAL	Medir la cantidad de mezclas canceladas antes de la preparación.	Porcentaje	(Número de total de mezclas canceladas antes de la preparación/Total de mezclas programadas)*100	<=5%		Registros de farmacia
Lograr la satisfacción del paciente	Servicio Farmacéutico	Oportunidad de entrega de medicamentos	MENSUAL	Optimizar la entrega de medicamentos en el tiempo establecido para mejorar la calidad en la atención en la dispensación y satisfacción del paciente.	Porcentaje	(Número de medicamentos entregados inmediatamente/ Total de medicamentos solicitados)*100	>=93 %	Químico farmacéutico (Bogotá y Tunja), Directora Técnica Nacional del Servicio Farmacéutico (Bucaramanga y consolidación a nivel nacional)	Software de farmacia
		Medicamentos pendientes	MENSUAL	Establecer acciones que permitan mejorar la disponibilidad de medicamentos en el servicio farmacéutico.	Porcentaje	(Número de medicamentos pendientes por entregar/Total de medicamentos solicitados) *100	<=7%		Software de farmacia
		Oportunidad de entrega medicamentos POS	MENSUAL	La entrega oportuna minimiza el número de días que el paciente se encuentra sin tomar el medicamento y encontrar alivio oportuno a su dolencia, así como minimiza el gasto de bolsillo de los usuarios del sistema puesto que estos no se ven obligados a comprarlos debido a las demoras.	Porcentaje	(Total de medicamentos POS entregados por farmacia una vez el paciente entrega la fórmula por primera vez/Total de medicamentos POS solicitados a Farmacia)*100	>=98 %		Software de farmacia
Mantener y mejorar la eficacia de los procesos	Gestión de Calidad	Cumplimiento de Indicadores de los Procesos	MENSUAL	Medir la eficacia de los procesos e implementar acciones que permitan mantener la mejora continua.	Porcentaje	(No. De indicadores que cumplen con la meta / Total de indicadores)*100	>=90 %	Director Nacional de Calidad	Todos los procesos que generen indicadores

ESTADÍSTICOS ADICIONALES PARA REPORTE A EPS Y SUPERSALUD									
Lograr la satisfacción del paciente	Hospitalización	Tasa de infección Intra hospitalaria	MENSUAL	Establecer e implementar acciones de mejoramiento en los servicios asistenciales, tendientes a garantizar la seguridad del paciente durante la atención.	Porcentaje	(Pacientes con infección intrahospitalaria confirmada en el periodo/ Total pacientes hospitalizados en el periodo) x 100	No aplica (*5)	Coordinador Médico	Indicadores de Calidad y Riesgo
No Aplica	Hospitalización	Tasa de mortalidad Intra hospitalaria después de 48 horas	MENSUAL	Conocer la tasa de mortalidad y la complejidad de casos admitidos.	Porcentaje	(No. pacientes hospitalizados que fallecen 48 horas después de ingresados a hospitalización en el periodo/ Total de pacientes hospitalizados en el periodo) x 100	No aplica (*5)	Coordinador Médico	Registros de hospitalización
	Hospitalización	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados	MENSUAL	Conocer la efectividad del tratamiento aplicado al paciente en hospitalización	Porcentaje	(No. pacientes que reingresa al servicio de hospitalización antes de 20 días por la misma causa en el periodo/ Total de egresos vivos en el periodo) x 100	No aplica (*5)	Coordinador Médico	Registros de hospitalización
Mantener controlados los eventos adversos	Procesos Asistenciales	Proporción de eventos adversos	MENSUAL	Gestionar todos los eventos adversos presentados en el periodo	Porcentaje	(Total Eventos adversos detectados y gestionados/ Total de eventos adversos detectados) x 100	100%	Coordinador Médico	Indicadores de Calidad y Riesgo

Fuente: Autores

(*1) El indicador “proporción de quejas resueltas antes de 15 días” es solicitado por las EPS y la Supersalud, sin embargo el Centro Oncológico ha establecido una oportunidad de 8 días que se maneja con el indicador “Oportunidad de respuesta a solicitudes”.

(*2) El indicador de Eventos adversos se reporta a las EPS y Supersalud a nivel global especificando los eventos en caída de pacientes, administración de medicamentos y úlceras por presión.

(*3) El indicador de Oportunidad en la aplicación de quimioterapias solo tiene en cuenta la primera sesión de cada ciclo, ya que dependiendo del Protocolo de quimioterapia a aplicar, las siguientes sesiones deben ser programadas en días exactos después de la primera sesión.

(*4) El indicador de oportunidad en Consulta externa discrimina solamente las citas de primera vez, ya que debido a la naturaleza de los tratamientos, en ocasiones las citas de control son programadas a 2 meses, lo cual alteraría el resultado del indicador, y por ende, su validez. Adicionalmente se mide cada especialidad por separado de manera que facilite la identificación de problemas y la toma de decisiones.

(*5) Los indicadores de calidad y riesgo se miden con el fin de reportarlos a la Supersalud y a las EPS cuando es solicitado. Debido a la complejidad de los tratamientos aplicados en la institución no se han establecido metas a estos indicadores.

7. DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

El objetivo de esta etapa fue generar los documentos necesarios y adecuar los documentos existentes teniendo en cuenta los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008.

La documentación es fundamental para la organización y para el SGC, ya que permite el desarrollo, control y supervisión de los procesos; establece métodos de trabajo óptimos que permiten cumplir con los requisitos legales, organizacionales y gubernamentales; es una base para las auditorías del Sistema; y se convierte en herramienta para la toma de decisiones. Sumado a los requerimientos del SGC, el buen desarrollo de la documentación en las Instituciones de salud es primordial para los procesos de Habilitación de servicios y Acreditación en Salud, por tanto, este paso es elemental para próximas decisiones estratégicas del Centro Oncológico. Debido a esto, en esta etapa se tuvieron en cuenta también los criterios de habilitación descritos en la Resolución 1043 de 2006 del Ministerio de la protección social, con sus anexos y modificatorios.

7.1. ESTRUCTURA DE LA DOCUMENTACIÓN

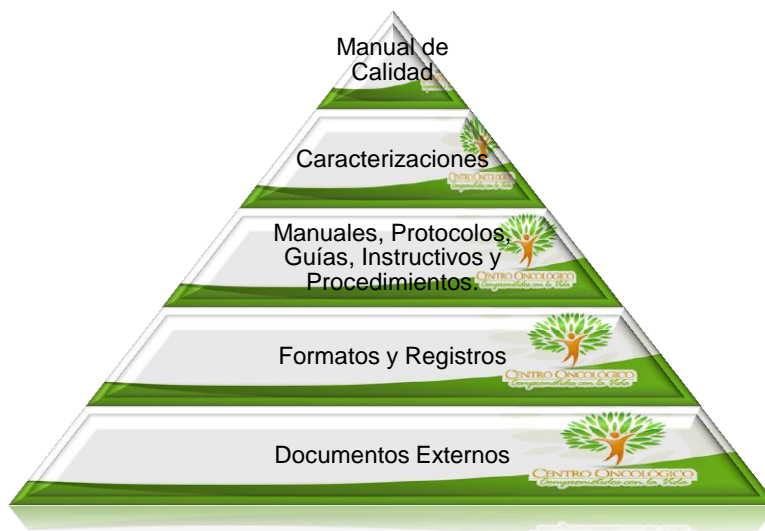
La documentación del SGC del Centro Oncológico Ltda., cumple la siguiente estructura:

- **Nivel 1:** Este nivel está compuesto por el Manual de Calidad que establece las directrices para la planificación, control y mejora continua del SGC del Centro Oncológico Ltda. En su contenido se encuentran, entre otros, la misión, visión, política y objetivos de calidad.
- **Nivel 2:** Hacen parte de este nivel las Caracterizaciones de los procesos, que brindan la visión global, estructura de los mismos y sus interacciones.
- **Nivel 3:** Compuesto por los Manuales, Protocolos, Guías, Instructivos y Procedimientos. Estos documentos estandarizan la ejecución de las

actividades y son un método que facilita la supervisión y evaluación del personal.

- **Nivel 4:** Hacen parte de este nivel los Formatos y Registros, los cuales son la evidencia de las actividades realizadas.
- **Nivel 5:** Documentos de origen externo, tales como Leyes, Normas, Decretos, Resoluciones, Acuerdos, Libros, entre otros; que son de obligatorio cumplimiento para la entidad y que se encuentran organizados en el Listado Maestro de Documentos Externos de cada proceso.

Figura 11. Estructura Documental Centro Oncológico



Fuente: Autores

7.2. DIRECTRICES PARA LA DOCUMENTACIÓN

El primer paso en la etapa de Documentación fue desarrollar la Guía de elaboración de documentos (ANEXO 8), la cual constituye la metodología para la elaboración y el control de los documentos del Centro Oncológico Ltda. En esta guía se establecieron los siguientes parámetros:

7.2.1. Codificación de los documentos:

Los documentos del Sistema de Gestión de Calidad establecido en los procesos del Centro Oncológico Ltda., se codifican de la siguiente forma:

XX-YY-ZZZZ

XX: Hace referencia al proceso que generó el documento.

YY: Hace referencia al tipo de documento.

ZZZZ: Hace referencia al consecutivo del documento

7.2.2. Abreviaturas de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad

Tabla 11. Abreviaturas de los procesos del SGC

Código	Tipo de proceso
DI	Dirección Institucional
GC	Gestión de calidad
AC	Atención al Cliente
CE	Consulta Externa
HO	Hospitalización
QM	Quimioterapia
SF	Servicio Farmacéutico
TH	Talento Humano
IM	Infraestructura y Mantenimiento
FI	Financiera
AU	Autorizaciones y Facturación
TI	TICS (tecnologías de la información y las telecomunicaciones)
CP	Compras

Fuente: Autores

7.2.3. Tipos de documentos del Sistema de Gestión de Calidad

Tabla 12. Tipos de documentos del SGC

Código	Tipo de Documento
MA	Manual
CR	Caracterización
PR	Procedimiento
G	Guía
IN	Instructivo
PT	Protocolo
FO	Formato

Fuente: Autores


7.2.4. Aspectos generales de forma

- **Encabezado**

Debe presentarse al inicio de cada hoja del documento, y está compuesto por:

- **Logo:** Logo del Centro Oncológico Ltda.
- **Nombre del documento:** denominación con la cual se titula el documento.
- **Código:** Se asigna de acuerdo a los parámetros establecidos.
- **Versión:** Se escribe el número de versión en la que se encuentra el documento, ej., versión 1, 2 etc.
- **Página:** Numeración de cada una de las páginas del documento.
- **Aprobó:** Se indica el cargo que aprobó el documento.
- **Fecha de aprobación:** Muestra la fecha de aprobación del documento.

Figura 12. Encabezado de documentos del Centro Oncológico

	TITULO DEL DOCUMENTO	Código: XX-YY-ZZZZ
		Versión ...
		Página ...
Aprobó:		Fecha de Aprobación:

Fuente: Autores

7.2.5. Control de cambios de los documentos

Los manuales, procedimientos, instructivos, protocolos y guías; llevan en la última página del documento, la historia de los cambios que se han realizado al documento desde su emisión inicial hasta la vigente, este historial contiene lo siguiente:

Figura 13. Control de cambios de los documentos del SGC

VERSION	FECHA DE APROBACION	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS

Fuente: Autores

En la guía de elaboración de documentos también se definen:

- Contenidos mínimos de los manuales, caracterizaciones, procedimientos, guías, instructivos, protocolos y formatos;

- Consideraciones para el control de documentos
- Responsables de la revisión y aprobación de documentos por proceso

7.3. MANUAL DE CALIDAD

Según la norma NTC ISO 9001:2008, este documento tiene entre sus usos facilitar el conocimiento de la empresa frente a los clientes, los trabajadores, los proveedores y los entes de certificación. Fue desarrollado en su totalidad por los practicantes de calidad, revisado y corregido por el Director Nacional de Calidad, Gerente Nacional y Directora Nacional Administrativa y Financiera.

La estructura del Manual de Calidad (GC-MA-0001 ANEXO 3) sigue lo establecido por la Norma y genera una visión general del Sistema de Gestión de Calidad del Centro Oncológico. En su contenido se encuentran las exclusiones, reseña histórica, misión, visión, política y objetivos de calidad, compromisos de la alta dirección, mapa de procesos, entre otros aspectos fundamentales que componen el SGC.

7.4. DOCUMENTOS OBLIGATORIOS

La creación de los documentos requeridos por la Norma NTC ISO 9001:2008 fue uno de los primeros pasos en el proceso de documentación, puesto que establecen las directrices a seguir en el Sistema de Gestión de Calidad. El Centro Oncológico cuenta con los siguientes documentos exigidos por la norma ISO 9001:2008:

Tabla 13. Documentos exigidos por la norma ISO 9001:2008 del Centro Oncológico Ltda.

Documentos Obligatorios	Equivalente Centro Oncológico
4.2.3 Control de los documentos	Procedimiento Control de Documentos y Registros. GC-PR -0001.
4.2.4 Control de los Registros	
8.2.2 Auditoría Interna	Procedimiento de auditorías internas de calidad GC-PR-0006
8.3 Control del producto no conforme	Procedimiento de control de producto no conforme GC-PR-0003
8.5.2 Acción Correctiva	Procedimiento de acciones correctivas y preventivas. GC-PR-0005
8.5.3 Acción Preventiva	

Fuente: Autores

7.5. CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

Se establecieron todas las directrices a seguir por parte de los procesos del SGC del Centro Oncológico en el Procedimiento Control de Documentos y Registros GC-PR-0001. (ANEXO 9). En la tabla 16 se describen las actividades necesarias para ejercer control completo sobre documentos internos, externos y registros generados en la institución.

Tabla 14. Control de Documentos y Registros

No.	Actividad	Responsable	Documento y / o registro
1	Elaborar o actualizar documento: De acuerdo con la necesidad del proceso, se elabora o revisa y actualiza el documento respectivo; el tiempo propuesto para dicha revisión y actualización y la identificación de los mismos, se define en la Guía elaboración de documentos.	Responsable designado	Guía elaboración de documentos
2	Aprobar documento. Una vez elaborado o corregido el documento, se realiza la revisión del mismo y se pasa para aprobación del responsable. Si existe alguna observación al documento, éste se regresa a quien lo elaboró para realizar las correcciones y enviarlo a aprobación nuevamente. En la guía de elaboración de documentos se describe el responsable de dicha aprobación.	Responsable designado	Guía elaboración de documentos
3	Identificar cambios. Se describen los cambios en los documentos en el título "control de cambios". Los formatos no cuentan con ese campo, por lo tanto en la divulgación del mismo se pueden identificar dichos cambios.	Responsable del Proceso o responsable de la documentación	N.A.
4	Divulgar documento: Se realiza la divulgación del documento mediante correo electrónico o en reunión con los directamente afectados por el documento, en este caso se debe dejar evidencia de dicha divulgación. Los documentos aplicables a cada proceso se encuentran disponibles en los puntos de uso. Adicionalmente se actualiza el listado maestro de documentos. Para el caso del correo electrónico se debe enviar respuesta de leído y entendido por parte de quien recibe el correo.	Responsable del Proceso o responsable de la documentación	N.A.
5	Identificar y controlar documentos externos Cada responsable de proceso identifica los documentos de origen externo que le aplican y los controla a través del listado maestro de documentos externos. Si es necesaria su distribución se realiza de la misma manera como se divulgan los de origen interno.	Responsable del Proceso o Profesional de Calidad	Listado maestro de documentos externos
6	Retirar documentos obsoletos: Se realiza el retiro de los documentos obsoletos, si se requiere conservar alguno de estos, se identifica como "Documento Obsoleto", estos documentos son responsabilidad del	Responsable del Proceso o Profesional de Calidad	N.A.

	responsable del proceso.		
7	Identificar Registros. Cada Responsable de proceso define cuáles son los registros necesarios para evidenciar la ejecución de las actividades. Dichos registros se plasman en el listado maestro de registros.	Responsable del Proceso o responsable de la documentación	Listado maestro de registros
8	Almacenar y proteger los registros Los registros se pueden almacenar de manera digital o física, el digital se almacena en cada equipo realizando la respectiva copia de seguridad, los de medio físico se mantienen en archivadores adecuados para protegerlos de la humedad y el polvo.	Responsable del Proceso o responsable de la documentación	N.A.
9	Retener y disponer los registros El tiempo de retención y la disposición final de los registros se plasma en el listado maestro de registros.	Responsable del Proceso o responsable de la documentación	Listado maestro de registros
10	Mantener documentos y registros legibles, identificables y recuperables. No deben contener tachaduras ni enmendaduras.	Responsable del Proceso o responsable de la documentación	N.A.
11	Verificar cumplimiento del procedimiento A través de las auditorías internas o por revisiones periódicas, se verifica que se esté cumpliendo con el control de documentos y registros.	Director Nacional de Calidad o Profesional de Calidad	N.A.

Fuente: Procedimiento Control de documentos y registros Centro Oncológico.

Se infiere del procedimiento, que para ejercer control sobre los documentos y registros es absolutamente primordial realizar y mantener actualizados los listados maestros de documentos internos, externos y de registros.


7.5.1. Listados Maestros de Documentos Internos

El control de documentos internos del Centro Oncológico en sus 3 sedes se realiza utilizando el formato de la figura 15. Debido al alto número de documentos generados, fue necesario establecer un listado para cada proceso.

Como se puede observar en la figura, las últimas 2 columnas permiten saber en qué sedes y en que procesos se utilizan los documentos, ya que algunos de ellos, se utilizan en varios procesos a la vez o en ocasiones, fue necesario crear un documento para un proceso específico en una sede específica, debido a exigencias de alguna EPS en particular. A su vez, este listado permite a Gestión

de Calidad identificar en dónde es utilizado un documento, y a los funcionarios les ofrece una guía de reconocimiento de cuáles debe usar. Los listados maestros de documentos internos por proceso se pueden observar en el ANEXO 10.

Figura 14. Formato Listado Maestro de Documentos Internos

	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS				Código: GC-FO-0016			
					Versión: 03			
					Página 1 de 1			
Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/08				
PROCESO:								
IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN	
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO

Fuente: Autores

7.5.2. Listado Maestro de Registros

Figura 15. Formato Listado Maestro de Registros

	LISTADO MAESTRO DE REGISTROS				Código: GC-FO-0017	
					Versión: 03	
					Página 1 de 1	
Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/01		
PROCESO:						
NOMBRE	LUGAR DE ARCHIVO	ACCESO	TIEMPO DE RETENCION	RESPONSABLE	DISPOSICIÓN	

Fuente: Autores


En este listado se identifican los registros de cada proceso, su lugar de archivo temporal o final, los responsables de su custodia, el tiempo de retención (este depende en ocasiones de lo establecido en la normatividad legal, o se establece según la conveniencia del proceso), y la disposición final. También este listado

ofrece un punto de reconocimiento de interacción entre procesos, puesto que, en ocasiones, un registro permanece en un proceso hasta que se envía al siguiente (Caso recurrente entre los procesos asistenciales y Autorizaciones y Facturación).

Estos listados se pueden ver en el ANEXO 11.

7.5.3. Listado Maestro de Documentos Externos

Figura 16. Formato Listado Maestro de Documentos Externos

		LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS EXTERNOS			Código: GC-FO-0015	
					Versión: 02	
Aprobó: Director Nacional de Calidad			Fecha de Aprobación: 2012/08/18			
PROCESO:						
NOMBRE DEL DOCUMENTO	ASPECTOS DEL DOCUMENTO QUE APLICAN AL PROCESO	ENTIDAD QUE EMITIÓ EL DOCUMENTO	FECHA DE EXPEDICION (aa/mm/dd)	RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACIÓN	LUGAR DE ALMACENAMIENTO	


Fuente: Autores

Identifica todos los documentos de origen externo, tales como Leyes, Normas, Decretos, libros, etc., su lugar de almacenamiento y los responsables de mantenerlos actualizados. Cuando un documento especifica como lugar de almacenamiento “Digital”, se encuentra a disposición de todo el personal en la carpeta compartida de documentación creada para el Sistema de Gestión de Calidad.

7.6. DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS

En esta etapa se programaron entrevistas periódicas con los líderes y funcionarios de cada proceso y visitas de observación con el fin de conocer el funcionamiento de las áreas e identificar oportunidades de mejora. Este proceso fue arduo y prolongado, sin embargo, destacó el compromiso y el tiempo dedicado por los empleados.

Figura 17. Formato Caracterización de Procesos

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE XXXX		CÓDIGO		
			VERSIÓN		
			HOJA		
REVISO:		APROBO:			
TIPO DE PROCESO:		RESPONSABLE DEL PROCESO:			
OBJETIVO DEL PROCESO:					
ALCANCE DEL PROCESO					
PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	SALIDA	CLIENTES
SEGUIMIENTO Y/O MEDICION		PROCESOS RELACIONADOS		RECURSOS	
REQUISITOS (CLIENTE, LEY, ORGANIZACIÓN, NTC ISO 9001-2008)			DOCUMENTOS Y REGISTROS APLICABLES		
CLIENTE: ORGANIZACIÓN: NTC ISO 9001-2008 Generales: Específicos: LEY:					
CONTROL DE CAMBIOS					
VERSIÓN	FECHA APROBACIÓN		DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS		

Fuente: Autores

El primer paso, fue construir la caracterización de cada proceso, habiendo definido un formato que incluyera las características más importantes de los mismos y permitiera así obtener una visión global (Figura 18). Durante su realización, surgieron interrogantes que permitieron identificar la necesidad de creación de formatos, guías, instructivos, protocolos y procedimientos que ayudarían a estandarizar las actividades de los procesos, sin dejar de lado los requisitos de los clientes y la normatividad vigente.

Al definir las caracterizaciones (ANEXO 12 “Caracterizaciones de los procesos”) y obtener una idea general de cada proceso en la sede principal (Bucaramanga), se procedió a revisar la documentación en las demás sedes. Esta etapa implicó la realización de viajes cortos a Bogotá y Tunja, además de utilizar herramientas como e-mail, Pandion (Messenger empresarial), Dropbox y teleconferencias vía

Skype que permitieron la comunicación diaria y la resolución de interrogantes que surgieron en el proceso.

Cabe mencionar la dificultad presentada debido a las diferencias culturales, la resistencia al cambio y las exigencias de las EPS (En ocasiones no fue posible modificar documentos o mejorarlos debido a sus requerimientos).

7.6.1. Documentación Procesos Estratégicos

❖ *Dirección Institucional:*

Este proceso no tiene mucha documentación, pero si gran importancia, ya que de él depende la planeación de actividades y recursos para la prestación de los servicios de salud y la ejecución de las actividades de mercadeo de los servicios que aseguren el cumplimiento de los requisitos del cliente. Se realizó un resumen en la caracterización, involucrando al Gerente Nacional y a la Directora Administrativa y Financiera.

❖ *Gestión de Calidad:*

Es un proceso fundamental para el Centro Oncológico debido a los objetivos estratégicos que se han puesto en marcha (Certificación ISO 9001 y Acreditación); el levantamiento de la documentación involucró al equipo de calidad, siempre contando con la aprobación de la dirección.

La principal fuente para la documentación fue la Norma NTC ISO 9001:2008, puesto que dicta los parámetros a seguir para conformar el Sistema de Gestión de Calidad. Sin embargo, dentro del proceso también se acopló la Auditoría Médica y todo lo referente a Seguridad del Paciente. Por tal motivo, dentro del Listado Maestro de Documentos, además de los procedimientos obligatorios exigidos por la Norma, formatos y el Manual de calidad, se encuentran formatos de auditoría médica, Manual de Seguimiento a Riesgos GC-MA-0002 y los formatos correspondientes a eventos adversos. En total, Gestión de Calidad contiene su caracterización respectiva, 2 manuales, 5 procedimientos, 1 guía y 25 formatos.

7.6.2. Documentación Procesos Misionales

❖ *Quimioterapia y Hospitalización:*

Sin duda, son dos procesos fundamentales para la institución y que se encuentran muy relacionados. Implicó realizar múltiples reuniones con los líderes de proceso y el departamento de enfermería.

Paralelo a la construcción de las caracterizaciones de ambos procesos, se indagaba acerca de los documentos necesarios para la realización de las actividades y teniendo en cuenta los criterios de habilitación (Resolución 1043 de 2006 y anexos técnicos), se crearon diversas guías necesarias para estandarizar las actividades de enfermería y demás labores propias del oficio. También fue necesario recoger formatos no codificados utilizados y unificarlos, ya que en cada sede, se trabajaba de una manera distinta.

Todos los documentos fueron desarrollados conjuntamente con los coordinadores médicos y el personal de enfermería, y fueron revisados minuciosamente con el fin de comprobar su completo cumplimiento en las sedes, para lo cual se realizaron viajes que permitieron sensibilizar al personal, estandarizar conceptos y acoplar los documentos en toda la institución.

Adicionalmente, en cabeza del Gerente Nacional, se involucró a los médicos especialistas en la creación de las guías médicas de las 10 patologías más atendidas en la institución, dando cumplimiento al punto 5.3 del anexo técnico 1 de la resolución 1043 de 2006 que dicta¹⁸: “La institución cuenta con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso, o las 5 primeras causas para el caso de profesionales independientes, oficialmente reportadas en cada uno de los servicios de hospitalización, unidades de cuidado intermedio e

¹⁸ Ministerio de la Protección Social. Anexo técnico No. 1 de la Resolución N°. 1043 de 2006. 3 de abril de 2006. 139 p.

intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía, consulta externa, urgencias y traslado asistencial básico o medicalizado”.

En total se crearon los siguientes documentos:

Tabla 15. Documentación de Quimioterapia y Hospitalización

TIPO DE DOCUMENTO	QUIMIOTERAPIA	HOSPITALIZACIÓN
Caracterización	1	1
Manuales	2	1
Guías	20	21
Procedimientos	0	2
Formatos	22	46
TOTAL	45	71

Fuente: Autores

El listado completo de la documentación de estos dos procesos se muestra en el ANEXO 10 “Listados maestros de documentos internos de los procesos”.

❖ **Servicio farmacéutico:**

Es uno de los procesos claves para poder llevar a cabo la prestación de los servicios de Quimioterapia, Consulta Externa y Hospitalización, su etapa de documentación implicó la actualización de documentos ya establecidos en el proceso de Certificación de la Central de Mezclas en Buenas Practicas de Elaboración por el INVIMA (Resolución 1403 de 2007 y el decreto 2200 del 2005).

Se revisó todo el proceso desde la planificación del servicio, solicitud, recepción, almacenamiento, dispensación y distribución de medicamentos y dispositivos médico-quirúrgicos, y con base en esto fue necesario actualizar, complementar y crear nueva documentación, ya que, aunque se tenía la certificación del INVIMA, no se aseguraba la estandarización de las actividades del proceso y no se cumplían los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008.

En total se crearon los siguientes documentos:

Tabla 16. Documentación Servicio Farmacéutico

TIPO DE DOCUMENTO	SERVICIO FARMACÉUTICO
Caracterización	1
Manuales	2

Guías	4
Instructivos	9
Procedimientos	45
Formatos	72
TOTAL	133

Fuente: Autores

Se establecieron documentos para estandarizar en las sedes las actividades de:

- Almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos SF-PR-0023, en el cual se establecen las actividades necesarias para el correcto almacenamiento de los medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo a las características de calidad del fabricante.
- Dispensación y distribución de medicamentos de cadena de frio, SF-PR-0004.
- Recepción técnica administrativa de medicamentos y dispositivos médicos SF-PR-0035, el cual muestra los pasos a seguir para realizar la recepción física y documental de medicamentos, dispositivos médicos y mezclas Oncológicas, teniendo en cuenta criterios como la calidad y cantidad.
- Control de temperatura y humedad en el área de almacenamiento de medicamentos SF-IN-0005: proporciona instrucciones necesarias para una correcta toma de lectura de la temperatura ambiente SF-FO-0074, temperatura cadena de frio para conservación de medicamentos SF-FO-0011, y porcentaje de humedad SF-FO-0012.

Se cuenta con una sola central de Mezclas, ubicada en la ciudad de Bucaramanga, la cual se encarga de abastecer y distribuir de mezclas Oncológicas a las sedes de Bogotá y Tunja, estas deben realizar el requerimiento a través del formato Solicitud de preparaciones a la central de mezclas SF-FO-0033 (ANEXO 13), proceso que se realiza un día antes de la aplicación de la quimioterapia u Hospitalización asegurando la entrega de la mezcla en cada sede. (SF-FO-0031 formato “Entrega de preparaciones” ANEXO 14).

❖ **Consulta Externa:**

La etapa de documentación de este proceso inicio con la creación de su caracterización y el procedimiento de consulta externa CE-PR-0001 (ANEXO 15) en el cual se establecen todas las actividades, desde la asignación de citas hasta la atención integral de los usuarios con patologías Neoplásicas.

Los documentos se desarrollaron y revisaron junto con los coordinadores médicos de cada sede, con el fin de comprobar su completo cumplimiento. La Especialista de cuidados paliativos, creo el “Manual de Cuidados paliativos” CE-MA-0001, sobre el manejo del dolor que se le da a los pacientes terminales, con el fin de reducir o atenuar el sufrimiento causado por su enfermedad.

Buscando establecer los lineamientos para el manejo y conservación de las Historias Clínicas se desarrolló el Procedimientos de custodia y préstamo de Historias Clínicas CE-PR-0003 (ANEXO 16).

En total, Consulta Externa contiene su caracterización respectiva, 1 Manual, 3 procedimientos y 12 formatos.

❖ **Atención al Cliente:**

Se comenzó por estructurar la medición de la percepción de los usuarios y establecer un método de tabulación de las encuestas. Se estableció el Procedimiento de Atención al Cliente AC-PR-0001 (ANEXO 17) que contiene el manejo que se le da a las quejas, sugerencias y felicitaciones, además incluye la definición del tamaño de muestra de la encuesta de satisfacción por cada sede y el tiempo establecido para realizar la encuesta de satisfacción del cliente institucional por medio del formato AC-FO-0006 (ANEXO 18).

La encuesta de Satisfacción al cliente constaba de 40 preguntas, lo que hacía dispendioso el proceso para el usuario; por tanto se decidió crear otra encuesta AC-FO-0004 (ANEXO 19), la cual es aplicada mensualmente, con criterios más claros y mejor definidos:

- Satisfacción con el servicio recibido.
- Atención del personal que lo atendió.
- Atención del médico que lo atendió.
- Servicio de entrega de medicamentos.
- Facilidad al solicitar cita o programar tratamiento.
- Tiempo establecido para la programación de citas o tratamientos.
- Instalaciones donde fue atendido.
- Tiempo transcurrido entre la hora asignada para la cita y la atención.
- Información recibida.
- Dificultad o inconsistencia con el pago de la cuota moderadora.
- Recomendaciones para mejorar la prestación del servicio.

Cada respuesta de las preguntas tiene su criterio de ponderación para facilitar su tabulación y posterior análisis.

Tabla 17. Ponderación Encuesta de Satisfacción

Preguntas No. 1 y 9	
CRITERIO DE RESPUESTA	PONDERACIÓN
Altamente Satisfecho	5
Satisfecho	4
Regular	3
Poco Satisfecho	2
Nada Satisfecho	1
Preguntas No. 2,3,4,5,7	
Excelente	5
Bueno	4
Regular	3
Malo	1
Preguntas No. 6 y 10	
Si	5
No	1
Pregunta No. 8	
A la hora Exacta	5
Menos de 10 Minutos	4
Entre 10 y 15 Minutos	3
Entre 15 y 20 Minutos	2
Más de 20 Minutos	1

Fuente: Autores

Adicionalmente se conformó el SIAU (Servicio de Información y Atención al Usuario) que permite al usuario contar con un mecanismo de comunicación directa con los diferentes niveles de atención prestados en la empresa, de esta forma expresan sus necesidades y expectativas para la prestación de los servicios médicos asistenciales y el mejoramiento de los mismos.

En la sede de Bogotá se cuenta con Call Center debido al gran volumen de pacientes, el cual se encarga de asignar las citas vía telefónica. Por consiguiente se estableció la “Guía del Call Center” AC-G-0001, en la cual se establecen las pautas de actuación o comportamiento que debe tener el auxiliar en la atención.

En total, Atención al Cliente contiene su caracterización respectiva, 1 procedimiento, 1 guía y 7 formatos.

7.6.3. Documentación Procesos de Apoyo

❖ *Infraestructura y mantenimiento:*

La base para el desarrollo de la documentación se centró en el cumplimiento de los numerales de la norma NTC ISO 9001:2008: 6.3 Infraestructura, 6.4 ambiente de trabajo y 7.6 Control de los equipos de seguimiento y medición. De acuerdo a esto se crearon los siguientes procedimientos:

- Procedimiento de Control de Activos IM-PR-0001: Incluye manejo de inventario de equipos, control de préstamos y entrega de equipos, etc., hasta el momento en que el equipo es dado de baja.
- Procedimiento de Mantenimiento IM-PR-0002. (ANEXO 20): Incluye todas las actividades necesarias para llevar a cabo el mantenimiento correctivo y preventivo de equipos, máquinas e infraestructura de acuerdo con las necesidades requeridas por el Centro Oncológico LTDA.
- Procedimiento de Metrología IM-PR-0003. (ANEXO 21): Especifica las actividades involucradas a la calibración y verificación de equipos.

Finalmente se crearon 17 formatos, que contienen lo necesario para dar cumplimiento a lo establecido en los procedimientos.

❖ ***Autorizaciones y Facturación:***

Puesto que es un proceso trascendental, por la importancia que representa autorizar y facturar correctamente los servicios prestados en la institución, fue preciso crear documentos y herramientas que minimizaran el margen de error a la hora de realizar las labores críticas y a su vez facilitaran los procesos de formación de nuevos trabajadores. Se crearon los siguientes documentos:

- Procedimiento de Autorizaciones AU-PR-0001: Describe las pautas necesarias que garanticen la correcta recepción de documentos y posterior generación de la autorización del Centro Oncológico de acuerdo al servicio a prestar.
- Procedimiento de Facturación AU-PR-0002: Se creó con el fin de garantizar que la recepción, organización y remisión de facturas al cliente externo del Centro Oncológico Ltda., se realice de manera adecuada y oportuna. Discrimina la organización de las facturas dependiendo del servicio prestado.
- Procedimiento de Respuesta a Glosa y/o Devolución AU-PR-0003: El objetivo de este procedimiento radica en garantizar que la objeción y/o aceptación de las glosas, o devoluciones generadas a la facturación del Centro Oncológico Ltda., se realice de manera adecuada y oportuna.
- Instructivo de Facturación Contrato Famisanar AU-IN-0001: Debido al tipo de contrato que se tiene con la EPS Famisanar, se creó este documento como instrumento que garantice la correcta facturación de los servicios prestados a los usuarios de esta EPS. La mayoría de pacientes Famisanar se presentan en la sede Bogotá. Este documento, por tanto, se modifica cada vez que se ajustan los acuerdos con este cliente institucional.

Además se crearon 5 formatos que se ajustan a los procedimientos y actividades del proceso.

❖ **Compras:**

Este proceso tiene su punto específico en la Norma NTC ISO 9001:2008, lo cual dictó los parámetros a seguir al momento de estructurar su documentación. De esta manera, se creó la Guía de Selección, Evaluación y Reevaluación de proveedores CP-G-0001 (ANEXO 22), y los formatos respectivos para su cumplimiento. Asimismo se estableció el Procedimiento de Compras CP-PR-0002, el cual describe los pasos a seguir para la compra de productos y/o servicios requeridos por la Institución, los responsables, los poderes de aprobación de compras, los miembros del comité, entre otros aspectos fundamentales. Este documento es una guía esencial para el personal encargado en cada una de las sedes, ya que define los parámetros necesarios para realizarlas.

Por último, de acuerdo a lo exigido por la Norma, se guardan los registros acerca de los proveedores y productos, lo cual permite su pleno cumplimiento. Se crearon en total 1 procedimiento, 1 guía y 10 formatos.

❖ **Talento Humano:**

Con el fin de contar con un personal competente que permita realizar las actividades de los diferentes procesos se decide crear la Descripción de cargos TH-FO-0001 (ANEXO 23), en la cual se determina la competencia del personal en términos de la educación, formación, habilidades y experiencia según requisitos que exige la empresa.

El personal se evalúa anualmente por medio de la “Evaluación de desempeño” TH-FO-0003 (ANEXO 5), la cual debe ser aplicada por cada líder de proceso. Su ejecución permite detectar necesidades de formación y gestionar los medios para facilitar el crecimiento del personal.

Las actividades necesarias para asegurar la selección y reclutamiento de personal están definidas en el Procedimiento Talento Humano (TH-PR-0001), en el cual también se encuentran definidos los Exámenes médicos de ingreso que se le debe realizar al personal, Vacaciones, Incapacidades médicas, Permisos, medidas

disciplinarias y Retiro. Las actividades para el suministro de capacitación están definidas en el Instructivo de Formación TH-IN-0001. La evaluación de la eficacia de las capacitaciones se realiza en el formato TH-FO-0005 (ANEXO 7).

En total, Talento Humano contiene su caracterización respectiva, 1 procedimiento, 2 Instructivos y 20 formatos.

❖ **TICS:**

Se creó el Manual de Políticas de Seguridad Informática TI-MA-0001, el cual dicta todos los parámetros referentes al proceso y las actividades que se deben realizar con respecto al software y hardware del Centro Oncológico Ltda. Adicionalmente se creó el formato de “Seguimiento y desarrollo de software” TI-FO-0001, el cual, se utiliza actualmente por el Coordinador Nacional TICS, ya que se está desarrollando el nuevo software que controlará y gestionará todo lo referente a consulta externa y autorizaciones. Se creó además un formato que permitiera llevar un historial de las pruebas realizadas al Sistema de respaldo eléctrico de la sede hospitalaria.

❖ **Financiera:**

El proceso financiero del Centro Oncológico no requirió la creación de muchos documentos, puesto que se maneja casi en su totalidad con el software Manager Pluss. Sin embargo, se creó el instructivo para la revisión de facturas de venta emitidas por terceros FI-IN-0001, el cual define los requisitos mínimos que debe contener una factura de venta o cuenta de cobro al momento de entrega a Financiera. Por otro lado, fue necesario crear un formato que sirviera como lista de chequeo para la recepción de facturas de los distintos procesos en las tres sedes, ya que este proceso se encuentra centralizado en la ciudad de Bucaramanga (“Entrega de facturas a financiera FI-FO-0001).

8. IMPLEMENTACIÓN

Esta etapa resume las actividades desarrolladas, desde la documentación de los procesos hasta la consecución del objetivo de certificación, incluye la realización de socializaciones, divulgación y puesta en marcha de los documentos y registros elaborados con el fin de que el personal implicado en los procesos del CENTRO ONCOLÓGICO LTDA., tenga conocimiento de ellos y los adopten en el desarrollo de sus tareas para así lograr la estandarización.

8.1. SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN

Desde el inicio del proceso de certificación del Centro Oncológico, las sensibilizaciones y capacitaciones realizadas fueron claves para lograr los resultados esperados. Inicialmente fue necesario dar apertura al proceso de certificación con una sensibilización que permitiera dar a conocer las ventajas que implicaba emprender este proyecto, los desafíos que representaba y los compromisos que debía adquirir todo el personal; por consiguiente se realizó esta fase inicial en las tres sedes de las cuales se pueden observar los registros de capacitación en el ANEXO 24 “Registros de capacitaciones realizadas”.

De ahí en adelante se realizaron reuniones y capacitaciones al personal, explicando detalladamente el manejo de los documentos generados, los cambios realizados, las responsabilidades de cada uno, y las directrices a seguir para resolver dudas surgidas durante y después de la etapa de documentación.

Las capacitaciones realizadas que cuentan con un registro en el formato TH-FO-0004 “Control de capacitaciones y/o entrenamiento”, se resumen en las siguientes tablas:

Tabla 18. Capacitaciones registradas en la Sede BUCARAMANGA

No	Fecha	Objetivo	Dirigido a:
1	Jul. 16 2012	- Socialización inicial de Generalidades SGC.	Líderes de procesos.
2	Oct. 3 y 4	- Instalación de la carpeta compartida en los equipos, con papel tapiz	Servicio al

	2012	del direccionamiento estratégico. - Explicación del manejo de la documentación y de la importancia del personal en el cumplimiento del direccionamiento estratégico.	cliente y Servicio Farmacéutico.
3	Nov. 28 2012	Acciones correctivas, preventivas y de mejora	Líderes de procesos y otros involucrados
4	Dic. 12 2012	- Diligenciamiento de consentimientos informados y su importancia. - Documentación del SGC - Uso de los formatos requeridos en consulta.	Médicos especialistas
5	Feb. 1 2013	Capacitación a médicos especialistas: - Socializar el proceso de Consulta Externa - Directrices del Sistema de Gestión de Calidad - Ubicación de documentación.	Médicos Especialistas Sede Bucaramanga.
6	Semana del 11 al 15 de febrero 2013	Capacitación puesto a puesto: - Generalidades del SGC - Ubicación de la documentación en la carpeta compartida de SGC. - Compromisos del personal con el SGC - Preparación para la auditoría de certificación del ICONTEC.	Todo el personal de la sede.
7	Feb. 15 2013	Capacitación a toda la sede: - Actualización del SGC, y solución de dudas de los procesos. - Preparación para la auditoría. - Ubicación de documentos en la carpeta compartida. - Control de registros y documentos.	Todo el personal de la sede Bucaramanga

Fuente: Autores

Imagen 3. Capacitaciones Sede Bucaramanga



Fuente: Autores

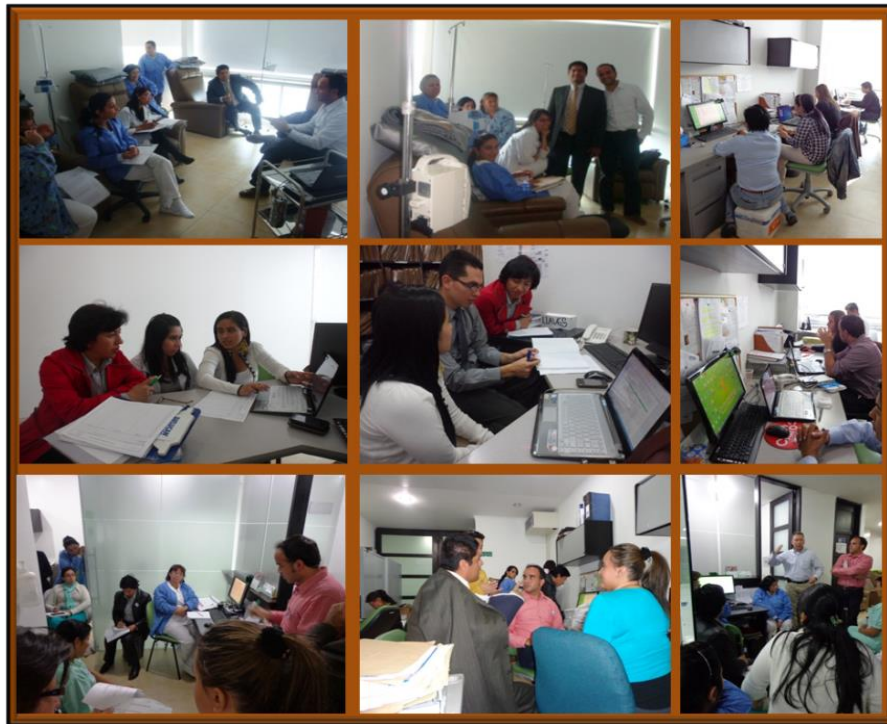
Como se ha mencionado anteriormente, el proceso de estandarización implicó la realización de viajes a las otras sedes, con el fin de involucrar al personal, complementar y lograr el acoplamiento de los documentos a las actividades desarrolladas en Bogotá y Tunja. Cabe aquí mencionar que Bogotá trabaja principalmente con la EPS Famisanar, Tunja con Comfaboy y Coosalud, y Bucaramanga con Solsalud, Comfenalco Antioquia, Comparta, entre otras.

Tabla 19. Capacitaciones registradas en la Sede BOGOTÁ

No.	Fecha	Objetivo	Dirigido a:
1	Jul. 12, 2012	Socialización inicial de Generalidades del Sistema de Gestión de Calidad.	Todo el personal de la Sede
2	Sept. 12, 2012	Revisión de los documentos referentes a Auditoría médica	Involucrados en el proceso.
3	Sept. 14 2012	- Liberación y socialización de la documentación del proceso de Quimioterapia.	Involucrados en el proceso de Quimioterapia.
4	Oct. 12 2012	- Capacitación acerca del SGC, manejo de la documentación y actualización.	Personal de Autorizaciones y Facturación y Servicio Farmacéutico
5	Oct. 12 2012	- Capacitación SGC, manejo de la documentación y actualización.	Todo el personal de la Sede.
6	Feb 4, 2013	Revisión de las actividades del proceso de quimioterapia: - Resolución de conflictos entre áreas. - Coordinar envío de la documentación a Facturación. - Coordinar actividades Quimioterapia-Servicio Farmacéutico	Personal de Quimioterapia, Servicio Farmacéutico, Autorizaciones y Facturación y Líderes de proceso.
7	Feb. 6, 2013	Capacitación Puesto a Puesto: - Repaso de generalidades del SGC. - Manual de Calidad - Repaso y preguntas de su proceso. - Control de registros y documentos externos. - Preparación para la auditoría ICONTEC. - Acciones correctivas y preventivas - Ubicación de la documentación.	Personal de Autorizaciones y Facturación, Enfermería, Farmacia y Líderes del proceso en la sede (Estos replicarían el ejercicio con todo el personal)
8	Feb. 6, 2013	Capacitación a toda la Sede: - Actualización del SGC - Preparación para la auditoría de certificación del ICONTEC. - Ubicación de documentos en la carpeta compartida. - Control de registros y documentos. - Acciones correctivas y preventivas	Todo el personal de la sede Bogotá.

Fuente: Autores

Imagen 4. Capacitaciones Sede Bogotá por procesos



Fuente: Autores

Imagen 5. Capacitaciones Sede Bogotá: Grupales y con Líderes de procesos



Fuente: Autores

Debido a las dificultades que representaba reunir a los médicos especialistas de las sedes de Bogotá y Tunja, su capacitación fue realizada por los Coordinadores Médicos.

Tabla 20. Capacitaciones registradas en la sede Tunja

No.	Fecha	Objetivo	Dirigido a:
1	Jul. 13 2012	- Socialización inicial de Generalidades del Sistema de Gestión de Calidad.	Todo el personal de la sede.
2	13 Sept. 2012	- Documentación proceso de Compras - Actualización y divulgación organigrama - Demás documentación del SGC	Directora Regional y Coordinador Médico
3	13 Sept. 2012	- Divulgación documentación del Servicio Farmacéutico	Químico Farmacéutico
4	8 Oct. 2012	- Instalación de carpeta compartida de la documentación. - Revisión de caracterizaciones de los procesos y acoplamiento a la sede. - Revisión de formatos. - Actualización de documentos.	Todo el personal de la sede.
5	5-7 Feb. 2013	- Acciones correctivas y preventivas. - Identificación de soluciones.	Todo el personal de la sede.

Fuente: Autores

Imagen 6. Capacitaciones Sede Tunja



Fuente: Autores

Las evidencias de las estas capacitaciones se observan en el ANEXO 24. En ocasiones, las formaciones en las sedes de Bogotá y Tunja debían ser replicadas por los líderes de proceso, para así lograr que todo el personal conociera y se involucrara. Las demás inquietudes surgidas en la implementación fueron resueltas vía telefónica o internet.

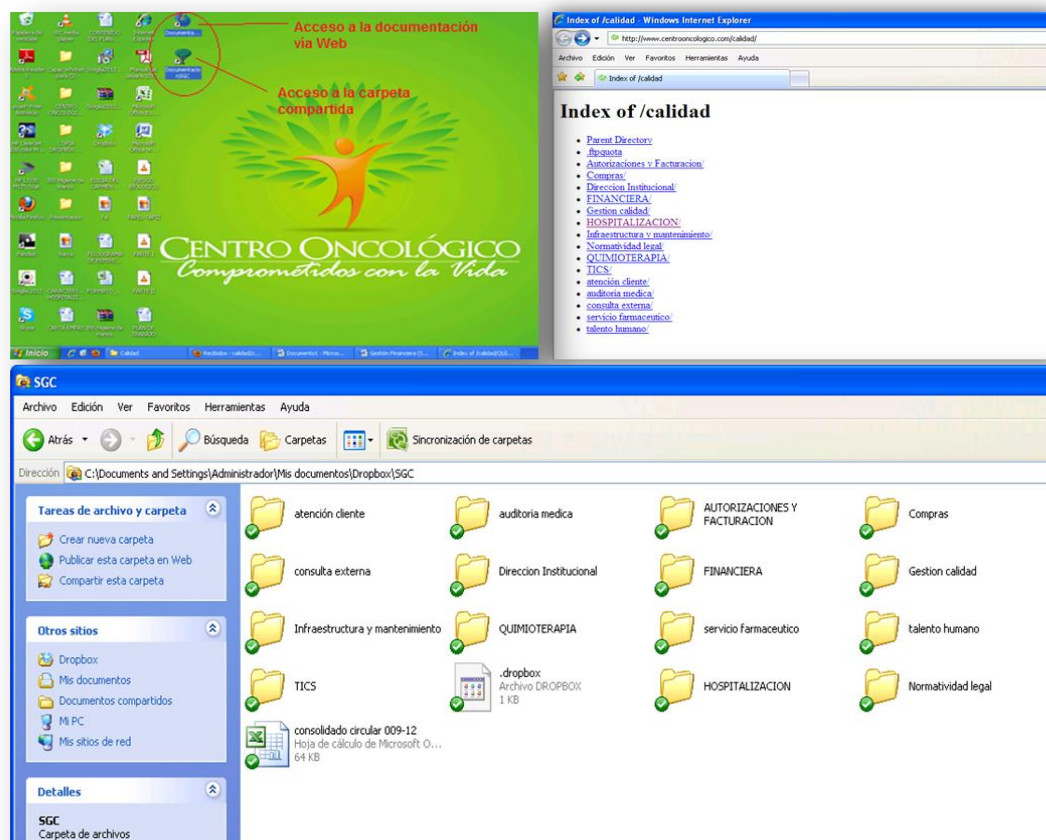
El proceso de implementación del SGC implicó realizar reuniones diariamente y en ocasiones no se llenaba registro de capacitación o se dejaba como evidencia un Acta de Reunión (Cuando se recalca algún compromiso por parte del personal) (ANEXO 25 “Actas de reuniones”). En ocasiones se realizaron reuniones para resolver dificultades e inquietudes en los procesos y como se puede observar en las tablas, se capacitó sobre procedimientos específicos como la elaboración de acciones correctivas y preventivas.

8.2. DIVULGACIÓN DE DOCUMENTOS

Con la necesidad de mantener actualizada la documentación y divulgar los cambios realizados en tiempo real, se crearon las siguientes herramientas que permitieron involucrar a las 3 sedes:

- Se creó un acceso directo a la documentación vía Web en cada computador de las tres sedes del Centro oncológico.(Imagen 7)
- Para la sede principal Bucaramanga, por medio de un servidor ubicado en la oficina de calidad, se crea una carpeta compartida llamada Documentación SGC, a la cual se tiene acceso en todos los computadores de la sede. (Imagen 7).
- Con la sedes de Bogotá y Tunja se distribuye la documentación por medio de Dropbox al encargado de TICS en cada sede, el cual, por medio de un servidor comparte la documentación a los demás computadores de los procesos.

Imagen 7. En orden: Accesos directos a la documentación, Vista inicial de acceso Web y Vista inicial de la carpeta compartida



Fuente: Autores

De esta manera se tiene acceso a toda la documentación de los procesos en la medida que se van publicando: Manuales, Guías, protocolos, instructivos, y formatos; además de descripciones de cargos, listados maestros, normatividad, etc. Gracias a esta metodología se evita la impresión innecesaria de documentos, ya que todo el personal tiene acceso a ellos desde su computador. Se estableció que se impriman documentos cuando es absolutamente necesario y para ello se debe solicitar el permiso de copia controlada por medio del formato GC-FO-0014 “Solicitud de documentos” (ANEXO 26). Sin embargo, el proceso de Servicio Farmacéutico si necesita tener los documentos impresos puesto que el INVIMA así lo exige.

Imagen 8. Documentación impresa Servicio Farmacéutico



Fuente: Autores

8.3. TRATAMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS


La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura. En algunos casos, los eventos adversos son prevenibles y en otros no. Lo importante es que se reconozca el error, se reporte, se aprenda de éste para que no se repita y si esto ocurre se mitigue el daño ocasionado al paciente.

Anterior al SGC no existía una metodología clara que asegurara el tratamiento de los eventos adversos, por tanto se instituyó el Manual de Seguimiento a Riesgos GC-MA-0002, el cual busca el cumplimiento a lo establecido en la normatividad vigente, específicamente lo relacionado con el Estándar de Seguimiento a Riesgos de la Resolución 1043 del 2006 y con los lineamientos de la política de Seguridad del Paciente establecida por el Ministerio de la Protección Social.

El Centro Oncológico estableció las situaciones que serían de obligatorio reporte, investigación y análisis para determinar si fueron eventos adversos o incidentes y establecer así acciones de mejora para garantizar la minimización de los riesgos

en los procesos de atención en la institución. Se califica como evento adverso el resultado clínico que es contrario al esperado debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo¹⁹. Estos se reportan por medio del formato GC-FO-0004 “Reporte de eventos adversos” (Ver Figura 19). Cuando el evento se produce en la administración de medicamentos se debe reportar al INVIMA mediante el FORAM SF-FO-0036 (Ver figura 20).

Figura 18. Ejemplo reporte de Eventos Adversos

		FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES EVENTOS ADVERSOS TRAZADORES		Código: GC-FO-0004	
				Versión: 01	
				Página 1 de 2	
Aprobó: Coordinador Médico			Fecha de aprobación: 2013/01/25		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO MARY LUZ XXXX				EDAD:	31
No. HISTORIA CLINICA:		XXXX		SEXO:	F
SERVICIO EN EL CUAL SE PRESENTA EL EVENTO:			HOSPITALIZACIÓN		
FECHA DE OCURRENCIA:		31/01/2013		HORA:	7:00
TIPO DE EVENTO ADVERSO (Marcar con una X)					
No.	EVENTO		No.	EVENTO	
01	Caídas de pacientes.		10	Demora en suministro de medicamentos e insumos y/o no disponibilidad de los medicamentos necesarios para la atención atribuibles al desempeño de la organización.	
02	Reacciones a Medicamentos (taquicardia, rash cutáneo, bradicardia, Hipotensión)		11	Reacciones anafilácticas: Produce una reacción inflamatoria de vías respiratorias altas.	
03	Úlceras por presión (hospitalario) estancia.		12	Entrega equivocada de medicamentos.	
04	Procedimientos cancelados por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los profesionales.		13	Error en la asignación de cita.	
05	Presencia de calor, dolor, enrojecimiento en sitio de venopunción (Flebotis)		14	Lectura errada de ayudas diagnósticas.	
06	Derrame de la medicación en el paciente.		15	Otros	
07	Pérdida de pertenencias de usuarios				
08	Infecciones derivadas de los procedimientos realizados en el servicio.				
09	Complicaciones inmediatas o mediatas de procedimientos ambulatorios realizados.				
DESCRIPCIÓN DEL EVENTO ADVERSO (Quien identifica el evento)					
En el recibimiento de turno se observa edema en dorso mano izquierda la cubria periferia de sitio de inserción de catéter venoso, no presenta dolor a la palpación, no calor no rubor y permeable al paso de líquidos (solución salina + etoposido) por bomba de infusión, se de cumplimiento a protocolo					
PROVOCA DAÑO O LESIÓN :					
		SI	X	NO	
MEDIDAS INMEDIATAS ADOPTADAS					
Se retira sitio venopunción y drenando el área, no retorno de líquido, se maneja con paños de sulfato de magnesio por orden médica.					
MEDIDAS DE SEGUIMIENTO					
Valoración diaria del área en cuestión para determinar cambios de mejoría o complicación.					
INVESTIGACIÓN (Comité de Seguimiento a Riesgos)					
RESPONSABLE:		DRA. ANGELA MARIA ACOSTA PALACIO			
HALLAZGOS: (describa en este espacio la investigación realizada sobre el caso, incluyendo resumen de la atención durante la cual se presentó la situación, entrevistas a colaboradores o al usuario si aplica)					
Paciente femenina con diagnóstico de tumor maligno del cerebrolo quien Ingresa al servicio de hospitalización el 29 de enero a las 06:00 am, posterior a esto se inicia protocolo de canalización, en el cual refieren paciente con difícil acceso venoso reportado en formato de cateterización venosa periférica de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> • 29/01/13: Intentos de canalización 5 de los cuales 4 fueron fallidos quedando canalizada paciente con branula N° 24 en dorso de mano derecha. • 31/01/13: se cambia venopunción por signos de extravasación a cara lateral interna pliegue de mano izquierda. • 02/02/13: Se cambia venopunción por disfunción mecánica a tercio medio anterior de antebrazo derecho. Posterior esta revisión se analiza historia clínica, fragmento de notas de enfermería encontrando las siguientes inconsistencias: <ol style="list-style-type: none"> 1. 29/01/13: 10:00 AM se canaliza paciente en dorso de mano derecha 					

Fuente: Centro Oncológico

¹⁹ COORDINADOR MÉDICO, Manual de Seguimiento a Riesgos GC-MA-0002, Centro Oncológico Ltda., 3p.

Figura 19. Ejemplo de Reporte de Reacción adversa a medicamentos al INVIMA. Formato FORAM

		FORMATO FORAM				Código: SF-FO-0036					
						Versión: 02					
						Página 1 de 2					
Aprobó: Director Nacional Técnico Científico				Fecha de Aprobación: 2012-08-15							
FORMATO DE REPORTE DE SOSPECHA DE REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS - FORAM											
		Reporte ante la mas minima sospecha de reaccion adversa a medicamento; registre la informacion solicitada de forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras ni uso de corrector y según los parámetros establecidos en la segunda pagina									
1. ORIGEN DEL REPORTE											
Fecha de notificación		Departamento			Distrito / Municipio						
AAA	2013	3	1		SANTANDER		BUCARAMANGA				
Institución		servicio			codigo de Habilitacion						
CENTRO ONCOLOGICO LTDA		HOSPITALIZACION			N/A						
2. INFORMACION DEL PACIENTE											
Régimen de Afiliación:		SUBSIDIADO		EPS:	SOLSALUD	Etnia:	MIXTA				
Fecha de Nacimiento		Identificación		No. De Identificación		Sexo	JDCA				
1946	5	6	C.C.	C.EX	T.I.	R.C	M.S				
			X								
2112562		F		59		170					
M X											
Diagnóstico principal y condiciones clínicas concomitantes relevantes:				CANCER DE LENGUA + ABSCESO EN REGION SUBMANDIBULAR IZQUIERDA							
Fecha de inicio de la relación		3. DESCRIPCION DE LA RELACION - En caso de existir otros eventos/reacciones adversas a medicamentos, escriba la fecha de inicio de cada una									
2013	2	27	Evolución (Marca con una X)								
<input checked="" type="checkbox"/> Recuperado sin secuelas <input type="checkbox"/> Recuperado sin secuelas <input type="checkbox"/> Aún sin recuperación											
PACIENTE CON INFECCION DE TEJIDOS BLANDOS EN LESION SOSPECHOSA DE NECROSIS DE METASTASIS SOBREENFECTADA EN CUELLO, POR LO QUE SE INICIA ANTIBIOTICOTERAPIA CON CIPROFLOXACINO PRESENTANDO ERITEMA EN TRAYECTO VENOSO, NO PRURIGINOSO, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIO NI OTROS SINTOMAS ASOCIADOS.											
Severidad (Marca con X) <input type="checkbox"/> Produjo o prolongó la hospitalización <input type="checkbox"/> Malformación en recién nacido <input type="checkbox"/> Existió riesgo de muerte a causa de la reacción <input type="checkbox"/> Produjo la muerte (Fecha: _____) <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> Desconocido											
4. MEDICAMENTO - Registre todos los medicamentos utilizados y marque con una X en la columna "S", el (los) sospechoso (s)											
S	Medicamento (Denominación común Internacional o Nombre genérico)	Dosis		Frecuencia	Via de admón	Velocidad de infusión	Motivo de prescripción	Fecha de inicio	Fecha de finalización		
		Cantidad	Unidad								
	CLINDAMICINA	600	MG	C/6 H	NTRAVENOSO	N/A	PROCESO INFECCIOSO	27/02/2013	N/A		
	DEXAMETASONA	8 MG	MG	C/8 H	NTRAVENOSO	N/A	INFLAMACION DE PIEL	27/02/2013	01/03/2013		
	ALBENDAZOL	400	MG	C/DIA	ORAL	N/A	ANTIPARASITARIO	28/02/2013	N/A		
	TINIDAZOL	1	GR	C/ 12 H	ORAL	N/A	ANTIPARASITARIO	28/02/2013	01/03/2013		
Información comercial del medicamento sospechoso											
Fabricante		Nombre de la Marca		Registro sanitario		Fecha vencimiento					
5. MANEJO DEL EVENTO Y DESENLACE											
Suspensión (Marcar con X)			Si	No	N/A	Re-exposición (marcar con X)			Si	No	N/A
1. ¿El evento desapareció al suspender el medicamento?			X			1. ¿El evento reapareció al re-administrar el medicamento?					X
2. ¿El evento desapareció o redujo su intensidad al reducir la dosis?					X	2. ¿El paciente ha presentado anteriormente reacción al medicamento?					X
El evento desapareció con tratamiento farmacológico? SI <input type="checkbox"/> / NO <input checked="" type="checkbox"/> - Cual:											
6. INFORMACION DEL NOTIFICANTE PRIMARIO											
Notificate (nombre)					Profesión						
LILIANA ALARCÓN TARAZONA					MÉDICO SSO						
Dirección (Institución)			Teléfono		Correo electrónico institucional						
CARRERA 31 # 53-19			6570555		ceonhospi@hotmail.com						

Fuente: Centro Oncológico

El formato diligenciado debe ser reportado y entregado a la Dirección Nacional de Calidad quien en conjunto con el Coordinador Médico, revisan el caso, conforman un equipo multidisciplinario para su análisis y lo pasan al Comité de paciente seguro.

Tabla 21. Integrantes del Comité de Paciente Seguro

Comité de Paciente Seguro
Coordinador Médico
Jefe departamento enfermería
Enfermero Jefe
Médico General
Directora Técnica Nacional del Servicio Farmacéutico
Director Nacional Técnico Científico
Director Nacional de Calidad

Fuente: Autores

El Comité de paciente seguro, analiza el reporte y la investigación presentada y realizará el respectivo análisis para identificar las causas que lo generaron y diseñar el plan de mejoramiento para evitar su recurrencia o disminuir el impacto del mismo y realizar el seguimiento a las acciones planteadas.

Los resultados de este proceso serán insumo para los indicadores de índice de eventos adversos los cuáles son calculados, analizados y se encuentran disponibles en el tablero de indicadores de la institución.

Los eventos adversos definidos por el Centro Oncológico son los siguientes:

Tabla 22. Listado de Eventos Adversos

Evento Adverso	Proceso Generador
1. Caídas de pacientes.	Quimioterapia, Consulta Externa y Hospitalización
2. Reacciones a Medicamentos (taquicardia, rash cutáneo, bradicardia, Hipotensión) - Reacciones anafilácticas: Produce una reacción inflamatoria de vías respiratorias altas. *No se tiene en cuenta el evento adverso en los indicadores de Calidad ya que son reacciones esperadas del medicamento. Si es de obligatorio reporte para Supersalud e INVIMA.	Quimioterapia, Consulta Externa y Hospitalización
3. Ulceración por presión en paciente hospitalizado.	Hospitalización
4. Procedimientos cancelados por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los profesionales. *Si es cancelado por algún inconveniente con la sala de cirugía no se tiene en cuenta el evento adverso en los indicadores de Calidad.	Consulta externa, Atención al cliente

5. Presencia de calor, dolor, enrojecimiento en sitio de venopunción (Flebitis). *En caso de presentarse Flebitis Química se reporta al INVIMA y a la Supersalud, pero no contaría para los indicadores de Calidad, ya que se considera una reacción esperada al medicamento. La Flebitis infecciosa se debe reportar en todos los casos.	Quimioterapia, Hospitalización
6. Derrame de la medicación en el paciente.	Quimioterapia, Hospitalización
7. Perdida de pertenencias de usuarios.	Todos los procesos
8. Infecciones derivadas de los procedimientos realizados en el servicio.	Quimioterapia, Consulta Externa y Hospitalización
9. Complicaciones inmediatas (durante las 24 horas) o mediatas (hasta 48 horas) de procedimientos ambulatorios realizados	Quimioterapia, Consulta externa
10. Demora en suministro de medicamentos e insumos y/o No disponibilidad de los medicamentos necesarios para la atención, atribuibles al desempeño de la organización. *No se atribuye a la organización el desabastecimiento de medicamentos que se produzca en el mercado.	Servicio Farmacéutico
11. Extravasación del medicamento, solución o mezcla.	Quimioterapia, Hospitalización
12. Dispensación equivocada de medicamentos.	Servicio Farmacéutico
13. Error en la administración de la medicación.	Quimioterapia, Hospitalización
14. Error en la prescripción de la medicación.	Consulta externa, Hospitalización
15. Interpretación errada de ayudas diagnósticas.	Consulta externa, Quimioterapia, Hospitalización
16. Otros. En este campo se debe consignar el evento que se presente pero que no está en el listado.	Procesos misionales

Fuente: Manual de Seguimiento a Riesgos Centro Oncológico

Este listado se definió involucrando a los líderes de los procesos asistenciales, incluidos los de las sedes de Bogotá y Tunja.

Con el objeto de prevenir los eventos adversos y dar un manejo seguro al paciente se cuenta con documentos como el Procedimiento de identificación de pacientes HO-PR-002, Guía administración segura de medicamentos QM-G-0001, Guía administración segura de citostáticos QM-G-0004, Guía prevención de caídas QM-G-0006, Guía de lavado de manos QM-G-0003, entre otros.

8.4. GESTIÓN DE PRODUCTOS O SERVICIOS NO CONFORMES

Se identifica como Producto o Servicio no conforme aquel que no cumple con los requisitos. Aunque los eventos adversos presentados en los servicios de consulta externa, hospitalización y quimioterapia se catalogan como productos no conformes, se les da tratamiento como se resumió en el numeral 8.3.

El tratamiento que se da a los productos o servicios no conformes se establece en el Procedimiento de Control de Producto No conforme GC-PR-0003 (ANEXO 27) y se reportan a los responsables de procesos por medio del formato “Producto No Conforme” GC-FO-0010 (Ver Figura 21)

Figura 20. Ejemplo de Producto no Conforme

				PRODUCTO NO CONFORME			Código: GC-FO-0010	
							Versión: 02	
							Página 1 de 1	
Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012-04-27				
Cuadro 1. Diligenciar por la persona que identifica el producto no conforme (PNC).								
FECHA	2012	08	25	Nº	Proceso:	Servicio Farmacéutico		
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN REPORTA:				Laura Hernández - Auxiliar de Enfermería				
DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO NO CONFORME DETECTADO								
El día sábado 25 de agosto al momento de alistar el medicamento actinomicina, para aplicación al paciente Doris A. Guerrero, se notó que la fecha del vencimiento era del día anterior 24 de agosto de 2012.								
Cuadro 2. Diligenciar por la persona que identifica el producto no conforme. Marque con una X el tratamiento para corregir el producto no conforme.								
Tratamiento (seleccione con una X)		Desechar		Devolver		X		
DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO								
Una vez identificado, se devolvió a Farmacia y se solicitó un medicamento con fecha de vencimiento vigente, para proceder a realizar la aplicación.								
RESPONSABLE				FECHA LÍMITE (AA/MM/DD)		FECHA VERIFICACIÓN (AA/MM/DD)		
Jorge Yair Tapias Contreras				2012/08/25		2012/08/25		
Acción inmediata:		Se realizó nueva preparación y se entregó a hospitalización para ser administrada de forma inmediata						
Después de corregido el Producto No Conforme, fue verificado por:								
Directora Técnica Nacional del Servicio Farmacéutico								
Responsable del Proceso				Firma:				
Tratamientos:								
1. Desechar: No entregar el producto y eliminarlo. 2. Devolver: Devolver el producto al proveedor								

Fuente: Centro Oncológico

La siguiente tabla identifica los productos o servicios no conformes, su tratamiento y responsables del mismo.

Tabla 23. Listado de Productos o Servicios No Conformes

Servicio / Producto no conforme	Acción	Responsable de liberación y de tomar acciones
Medicamento vencido al momento de la aplicación.	Retirar y eliminar o inactivar	Químico farmacéutico / Regente de Farmacia
Mezcla vencida	Retirar y eliminar o inactivar	Químico farmacéutico
Cancelación de cirugía por motivos internos	Ofrecer disculpas y reprogramar	Jefe Dpto. Enfermería
Mala asignación de la cita (por horario o profesional).	Ofrecer disculpas al usuario, asignarle una nueva cita, de preferencia en el mismo día	Auxiliar de consulta externa Recepcionista
Cancelación de la cita por motivos internos.	Ofrecer disculpas al usuario, asignarle una nueva cita, de preferencia en el mismo día o para la fecha y hora que él determine y haya disponibilidad de especialistas.	Auxiliar de consulta externa Recepcionista

Fuente: Procedimiento de Control de Producto No conforme

8.5. ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA

Se creó el procedimiento obligatorio GC-PR-0005 “Procedimiento de acciones correctivas y Preventivas” (ANEXO 28), el cual dicta la metodología para Identificar, analizar y eliminar las causas de los problemas potenciales/reales, con el fin de tomar las acciones preventivas/correctivas apropiadas para prevenir su ocurrencia.

Se identifican como fuentes de las no conformidades, ya sean reales o potenciales, las siguientes:

- Hallazgos de Auditorías Internas de Calidad.
- Revisión por la Dirección.
- Peticiones, quejas y reclamos de los beneficiarios.
- Análisis de indicadores. Se estableció una semaforización en el tablero de indicadores, si un indicador está próximo a no cumplir la meta se debe levantar

una acción preventiva; si la meta establecida no se cumple se procede a realizar una acción correctiva.

- Evaluación de Satisfacción del beneficiario.
- Productos No Conformes.
- Otras fuentes de información. Cualquier revisión realizada a los procesos, ya sea por iniciativa propia de sus funcionarios o por resultado de una auditoría de un ente externo (tales como EPS o gubernamentales) puede generar una acción correctiva, preventiva o de mejora que busque la optimización del proceso.

Las acciones correctivas y preventivas se realizan en el formato GC-FO-0001 (ANEXO 29 Ejemplo de Acción correctiva y ANEXO 30 Ejemplo de acción preventiva) y las acciones de mejora en el formato GC-FO-0018 (Figura 22).

Figura 21. Formato Acciones de Mejora

		ACCIONES DE MEJORA		Código: GC-FO-0018		
				Versión: 02		
				Página 1 de 1		
Aprobó: Director Nacional de Calidad			Fecha de Actualización: 2012-08-01			
PROCESO					AM No	
DESCRIPCIÓN						
JUSTIFICACIÓN						
ACTIVIDADES	RESPONSABLE(S)	FECHA LÍMITE		SEGUIMIENTO		
		Inicio	Fin	Observaciones		
VERIFICACIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA						

Fuente: Autores

Durante el proceso de implementación se identificaron hasta el momento 36 acciones correctivas (La mayoría surgidas de las auditorías de calidad), y 8 acciones preventivas generadas de no conformidades potenciales identificadas en la revisión de los procesos. El listado completo de acciones tomadas se detalla en la tabla 26.

Tabla 24. Consolidado de Acciones Correctivas y Preventivas del Centro Oncológico

Tipo de Accion	Ciudad	Resultante de	Abrev.			No.	Proceso	Fecha	Responsable de la Accion	Estado	Fecha de Cierre
Accion Correctiva	Bogotá	Auditoria Interna de Calidad	AC	BOG	AIC	001	Quimioterapia	2012-11-14	Coordinador Médico	Cerrada	2013-03-08
Accion Correctiva	Tunja	Auditoria Interna de Calidad	AC	TUN	AIC	002	Quimioterapia	2012-11-15	Coordinador Médico	Cerrada	2013-03-08
Accion Correctiva	Bucaramanga	Auditoria Interna de Calidad	AC	BUC	AIC	003	Quimioterapia	2012-11-23	Coordinador Médico	Abierta	
Accion Correctiva	Bucaramanga	Auditoria Interna de Calidad	AC	BUC	AIC	004	Mantenimiento e Infraestructura	2012-11-26	Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento	Abierta	
Accion Correctiva	Bucaramanga	Auditoria Interna de Calidad	AC	BUC	AIC	005	Mantenimiento e Infraestructura	2012-11-26	Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento	Cerrada	2013-03-04
Accion Correctiva	Bucaramanga	Revisión Interna	AC	BUC	RIN	N.A.	Servicio Farmacéutico	2012-08-27	Directora Técnica Nacional del Servicio farmacéutico	Cerrada	2012-11-01
Accion Correctiva	Bucaramanga	Auditoria Interna de Calidad	AC	BUC	AIC	006	Quimioterapia	2012-11-27	Coordinador Médico	Cerrada	2013-03-11
Accion Correctiva	Bucaramanga	Auditoria Interna de Calidad	AC	BUC	AIC	007	Consulta Externa	2012-12-04	Coordinador Médico	Abierta	
Accion Correctiva	Bucaramanga	Auditoria Interna de Calidad	AC	BUC	AIC	008	Atención al Cliente	2012-12-04	Profesional de Atención al cliente	Cerrada	2013-03-13
Accion Correctiva	Bucaramanga	Auditoria Interna de Calidad	AC	BUC	AIC	009	Quimioterapia	2012-12-05	Coordinador Médico	Cerrada	2013-03-11
Accion Correctiva	Bucaramanga	Auditoria Interna de Calidad	AC	BUC	AIC	010	Gestión de calidad	2012-12-05	Director Nacional de Calidad	Cerrada	2013-03-08
Accion Correctiva	Bucaramanga	Auditoria Interna de Calidad	AC	BUC	AIC	011	Gestión de calidad	2012-12-05	Director Nacional de Calidad	Cerrada	2013-03-08
Accion Correctiva	Bucaramanga	Auditoria Interna de Calidad	AC	BUC	AIC	012	Gestión de calidad	2012-12-05	Director Nacional de Calidad	Cerrada	2013-03-08
Accion Correctiva	Bucaramanga	Auditoria Interna de Calidad	AC	BUC	AIC	013	Gestión de calidad	2012-12-05	Director Nacional de Calidad	Abierta	2013-03-11
Accion Correctiva	Bucaramanga	Auditoria Interna de Calidad	AC	BUC	AIC	014	Gestión de calidad	2012-12-06	Director Nacional de Calidad	Cerrada	2013-08-03
Accion Correctiva	Bucaramanga	Auditoria Interna de Calidad	AC	BUC	AIC	015	Gestión de calidad	2012-12-06	Director Nacional de Calidad	Abierta	2013-03-11
Accion Correctiva	Bucaramanga	Auditoria Interna de Calidad	AC	BUC	AIC	016	Hospitalización	2012-12-06	Coordinador Médico	Cerrada	2012-12-27
Accion Correctiva	Bucaramanga	Auditoria Interna de Calidad	AC	BUC	AIC	017	Hospitalización	2012-12-06	Coordinador Médico	Cerrada	2013-03-11
Accion Correctiva	Bucaramanga	Auditoria Interna de Calidad	AC	BUC	AIC	018	Mantenimiento e Infraestructura	2012-12-06	Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento	Cerrada	2013-03-11
Accion Correctiva	Bucaramanga	Auditoria Interna de Calidad	AC	BUC	AIC	019	Mantenimiento e Infraestructura	2012-12-06	Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento	Abierta	
Accion Correctiva	Bucaramanga	Auditoria Interna de Calidad	AC	BUC	AIC	020	Mantenimiento e Infraestructura	2012-12-06	Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento	Abierta	

Accion Correctiva	Bucaramanga	Auditoria Interna de Calidad	AC	BUC	AIC	021	Mantenimiento e Infraestructura	2012-12-06	Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento	Cerrada	2012-12-10
Accion Correctiva	Bucaramanga	Auditoria Interna de Calidad	AC	BUC	AIC	022	Talento Humano	2012-12-11	Profesional Talento Humano	Cerrada	2013-03-11
Accion Correctiva	Bucaramanga	Auditoria Interna de Calidad	AC	BUC	AIC	023	Talento Humano	2012-12-11	Profesional Talento Humano	Abierta	
Accion Preventiva	Bucaramanga	Análisis de indicadores	AP	BUC	IND	002	Autorizaciones y Facturación	2012-12-18	Coordinador Regional de Autorizaciones y Facturación	Abierta	
Accion Preventiva	Bucaramanga	Auditoria Interna de Calidad	AP	BUC	AIC	003	Servicio Farmacéutico	2012-12-18	Directora Técnica Nacional del Servicio farmacéutico	Abierta	
Accion Correctiva	Bogotá	Auditoria Interna de Calidad	AC	BOG	AIC	024	Servicio Farmacéutico	2012-11-22	Quimico Farmaceutico	Cerrada	2013-02-18
Accion Correctiva	Bogotá	Auditoria Interna de Calidad	AC	BOG	AIC	025	Servicio Farmacéutico	2012-12-12	Quimico Farmaceutico	Cerrada	2013-02-18
Accion Preventiva	Bucaramanga	Revisión Interna	AP	BUC	RIN	004	Consulta Externa	2013-01-11	Coordinador Médico	Abierta	
Accion Preventiva	Bucaramanga	Revisión Interna	AP	BUC	RIN	005	Quimioterapia	2013-01-16	Coordinador Médico	Abierta	
Accion Preventiva	Bucaramanga	Revisión Interna	AP	BUC	RIN	006	Hospitalización	2013-01-16	Coordinador Médico	Cerrada	2013-03-21
Accion Correctiva	Bucaramanga	Análisis de indicadores	AC	BUC	IND	026	Dirección Institucional	2013-01-18	Director Nacional de Calidad	Cerrada	2013-02-11
Accion Correctiva	Bogotá	Revisión Interna	AC	BOG	RIN	027	TICS	2013-01-04	Coordinadora Administrativa y Financiera	Cerrada	2013-02-15
Accion Correctiva	Bogotá	Revisión Interna	AC	BOG	RIN	028	Quimioterapia	2013-01-21	Profesional de Calidad	Abierta	
Accion Correctiva	Bucaramanga	Auditoria Externa	AC	BUC	AUE	029	Gestión de calidad	2013-01-28	Director Nacional de Calidad	Cerrada	2013-08-03
Accion Correctiva	Bucaramanga	Auditoria Externa	AC	BUC	AUE	030	Atención al Cliente	2013-01-28	Profesional de Atención al cliente	Abierta	
Accion Correctiva	Bogotá	Auditoria Externa	AC	BOG	AUE	031	Consulta Externa	2013-01-28	Coordinador Médico	Cerrada	2013-02-28
Accion Correctiva	Bogotá	Auditoria Externa	AC	BOG	AUE	032	Quimioterapia	2013-01-28	Coordinador Médico	Abierta	
Accion Preventiva	Bucaramanga	Revisión Interna	AP	BUC	RIN	007	Hospitalización	2013-01-30	Coordinador Médico	Cerrada	2013-03-22
Accion Correctiva	Bucaramanga	Análisis de indicadores	AC	BUC	IND	033	Talento Humano	2013-02-08	Coordinador a Nacional de Talento Humano	Abierta	
Accion Correctiva	Bucaramanga	Auditoria Externa	AC	BUC	AUE	034	Hospitalización	2013-02-19	Coordinador Médico	Abierta	
Accion Correctiva	Bogotá	Auditoria Externa	AC	BOG	AUE	035	Quimioterapia	2013-02-25	Coordinador Médico	Cerrada	2013-04-08
Accion Correctiva	Bucaramanga	Análisis de indicadores	AC	BUC	IND	036	Gestión de calidad	2013-04-23	Director Nacional de Calidad	Abierta	
Accion Preventiva	Bucaramanga	Análisis de indicadores	AP	BUC	IND	008	Gestión de calidad	2013-04-23	Director Nacional de Calidad	Abierta	
Accion Correctiva	Bucaramanga	Análisis de indicadores	AC	BUC	IND	037	Gestión de calidad	2013-04-24	Director Nacional de Calidad	Abierta	

Fuente: Autores

8.6. COMPRAS Y EVALUACIÓN DE PROVEEDORES

El proceso de compras busca cumplir lo establecido en la Norma NTC ISO 9001:2008 en el punto 7.4 que especifica los criterios que se deben cumplir. En base a esto se estableció el cumplimiento obligatorio del Procedimiento de Compras CP-PR-0002 y la Guía de Evaluación y reevaluación de proveedores CP-G-0001 (ANEXO 22).

8.6.1. Procedimiento de Compras

La metodología para la realización de las compras busca obtener trazabilidad y control en el proceso e identificar correctamente los requerimientos para eliminar el margen de error. Por tanto los productos y servicios se dividen así:

- Estratégicos: Esenciales para la realización de los procesos misionales del Centro Oncológico. Productos: medicamentos y dispositivos médicos. Servicios: Ambulancia, lavado sábanas, alimentación, red de prestadores de servicios.
- Multiplicadores: Productos o servicios requeridos para el buen funcionamiento de los procesos del Centro Oncológico. Por ejemplo, equipos de cómputo, muebles y enseres, capacitaciones.

Se estableció el procedimiento de acuerdo al tipo de producto o servicio:

Tabla 25. Procedimiento de Compras

#	Actividad	Responsable	Documento
PRODUCTOS ESTRATÉGICOS			
1	Definir requerimientos: Se definen los requerimientos de Productos estratégicos de las diferentes sedes del Centro Oncológico Ltda., y se envía a la sede principal para su consolidación.	Químicos Farmacéuticos, Regentes de Farmacia y Coordinadores Administrativos y Financieros.	Requerimientos de productos estratégicos
2	Consolidar requerimientos: Los requerimientos de productos estratégicos se consolidan para llevarlos al comité de compras.	Directora Técnica Nacional del Servicio farmacéutico	Consolidado de requerimiento de productos estratégicos
3	Definir proveedor: Con base en el consolidado de los productos, se realiza el análisis para asignar la compra.	Comité de compras	Consolidado de requerimiento de productos estratégicos
4	Realizar orden de compra: Se realiza la orden de compra a los proveedores asignados por el comité de compras. De acuerdo con la sede se realiza la orden de compra.	Responsable de Compra	Orden de compra productos estratégicos

5	Recibir productos: Se realiza la recepción de los productos y se verifica que coincidan con lo definido en la orden de compra. En caso de encontrar inconsistencias se comunica con el proveedor para realizar los ajustes respectivos. En caso de requerirse se despachan las cantidades a las diferentes sedes	Responsable de recepción	Consolidado requerimiento de productos
SERVICIOS ESTRATÉGICOS			
1	Definir requerimientos: Se definen los requerimientos de servicios estratégicos de las diferentes sedes del Centro Oncológico Ltda. y se envía a la sede principal para su consolidación.	Responsables de procesos o Directores Regionales	Requerimientos de servicios estratégicos
2	Definir proveedor: De acuerdo con el requerimiento y el monto, del mismo se define el proveedor por parte del comité de compras o el autorizado para tal fin de acuerdo a los poderes de aprobación.	Comité de compras. Responsable de la compra	Consolidado de requerimiento de servicios estratégicos
3	Realizar orden de compra o contrato: Se realiza la orden de compra a los proveedores asignados o se elabora o solicita el contrato respectivo, se debe tener en cuenta las pólizas a solicitar.	Representante Legal o Responsable de la compra	Orden de compra
4	Realizar seguimiento al contrato: Se realiza seguimiento al contrato para verificar que se esté realizando lo convenido y tener presente fechas de vencimiento.	Responsable de recibir el servicio objeto del contrato	N.A.
PRODUCTOS Y/O SERVICIOS MULTIPLICADORES			
1	Definir requerimientos: Se definen los requerimientos de Productos o servicios multiplicadores requeridos por las diferentes ares o sedes. Si la compra es de quipos de cómputo debe anexarse al requerimiento el concepto técnico respectivo.	Responsables de procesos o de sedes	Requerimientos de productos o servicios multiplicadores
2	Definir proveedor: De acuerdo con el requerimiento y el monto, del mismo se define el proveedor por parte del comité de compras o el autorizado para tal fin de acuerdo a los poderes de aprobación.	Comité de compras. Responsable de la compra	Consolidado de requerimiento de productos multiplicadores
3	Realizar orden de compra o contrato: Se realiza la orden de compra a los proveedores asignados o se elabora o solicita el contrato respectivo, se debe tener en cuenta las pólizas a solicitar.	Representante Legal o Responsable de la compra	Orden de compra contrato
4	Realizar seguimiento al contrato: Se realiza seguimiento al contrato para verificar que se esté realizando lo convenido y tener presente fechas de vencimiento.	Responsable de recibir el servicio objeto del contrato	N.A.
5	Recibir productos: Se realiza la recepción de los productos y se verifica que coincidan con lo definido en la orden de compra. En caso de encontrar inconsistencias se comunica con el proveedor para realizar los ajustes respectivos	Coordinadores Administrativos y financieros. Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	N.A.

Fuente: Procedimiento de Compras Centro Oncológico.

8.6.2. Evaluación y Reevaluación de proveedores

En cumplimiento de los requisitos de la Norma fue necesario consolidar los proveedores y solicitarles el diligenciamiento del Formato de Inscripción de proveedores CP-FO-0014 (ANEXO 31) y varios documentos que eran necesarios para tener una base de datos con su información. A los proveedores de productos

o servicios críticos se les realiza evaluación semestralmente siguiendo los criterios detallados en la Guía de Selección, Evaluación y Reevaluación de proveedores.

Se definen como proveedores críticos los que prestan productos o servicios esenciales para los procesos misionales de la organización, estos se listan a continuación con el resultado de su evaluación:


Tabla 26. Evaluación de proveedores críticos

NOMBRE	PRODUCTO O SERVICIO OFRECIDO	SEDE	RESULTADO	FECHA EVAL.
AL PHARMA S.A	Mezclas de medicamentos y medicamentos	B/manga	Altamente confiable	31/01/2013
BPM ANDINA	Mantenimiento central de mezclas	B/manga	Altamente confiable	1/02/2013
CAFAM	Medicamentos y dispositivos médicos	Bogotá, B/manga	Confiable	10/01/2013
CEKURA- I.P.S.	Esterilización elementos clínicos	B/manga	Altamente confiable	1/02/2013
DESCONT S.A. E.SP.	Disposición de residuos peligrosos	B/manga, Tunja	Altamente confiable	1/02/2013
COHOSAN	Medicamentos y dispositivos médicos	B/manga	Altamente confiable	10/01/2013
DOTASALUD	Medicamentos y dispositivos médicos	Bogotá	Confiable	10/01/2013
FRESENIUS	Medicamentos y dispositivos médicos	Bogotá, B/manga	Altamente confiable	10/01/2013
LABORATORIOS BAXTER S.A	Medicamentos y dispositivos médicos	B/manga	Altamente confiable	9/01/2013
LABORATORIOS LTDA DE BOGOTA	Medicamentos y dispositivos médicos	Bogotá	Altamente confiable	10/01/2013
LA ECONOMIA	Medicamentos y dispositivos médicos	Tunja	Altamente confiable	10/01/2013
METROLABOR	Mantenimiento y calibración de equipos	B/manga	Altamente confiable	1/02/2013
OFFIMEDICAS	Medicamentos y dispositivos médicos	B/manga	Altamente confiable	10/01/2013
QUIRUHOSP	Dispositivos médicos quirúrgicos, dotación hospitalaria, verificación y calibración equipos médicos	B/manga	Altamente confiable	10/01/2013
RESCATE EU - Ambulancias	Ambulancia	B/manga	Altamente confiable	1/02/2013
ROCHE	Medicamentos y dispositivos médicos	Bogotá, B/manga	Altamente confiable	1/02/2013
SERVIOXIGENO	Oxigeno	B/manga	Altamente confiable	1/02/2013

Fuente: Autores


Se ha establecido un formato de evaluación diferente dependiendo si es proveedor de producto o de servicio crítico. A continuación se observan 2 evaluaciones realizadas.

Figura 22. Evaluación a Proveedor de Servicios Críticos (Metrolabor)

			EVALUACION Y REEVALUACION DE PROVEEDORES SERVICIOS CRITICOS				Código: CP-FO-0006	
							Versión: 01	
			Página 1 de 1					
Aprobó: Directora Nacional Administrativa y Financiera			Fecha de Aprobación: 2012/11/19					
Nombre		Metrolabor			NIT		830082016-1	
puntaje Siempre (10), Algunas veces (5), Casi nunca (0)			Evaluación				Reevaluación Anual	
			1er Semestre		2o Semestre			
Fecha					2013-02-01			
			total		total		Total	
Calidad	45%	Cumplimiento con las especificaciones requeridas		0,00	10,0	4,50	10,0	4,5
condiciones de negociación	20%	Cumplimiento del precio acordado		0,00	10,0	2,00	10,0	2,0
Postventa	35%	Atención oportuna a las solicitudes		0,00	10,0	3,50	10,0	3,5
TOTAL				0,0		10,0		10,0
Calificación			Poco Confiable		Altamente Confiable		Altamente Confiable	

Fuente: Autores

Figura 23. Evaluación a Proveedor de Productos Críticos. (ROCHE)

			EVALUACION Y REEVALUACION DE PROVEEDORES PRODUCTOS CRITICOS				Código: CP-FO-0005	
							Versión: 01	
			Página 1 de 1					
Aprobó: Directora Nacional Administrativa y Financiera			Fecha de Aprobación: 2012/11/19					
Nombre		ROCHE			NIT		860.003.216-8	
puntaje Siempre (10), Algunas veces (5), Casi nunca (0)			Evaluación				Reevaluación Anual	
			1er Semestre		2o Semestre			
Fecha					2013-02-01			
			total		total		total	
Calidad	30%	Cumplimiento con las especificaciones requeridas		0,00	10,0	3,00	10,0	3,0
condiciones de negociación	25%	Cumplimiento del precio acordado		0,00	10,0	2,50	10,0	2,5
Entrega	30%	15,0%	Cumplimiento en las fechas de entrega		0,00	10,0	1,50	10,0
		15,0%	Cumplimiento de las cantidades		0,00	10,0	1,50	10,0
Postventa	15%	Atención oportuna a las solicitudes		0,00	10,0	1,50	10,0	1,5
TOTAL				0,0		10,0		10,0
Calificación			Poco Confiable		Altamente Confiable		Altamente Confiable	

Fuente: Autores

8.7. MEDICIÓN Y ANÁLISIS DE INDICADORES

Para la medición de los indicadores definidos en la etapa de Planificación (Capítulo 6.5), se creó un tablero de indicadores anual que permitiera revisar los resultados a nivel nacional y regional. Este tablero está inicialmente desarrollado en Excel, pero la institución está proyectando manejar un software documental que incluya el manejo de los indicadores de gestión.

Los procesos que reportan indicadores para el SGC son Quimioterapia, Consulta externa, Hospitalización, Servicio Farmacéutico, Atención al cliente, Dirección Institucional y Talento Humano. La recopilación de datos es responsabilidad del líder o encargado de proceso en las sedes y los primeros días de cada mes deben enviar el cuadro de indicadores de su proceso diligenciado a Gestión de Calidad. En la figura siguiente se muestra un cuadro de indicadores por proceso:

Figura 24. Cuadro de Indicadores Proceso Consulta Externa por sede 2013

CONSULTA EXTERNA				2 0 1 3											
INDICADOR	FORMULA	META	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
1 Hemato-oncología	Sumatoria de días entre solicitud y asignación de la citas por primera vez	15	40	177	194										
	Total consultas medicas Especializadas asignadas en el periodo.		5	44	25										
	Total		8,00	4,02	7,76	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
2 Oncología clínica	Sumatoria de días entre solicitud y asignación de la citas por primera vez	15	1720	1158	813										
	Total consultas medicas Especializadas asignadas en el periodo.		189	125	97										
	Total		9,10	9,26	8,38	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
3 Cirugía Oncológica	Sumatoria de días entre solicitud y asignación de la citas por primera vez	15	1696	1446	1078										
	Total consultas medicas Especializadas asignadas en el periodo.		138	125	76										
	Total		12,29	11,57	14,18	#DIV/0!	0	0	0	0	0	0	0	0	
4 Cirugía de mama y tejidos blandos	Sumatoria de días entre solicitud y asignación de la citas por primera vez	15	83	600	797										
	Total consultas medicas Especializadas asignadas en el periodo.		11	52	55										
	Total		7,55	11,54	14,49	#DIV/0!	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
5 Cirugía de cabeza y cuello	Sumatoria de días entre solicitud y asignación de la citas por primera vez	15	721	307	339										
	Total consultas medicas Especializadas asignadas en el periodo.		55	25	44										
	Total		13,11	12,28	7,70	#DIV/0!	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Ginecología	Sumatoria de días entre solicitud y asignación de la citas por primera vez	15	508	888	364										
	Total consultas medicas Especializadas asignadas en el periodo.														
	Total														

Fuente: Autores

A cada proceso le corresponde un tablero similar, el cual, como se observa en la figura 25, tiene una pestaña para cada sede y consolida los datos a nivel nacional. Estos cuadros alimentan el tablero general de indicadores que se muestra a continuación:

Figura 25. Tablero de Indicadores año 2012

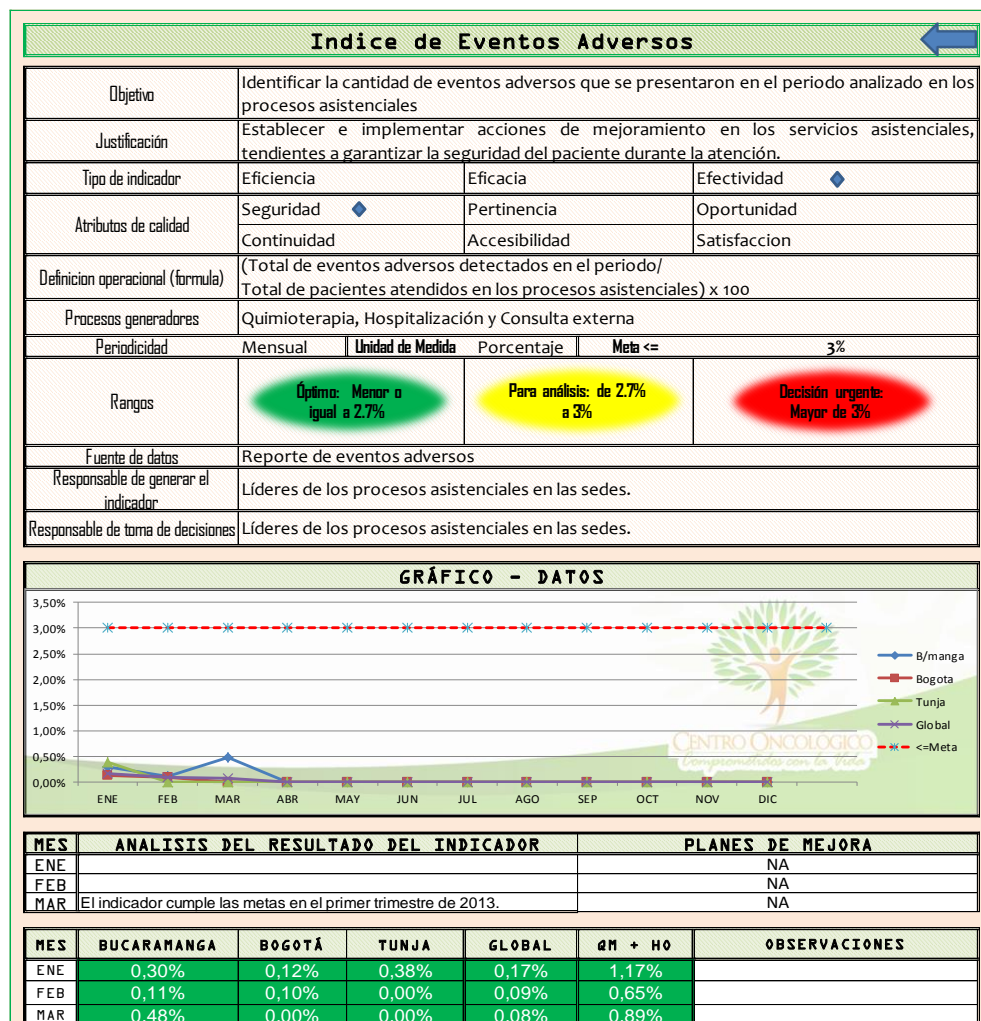
ATRIBUTO DE CALIDAD	OBJETIVO DE CALIDAD	PROCESO	QUE REPORTA	Frecuencia	META	MES					PROM.
						AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
SATISFACCIÓN	Lograr la satisfacción del paciente	ATENCIÓN AL CLIENTE	INDICE DE SATISFACCIÓN GLOBAL	MENSUAL	>= 85%	95,2%	87,5%	83,5%	92,9%	97,5%	91,3%
OPORTUNIDAD		ATENCIÓN AL CLIENTE	OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A SOLICITUDES	MENSUAL	>= 90%	100,0%	88,9%	84,6%	100,0%	100,0%	94,7%
OPORTUNIDAD		ATENCIÓN AL CLIENTE	PROPORCIÓN DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DIAS	MENSUAL	>= 90%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
SEGURIDAD	Mantener controlados los eventos adversos	CONSULTA EXTERNA	INDICE DE EVENTOS ADVERSOS (Consulta externa)	MENSUAL	<= 3%	0,03%	0,05%	0,08%	0,03%	0,00%	0,04%
SEGURIDAD		QUIMIOTERAPIA, HOSPITALIZACIÓN	INDICE DE EVENTOS ADVERSOS (Quimioterapia + Hospitalización)	MENSUAL	<= 3%	0,44%	0,96%	0,40%	0,81%	0,67%	0,66%
SEGURIDAD		QUIMIOTERAPIA, HOSPITALIZACIÓN	INDICE DE EVENTOS ADVERSOS: Caída de pacientes	MENSUAL	<= 3%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
SEGURIDAD		QUIMIOTERAPIA, HOSPITALIZACIÓN	INDICE DE EVENTOS ADVERSOS: Administración de medicamentos	MENSUAL	<= 3%	0,44%	0,72%	0,40%	0,41%	0,67%	0,53%
SEGURIDAD		HOSPITALIZACIÓN	INDICE DE EVENTOS ADVERSOS: Ulceras por presión	MENSUAL	<= 3%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
ACCESIBILIDAD/ OPORTUNIDAD	Lograr la satisfacción del paciente	QUIMIOTERAPIA	OPORTUNIDAD EN LA APLICACIÓN DE QUIMIOTERAPIAS	MENSUAL	>= 80%	85,31%	83,85%	85,13%	93,53%	93,16%	88,2%
ACCESIBILIDAD/ OPORTUNIDAD	Lograr la satisfacción del paciente	CONSULTA EXTERNA	OPORTUNIDAD PARA CONSULTA EXTERNA PRIMERA VEZ (OPORTUNIDAD DE CONSULTA ESPECIALISTA)	MENSUAL		Por especialidad					0
ACCESIBILIDAD	Mantener la sostenibilidad financiera	DIRECCIÓN INSTITUCIONAL	CAPITAL DE TRABAJO	MENSUAL	> 0	XX	XX	XX	XX	XX	XXXX
ACCESIBILIDAD		DIRECCIÓN INSTITUCIONAL	NIVEL DE ENDEUDAMIENTO	MENSUAL	<= 70%	59,8%	59,8%	54,5%	56,2%	61,3%	58,32%
ACCESIBILIDAD		DIRECCIÓN INSTITUCIONAL	MARGEN DE UTILIDAD OPERACIONAL	MENSUAL	>= 8%	18,40%	21,21%	24,83%	24,01%	36,15%	24,92%
PERTINENCIA	Mantener un talento humano competente	TALENTO HUMANO	NIVEL DE COMPETENCIA	ANUAL	>= 93%					92,05%	92,05%
SEGURIDAD	Mantener la sostenibilidad financiera	SERVICIO FARMACÉUTICO	DESTRUCCIÓN DE MEDICAMENTOS	MENSUAL	<= 3%	0,00%	0,00%	0,17%	0,17%	0,24%	0,12%
SEGURIDAD		SERVICIO FARMACÉUTICO	MEZCLAS RECHAZADAS	MENSUAL	<= 1%	0,00%	0,00%	0,15%	0,00%	0,00%	0,03%
SEGURIDAD		SERVICIO FARMACÉUTICO	MEDICAMENTOS VENCIDOS Vs INVENTARIO	MENSUAL	<= 3%	0,17%	0,03%	0,01%	1,31%	0,54%	0,41%
ACCESIBILIDAD/ OPORTUNIDAD/ SATISFACCIÓN	Lograr la satisfacción del paciente	SERVICIO FARMACÉUTICO	OPORTUNIDAD ENTREGA DE MEDICAMENTOS	MENSUAL	>= 80%	96,53%	96,32%	97,31%	97,19%	97,35%	96,94%
CONTINUIDAD/ PERTINENCIA		SERVICIO FARMACÉUTICO	MEDICAMENTOS PENDIENTES	MENSUAL	<= 10%	3,50%	3,68%	2,69%	2,84%	2,65%	3,07%
TODOS	Mantener y mejorar la eficacia de los procesos	GESTIÓN DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE LOS PROCESOS	MENSUAL	>= 90%	100,0%	94,1%	88,2%	100,0%	94,4%	95,36%
SEGURIDAD	Lograr la satisfacción del paciente	HOSPITALIZACIÓN	TASA DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA	MENSUAL	N.A.	0,00%	6,45%	0,00%	0,00%	0,00%	1,29%
N.A.	N.A.	HOSPITALIZACIÓN	TASA DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DESPUÉS DE 48 HORAS	MENSUAL	N.A.	3,13%	3,23%	3,33%	6,90%	3,70%	4,06%
N.A.	N.A.	HOSPITALIZACIÓN	TASA DE REINGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS	MENSUAL	N.A.	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
SEGURIDAD	Mantener controlados los eventos adversos	QUIMIOTERAPIA, HOSPITALIZACIÓN, CONSULTA EXTERNA	PROPORCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS	MENSUAL	N.A.	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Autores

El cuadro anterior presenta los resultados de los indicadores a nivel nacional para el año 2012. Se obtuvieron datos desde el inicio de la implementación del SGC.

En el tablero, al hacer click sobre cada indicador se podría observar la ficha técnica del mismo, donde se incluyen aspectos fundamentales que permiten entender la medición y el sistema de semaforización asignado, el cual depende de la meta establecida. Si un indicador está en rojo, debe levantarse una acción correctiva. El amarillo indica que se está próximo al no cumplimiento de la meta. El verde manifiesta la consecución del objetivo determinado. A continuación se presenta la ficha técnica del indicador de eventos adversos:

Figura 26. Ficha Técnica de los indicadores. Eventos adversos




Fuente: Tablero indicadores 2013 Centro Oncológico

Para el año 2013 se abrió un nuevo tablero de indicadores, el cual se muestra a continuación con los resultados que se han obtenido hasta el momento:

Figura 27. Tablero de Indicadores año 2013. 1a Parte

TABlero DE INDICADORES 2013



ATRIBUTO DE CALIDAD	OBJETIVO DE CALIDAD	PROCESO	QUE REPORTA	Frecuencia	META	MES		
						ENE	FEB	MAR
SATISFACCIÓN	Lograr la satisfacción del paciente	ATENCIÓN AL CLIENTE	<u>INDICE DE SATISFACCIÓN GLOBAL</u>	MENSUAL	>= 85%	94,6%	92,4%	96,1%
OPORTUNIDAD		ATENCIÓN AL CLIENTE	<u>OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A SOLICITUDES</u>	MENSUAL	>= 90%	100,0%	100,0%	100,0%
OPORTUNIDAD		ATENCIÓN AL CLIENTE	<u>PROPORCIÓN DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DIAS</u>	MENSUAL	>= 90%	100,0%	100,0%	100,0%
SEGURIDAD	Mantener controlados los eventos adversos	CONSULTA EXTERNA	<u>INDICE DE EVENTOS ADVERSOS (Consulta externa)</u>	MENSUAL	<= 3%	0,06%	0,04%	0,00%
SEGURIDAD		QUIMIOTERAPIA, HOSPITALIZACIÓN	<u>INDICE DE EVENTOS ADVERSOS (Quimioterapia + Hospitalización)</u>	MENSUAL	<= 3%	1,17%	0,65%	0,89%
SEGURIDAD		QUIMIOTERAPIA, HOSPITALIZACIÓN	<u>INDICE DE EVENTOS ADVERSOS: Caída de pacientes</u>	MENSUAL	<= 3%	0,00%	0,22%	0,00%
SEGURIDAD		QUIMIOTERAPIA, HOSPITALIZACIÓN	<u>INDICE DE EVENTOS ADVERSOS: Administración de medicamentos</u>	MENSUAL	<= 3%	0,98%	0,43%	0,67%
SEGURIDAD		HOSPITALIZACIÓN	<u>INDICE DE EVENTOS ADVERSOS: Ulceras por presión</u>	MENSUAL	<= 3%	0,00%	0,00%	0,00%
ACCESIBILIDAD/ OPORTUNIDAD	Lograr la satisfacción del paciente	QUIIMIOTERAPIA	<u>OPORTUNIDAD EN LA APLICACIÓN DE QUIIMIOTERAPIAS</u>	MENSUAL	<= 8 días	5,31	5,52	5,33
ACCESIBILIDAD/ OPORTUNIDAD	Lograr la satisfacción del paciente	CONSULTA EXTERNA	<u>OPORTUNIDAD PARA CONSULTA EXTERNA PRIMERA VEZ (OPORTUNIDAD DE CONSULTA ESPECIALISTA)</u>	MENSUAL	LA META DE DÍAS DE OPORTUNIDAD DEPENDE DE LA ESPECIALIDAD DE LA CONSULTA. (Ver en la hoja del Indicador)			
CONTINUIDAD/ ACCESIBILIDAD	Mantener la sostenibilidad financiera	HOSPITALIZACIÓN	<u>PORCENTAJE DE OCUPACIÓN HOSPITALARIA</u>	MENSUAL	60% a 85%	44,8%	64,2%	69,4%
CONTINUIDAD		HOSPITALIZACIÓN	<u>PROMEDIO DE DÍAS DE ESTANCIA</u>	MENSUAL	3 a 8 días	4,89	6,42	6,27
CONTINUIDAD		HOSPITALIZACIÓN	<u>GIRO DE CAMA O INDICE DE ROTACIÓN</u>	MENSUAL	> 2	2,45	2,18	3,00
ACCESIBILIDAD	Mantener la sostenibilidad financiera	DIRECCIÓN INSTITUCIONAL	<u>CAPITAL DE TRABAJO</u>	MENSUAL	> 0%	P	P	P
ACCESIBILIDAD		DIRECCIÓN INSTITUCIONAL	<u>NIVEL DE ENDEUDAMIENTO</u>	MENSUAL	<= 70%	P	P	P
ACCESIBILIDAD		DIRECCIÓN INSTITUCIONAL	<u>MARGEN DE UTILIDAD OPERACIONAL</u>	MENSUAL	>= 8%	P	P	P
PERTINENCIA	Mantener un talento humano competente	TALENTO HUMANO	<u>NIVEL DE COMPETENCIA</u>	ANUAL	>= 93%			
PERTINENCIA		TALENTO HUMANO	<u>NIVEL DE EFICACIA DE LAS CAPACITACIONES</u>	TRIMESTRAL	>= 90%			

Fuente: Autores

Figura 28. Tablero de Indicadores año 2013. 2a Parte

SEGURIDAD	Mantener la sostenibilidad financiera	SERVICIO FARMACÉUTICO	<u>DESTRUCCION DE MEDICAMENTOS</u>	MENSUAL	<= 3%	0,25%	0,97%	0,55%
SEGURIDAD		SERVICIO FARMACÉUTICO	<u>MEZCLAS RECHAZADAS</u>	MENSUAL	<= 1%	0,00%	0,00%	0,00%
SEGURIDAD		SERVICIO FARMACÉUTICO	<u>MEDICAMENTOS VENCIDOS Vs INVENTARIO</u>	MENSUAL	<= 3%	0,02%	1,07%	0,02%
SEGURIDAD		SERVICIO FARMACÉUTICO	<u>MEZCLAS CANCELADAS</u>	MENSUAL	<= 5%	3,05%	4,50%	5,64%
ACCESIBILIDAD/ OPORTUNIDAD/ SATISFACCIÓN	Lograr la satisfacción del paciente	SERVICIO FARMACÉUTICO	<u>OPORTUNIDAD ENTREGA DE MEDICAMENTOS</u>	MENSUAL	>= 93%	99,37%	98,87%	99,12%
CONTINUIDAD/ PERTINENCIA		SERVICIO FARMACÉUTICO	<u>MEDICAMENTOS PENDIENTES</u>	MENSUAL	<= 7%	0,63%	1,13%	0,88%
ACCESIBILIDAD/ OPORTUNIDAD/ SATISFACCIÓN		SERVICIO FARMACÉUTICO	<u>OPORTUNIDAD DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS POS</u>	MENSUAL		99,05%	99,81%	99,58%
TODOS	Mantener y mejorar la eficacia de los procesos	GESTIÓN DE CALIDAD	<u>CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE LOS PROCESOS</u>	MENSUAL	>= 90%	96,66%	100,00%	93,33%

SEGURIDAD	Lograr la satisfacción del paciente	HOSPITALIZACION	<u>TASA DE INFECCION INTRAHOSPITALARIA</u>	MENSUAL	N.A.	0,00%	0,00%	0,00%
N.A.	N.A.	HOSPITALIZACION	<u>TASA DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DESPUES DE 48 HORAS</u>	MENSUAL	N.A.	2,78%	0,00%	5,56%
N.A.	N.A.	HOSPITALIZACIÓN	<u>TASA DE REINGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS</u>	MENSUAL	N.A.	0,00%	0,00%	0,00%
SEGURIDAD	Mantener controlados los eventos adversos	QUIMIOTERAPIA, HOSPITALIZACION, CONSULTA EXTERNA	<u>PROPORCION DE EVENTOS ADVERSOS</u>	MENSUAL	N.A.	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Autores

De los tableros de indicadores precedentes se puede inferir:

- Los indicadores de porcentaje de ocupación hospitalaria y de mezclas canceladas no cumplieron la meta en enero y marzo respectivamente. Por tanto se generó una acción correctiva en el análisis trimestral de indicadores. Cabe destacar que las acciones correctivas se realizan de acuerdo al resultado de los indicadores por cada sede, los cuales se observan en la ficha técnica respectiva.
- El Nivel de competencia se mide semestralmente.
- El Nivel de eficacia de las capacitaciones se empieza a medir en el mes de mayo, una vez hayan pasado 3 meses de la realización de una capacitación. El formato se divulgó en el 2013.
- Los últimos 4 indicadores se manejan como estadísticos para presentar a la Supersalud según la circular 030 de 2006, por tanto no tienen meta establecida.

- El indicador de oportunidad de consulta externa tiene un tratamiento especial que se explica en el numeral 8.7.1 de este capítulo.
- Para el año 2013 se incluyeron otros indicadores que evalúan aún mejor la eficacia de los procesos, estos son:
 - ❖ Indicador de mezclas Canceladas: Permite medir el índice de mezclas que son canceladas antes de su preparación. Surgió como recomendación de la auditoría de otorgamiento del ICONTEC.
 - ❖ Oportunidad de entrega de medicamentos POS: Surgió de la necesidad de reportarla continuamente a las EPS. Aún no se ha establecido meta debido a que se evaluará de acuerdo a los resultados presentados los primeros 6 meses.
 - ❖ Indicadores de Producción Hospitalaria:
 - Porcentaje de Ocupación Hospitalaria
 - Promedio de días de estancia.
 - Giro de Cama o Índice de RotaciónEstos indicadores miden la gestión de la unidad hospitalaria, de manera que se pueden evaluar acciones de mejoramiento que permitan aprovechar al máximo la capacidad instalada.

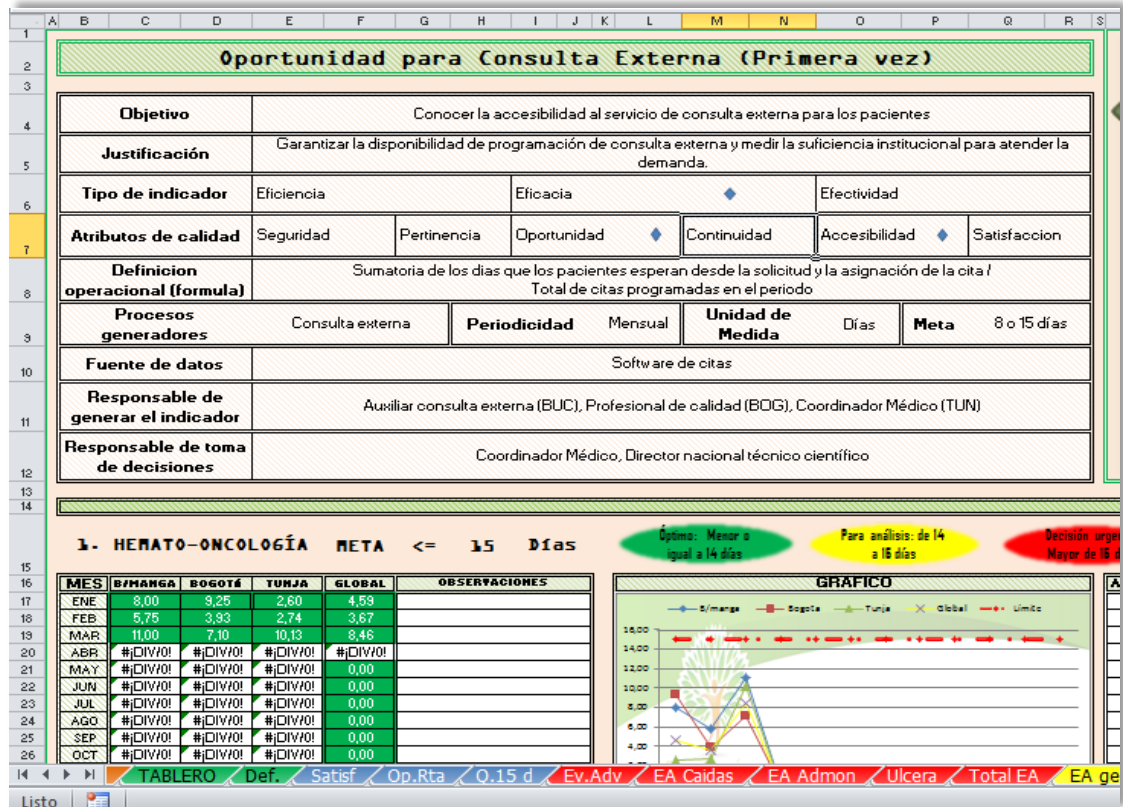
8.7.1. Indicadores Consulta Externa

Para el proceso de Consulta Externa fue necesario disponer de un tablero de indicadores adicional que permitiera observar y monitorear la oportunidad de consulta por primera vez para las diferentes especialidades. Se miden las citas programadas para la primera vez ya que no tendría sentido hacer lo mismo con las citas de control, las cuales son programables dependiendo del tratamiento específico de cada paciente.

Este es un indicador fundamental para la Institución, ya que es primordial ofrecer a los clientes institucionales una oportunidad de consulta menor que la que ofrece el mercado.

En la ficha técnica del indicador se despliega la medición y el análisis de acuerdo a cada especialidad, tal como se observa en la figura siguiente:

Figura 29. Vista del Tablero de Indicadores en Excel. Oportunidad Consulta Externa (Primera Vez)



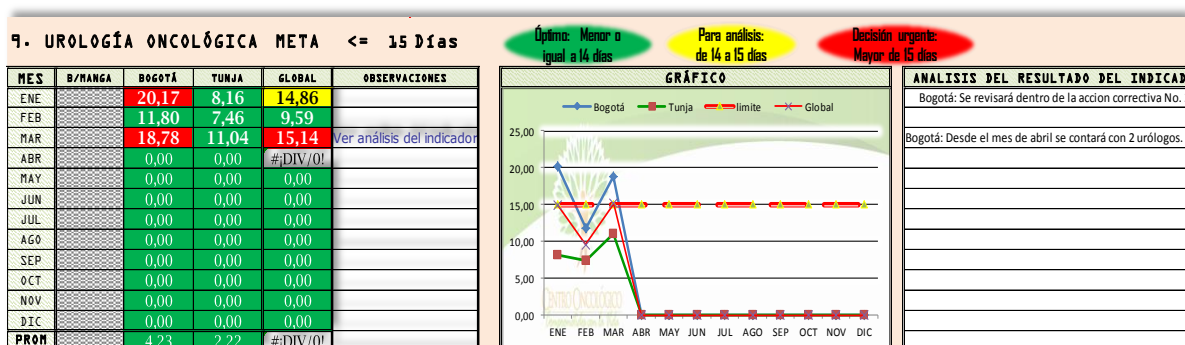
Fuente: Tablero Indicadores 2013 Centro Oncológico

Se mide la oportunidad para las 11 especialidades ofrecidas por el Centro Oncológico hasta el momento, sobre las cuales se tiene incidencia:

- Hemato-oncología
- Oncología clínica
- Cirugía Oncológica
- Cirugía de mama y tejidos blandos (No se ofrece en Tunja)
- Cirugía de cabeza y cuello (No se ofrece en Tunja)
- Ginecología Oncológica
- Clínica del dolor y cuidados paliativos
- Cirugía Gastrointestinal (No se ofrece en Tunja)

- Urología oncológica (En Bucaramanga es ofrecida por un proveedor externo, por tanto no se mide la oportunidad).
- Hemato-oncología pediátrica (Solo se presta este servicio en Bucaramanga).
- Hematología (Solo se presta en Bogotá).

Figura 30. Indicadores de Oportunidad de Consulta Externa. Urología Oncológica



Fuente: Ficha técnica indicador Consulta Externa. Tablero Indicadores 2013.

Los indicadores de oportunidad son claves en las negociaciones comerciales, ya que el Centro Oncológico se compromete con las EPS a cumplir con una oportunidad de 15 días para todas las especialidades. Por tal motivo, tal como se observa en el resultado del indicador para la especialidad de Urología Oncológica en la figura 31, en Bogotá fue necesario contratar un urólogo adicional que permitiera solventar la demanda. Este indicador venía mostrando tal comportamiento desde el año 2012.

8.7.2. Evaluaciones de desempeño

Con el fin de “Mantener un talento humano competente”, como dicta uno de los objetivos de calidad, se estableció la evaluación de desempeño del personal, la cual fue realizada en noviembre de 2012. Los resultados fueron los siguientes:

Tabla 27. Resultados Indicador Nivel de competencia del Talento Humano

MES	BUCARAMANGA	BOGOTÁ	TUNJA	GLOBAL
DIC	37/40=92,50%	35/39=89,74%	9/9=100,00%	92,05%

Fuente: Autores

Como se puede observar, con una meta establecida de 93%, el indicador no se cumple en la sede Bogotá. Debido a estos resultados se levantó la acción correctiva AC-BUC-IND-033, en la cual se establece realizar capacitaciones en los temas que necesitan reforzar los funcionarios con resultado negativo en la evaluación de desempeño. Cabe mencionar que es un primer intento por medir la competencia del personal de una manera objetiva, pero queda mucho por hacer en este aspecto.

8.7.3. Evaluación de la Satisfacción del cliente

Tabla 28. Resultados del Indicador de Satisfacción del Cliente

MES	BUCARAMANGA	BOGOTÁ	TUNJA	GLOBAL
AGO	91,7%	95,3%	96,6%	95,24%
SEP	90,9%	87,3%	86,4%	87,50%
OCT	95,2%	78,9%	93,8%	83,46%
NOV	91,4%	94,0%	90,9%	92,92%
DIC	97,7%	100,0%	95,2%	97,46%
ENE	100,00%	88,89%	92,31%	94,57%
FEB	93,75%	92,00%	91,89%	92,44%
MAR	100,00%	95,59%	95,16%	96,08%

Fuente: Autores

Inicialmente se estableció una meta de 85% para el indicador de satisfacción del usuario, la cual se ha cumplido a nivel nacional desde que se inició la implementación del SGC, excepto en el mes de octubre en Bogotá. Se realizó el análisis respectivo y se llegó a la conclusión que la principal causa fue el desabastecimiento de medicamentos que se presentó a nivel nacional en este mes específicamente. Hay que tener en cuenta que Bogotá es la sede donde más se dispensan medicamentos.



Debido a los resultados positivos del indicador se está estudiando la posibilidad de subir la meta al 90%. Adicionalmente se va a incluir en la página web del Centro Oncológico una nueva encuesta de satisfacción, en la cual se está trabajando con la idea de medir otros aspectos que son importantes para el bienestar del usuario.

8.8. MANTENIMIENTO Y CALIBRACIÓN DE EQUIPOS

El proceso de Infraestructura y Mantenimiento mostraba muchas dificultades de control antes de iniciar el SGC. No había documentos que permitieran estandarizar y mantener orden en el proceso. Entre las mejoras realizadas con el Sistema de Gestión de Calidad se mencionan las siguientes:

- Se centralizó el control del inventario en la sede principal. Antes del SGC no había control sobre los equipos biomédicos e inmuebles de las sedes de Bogotá y Tunja. De esta manera se implementaron los Stickers de identificación y se realizó el inventario en estas sedes, proceso que siguió lo establecido en el Procedimiento Control de Activos IM-PR-0001.

Figura 31. Stickers de identificación

	N° INVENTARIO	CODIGO: IM.FO08		N° INVENTARIO	CODIGO: IM.FO08
	DESFIBRILADOR	VERSION: 01		ELECTRO	VERSION: 01
	CEOBU00112	FECHA: 2011/11/28		CEOBU00116	FECHA: 2011/11/28

Fuente: Centro Oncológico

- Una vez controlados los activos, se implementó el cronograma de mantenimiento, calibración y calificación por sede que controla la ejecución de las actividades del proceso.

Figura 32. Programación de mantenimientos, calibración y calificación. Sede Bucaramanga

		PROGRAMACION Y CONTROL DE MANTENIMIENTOS, CALIBRACION Y CALIFICACION				Código: IM-FO-0003											
						Versión: 02											
						Página 1 de 1											
Aprobado: Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento								Fecha de aprobación: 2013/01/30									
SEDE BUCARAMANGA																	
MANTENIMIENTO PREVENTIVO		EJECUCION		INSTALADO													
CALIBRACION		CALIFICACION		VERIFICACION													
AREA	NUMERO INVENTARIO	NOMBRE EQUIPO	PERIODICIDAD	2013													
				E	F	M	A	N	J	J	A	S	C	N	D		
FARMACIA	CEOBU0040	NEVERA	ANUAL														
CENTRAL MEZCLA	CEOBU0042	TERMOMETRO	ANUAL														
CONSULTORIO 5	CEOBU0044	FONENDOSCOPIO	TRIMESTRAL														
BODEGA CENTRAL	CEOBU0046	NEVERA	ANUAL														
CENTRAL MEZCLA	CEOBU0047	TERMOHIDROMETRO	ANUAL														
CENTRAL MEZCLA	CEOBU0048	TERMOHIDROMETRO	ANUAL														
CENTRAL MEZCLA	CEOBU0050	CABINA DE FLUJO LAMINAR	ANUAL														
CENTRAL MEZCLA	CEOBU0051	CABINA DE BIOSEGURIDAD	ANUAL														
CONSULTORIO 2	CEOBU0071	FONENDOSCOPIO	TRIMESTRAL														
CONSULTORIO 3	CEOBU0073	FONENDOSCOPIO	TRIMESTRAL														

Fuente: Centro Oncológico

Este cronograma sigue lo establecido en los Procedimientos de Mantenimiento IM-PR-0002 (ANEXO 20) y Metrología IM-PR-0003 (ANEXO 21). De acuerdo a los lineamientos establecidos en estos documentos se realizó la calibración de equipos y la compra de instrumentos como las masas patrón para las básculas.

Imagen 9. Arriba: Báscula y Termohigrómetros calibrados; Abajo: Masas patrón



Fuente: Autores

En cumplimiento de los requisitos de habilitación y de la norma se creó el formato “Hoja de Vida de equipos” IM-FO-0007 que se muestra en el ANEXO 32.

La calibración de equipos se realiza por medio de un proveedor externo que cumple con los requisitos exigidos. (ANEXO 33. Certificado de calibración).

La verificación consiste en realizar una medición específica al equipo calibrado y esa misma medición se realiza con el equipo en funcionamiento, si la medición es igual o está dentro del rango definido para el equipo se considera que quedó verificado y es apto para uso, de lo contrario se identifica y se aparta para el respectivo ajuste.

8.9. OTRAS MEJORAS Y CAMBIOS DERIVADOS DE LA IMPLEMENTACION DEL SGC

Del proceso de implementación del SGC en el Centro Oncológico se pueden destacar múltiples mejoras a los procesos; en el siguiente recuadro se presentan algunas de ellas:

Tabla 29. Mejoras derivadas de la Implementación del SGC

SITUACIÓN ANTERIOR	MEJORA
<p>Los paquetes de documentos de soporte enviados de Hospitalización a Facturación normalmente no están completos y contienen muchos errores de diligenciamiento lo cual provoca reprocesos, esto ocasiona que los documentos se devuelvan al proceso que los origina.</p>	<p>Se programaron capacitaciones para que el personal de Autorizaciones y Facturación formara al de Hospitalización con el fin de concientizarlos sobre el costo potencial que acarrear los errores en los soportes que se convierten en glosas recibidas por las EPS e instruirlos sobre las revisiones que deben hacer antes de enviar los documentos a facturación. Se creó el formato AU-FO-0005 "Lista de chequeo documentación" (ANEXO 34), que permite al personal de enfermería especificar claramente lo que está enviando y eliminar margen de error, a su vez facilita la labor de los facturadores ya que no tienen que revisar toda la historia clínica.</p> <p>Los tiempos de verificación de documentos se han reducido y la devolución de historias clínicas a hospitalización se redujo a un promedio de 2 veces por mes.</p> <p>De la misma manera se realizaron capacitaciones en Bogotá para evitar reprocesos entre Quimioterapia y Autorizaciones y Facturación.</p>
<p>En Quimioterapia ambulatoria Bucaramanga hay 2 salas de difícil visualización, lo cual dificulta el control y el cuidado de los pacientes allí ubicados.</p>	<p>Se realizó la instalación de cámaras en ambas salas, las cuales permite visualizar a los pacientes desde el computador ubicado en la estación de enfermería. Esta instalación surgió como acción preventiva de una revisión al proceso. AP-BUC-RIN-005.</p>
<p>La identificación de pacientes en Hospitalización y Quimioterapia no es la óptima, el material utilizado en los brazaletes es poco resistente.</p>	<p>Se solicitaron brazaletes con bordes suaves, con cierre inviolable, con espacio para escribir los datos inequívocos del paciente (Nombre completo y cédula) en forma permanente con bolígrafo común o marcador indeleble, resistentes al agua, alcohol, solvente y jabón neutro. Se usan brazaletes de colores cuando se identifican situaciones de riesgo específicas para el paciente, lo cual alerta al personal médico y de enfermería para prevenir o mitigar la ocurrencia de eventos adversos:</p> <p>AZUL: Aislamiento- Infectado ROJO: Transfusión AMARILLO: Alergias VERDE: Caídas</p> <p>También se estableció un tablero identificativo en cada cama de hospitalización. Para quimioterapia se usa una escarapela con los datos inequívocos del paciente. (Ver Imagen 10).</p>
<p>Los baños de Quimioterapia ambulatoria de las 3 sedes no cuentan con mecanismos de alarma en caso de requerir asistencia el paciente.</p>	<p>Se realizó la instalación de timbres de emergencia en los baños de Quimioterapia ambulatoria de las 3 sedes y en Hospitalización Bucaramanga.(Ver imagen 12)</p>
<p>Las áreas de la institución no están correctamente identificadas.</p>	<p>Se realiza la señalización requerida para la orientación del usuario e identificación de las áreas tales como Recepción, Autorizaciones y facturación, Médico de turno, Grupo de apoyo, Enfermería, Gestión de calidad, etc.(Ver Imagen 13)</p>

<p>En hospitalización se tienen tarjetas de administración de medicamentos específicas por cada uno de estos, por tanto en ocasiones se pierden y no hay control sobre la aplicación de los mismos en cada paciente.</p>	<p>Se debate con el personal de enfermería y se modifica el formato tarjeta de medicamentos de manera tal que permita controlar la correcta aplicación de los mismos a los pacientes y se tenga una trazabilidad de los mismos entre cada turno de enfermería. Estas tarjetas se imprimen en cartones y se controlan fácilmente por paciente en un archivador de manera que se han reducido los errores y pérdidas.</p>
<p>La Hoja de gastos e insumos que genera Hospitalización y es enviada a facturación solo relaciona los gastos por cada día de estancia del paciente, así, cuando un usuario permanece varios días en la institución se genera mucha papelería y más tiempo de revisión.</p>	<p>El formato de hoja de gastos e insumos fue revisado en consenso con el personal de Autorizaciones y Facturación y de enfermería. Se actualizaron los dispositivos a reportar y se organizó el formato de manera que en una sola hoja se reporten los gastos de una semana completa, incluyendo el turno diurno y nocturno. Se adicionó un espacio para la firma del responsable del reporte de gastos por turno.</p>
<p>Dentro del Servicio Farmacéutico se manejan medicamentos que tienen Nombre, Aspecto o estructuras similares que pueden provocar errores en la dispensación y en la administración.</p>	<p>Se estableció el Instructivo “Medicamentos de Alto Riesgo” SF-IN-0008 que contiene la política a seguir para el manejo de medicamentos de alto riesgo con el fin de prevenir eventos adversos como consecuencia de errores en la prescripción, dispensación y administración de medicamentos.</p> <p>Los medicamentos de presentación y/o nombre similar se identifican con una etiqueta de alerta color verde donde indica “Medicamento de alto riesgo”, o con una etiqueta color amarillo para los electrolitos concentrados. (Ver imagen 14)Adicionalmente se realizó capacitación al personal asistencial para la correcta aplicación del instructivo.</p>
<p>El control de carro de paro se realiza de forma diferente en cada proceso y en cada sede se cuenta con formatos diferentes, no tiene una periodicidad establecida y en ocasiones se utiliza como stock de medicamentos, siendo su uso estrictamente para Código Azul (Sistema coordinado de respuesta del equipo de salud frente a los episodios que requieren reanimación básica)</p>	<p>De acuerdo con la Guía de Gestión de Carro de paro HO-G-0001 se estableció el Control Diario del carro de paro que permite dejar evidencia del estado del mismo y de la prueba diaria del desfibrilador.</p> <p>Se prohibió el uso del Carro de paro como stock de medicamentos, ya que solo se debe utilizar en caso de código azul, se dejó un acta de compromiso firmada por el personal de enfermería y éste permanece sellado hasta la ocurrencia de un evento. (Ver Imagen 11)</p> <p>Se creó el Registro de aperturas de carro de paro por Código azul HO-FO-0043.</p> <p>Se actualizó y se estableció el Stock del carro de paro HO-FO-0014 (ANEXO 35 “Stock Carro de Paro), para todas las sedes y se unificó la forma de realizar el control del mismo a nivel nacional con el formato HO-FO-0015.</p>
<p>No había consentimientos informados para los procedimientos que se realizan en la institución.</p>	<p>En base a la normatividad legal con referencia al consentimiento informado, se unificaron a nivel nacional y se crearon algunos de acuerdo al procedimiento o tratamiento a aplicar al paciente. Existe ahora consentimiento informado para quimioterapia, para hospitalización, procedimientos, acompañantes permanentes, y procedimientos no cáncer.</p>

<p>El archivo de historias clínicas se encuentra desorganizado por lo cual es difícil su ubicación.</p> <p>Están mezcladas las historias clínicas de los pacientes vivos y fallecidos lo cual congestiona y dificulta la organización de las mismas. (Archivo activo e inactivo)</p> <p>Las historias están organizadas en orden cronológico pero la separación de los documentos no está estandarizada, por tanto es dispendioso para los médicos encontrar algún documento específico dentro de una historia clínica.</p> <p>No hay control interno del manejo de las historias clínicas. Por lo cual es difícil ubicar en que proceso se está utilizando.</p>	<p>Se creó el Procedimiento de Custodia y Préstamo de Historias clínicas CE-PR-0003 el cual establece la metodología para la organización de las mismas en paquetes por colores. Cada color indica el tipo de documento y estos se organizan cronológicamente.(Ver imagen 15)</p> <p>Se organizó un trabajo especial que se prolongó por 3 meses para organizar el archivo de historias clínicas. Se separó el archivo activo del inactivo y se reorganizaron dando cumplimiento a las generalidades del archivo general de la nación. (Ley general de archivo). Las historias inactivas se ubicaron en una bodega especial.</p> <p>Se creó el formato “Control préstamo de Historias Clínicas” CE-FO-0020 que permite al área de archivo vigilar las que han sido solicitadas por el área de Quimioterapia, Consulta Externa, Servicio Farmacéutico y Hospitalización. (ANEXO 36)</p>
--	--

Fuente: Autores

Imagen 10. Identificación de camas y de pacientes de Quimioterapia



Fuente: Autores

Imagen 11. Carro de paro sellado



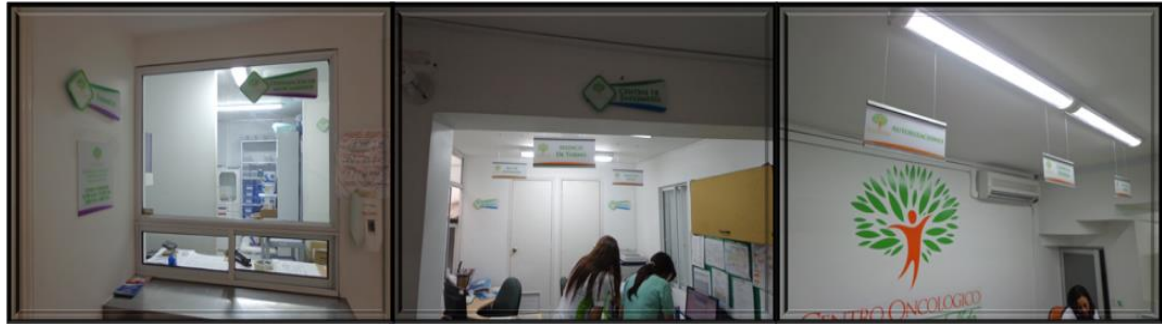
Fuente: Autores

Imagen 12. Timbres instalados en los baños de los servicios



Fuente: Autores

Imagen 13. Señalizaciones de Áreas



Fuente: Autores

Imagen 14. Identificación de medicamentos de alto riesgo



Fuente: Autores

Imagen 15. Separadores de Historia Clínica



Fuente: Autores

Imagen 16. Antes y después de la Hoja de gastos e insumos

USO		DESCRIPCIÓN	CANT.	USO		DESCRIPCIÓN	CANT.
		AGUJA HIPODERMICA No				MANITOL	
		AGUJA No 18				NUTRIFLO	
		BICARBONATO DE CALCIO				OXIHOD	
		BICARBONATO DE SODIO				PLEUVAC	
		BOLSAS DE COLOSTOMA				SODIO CLORURO X 100 CC	
		BRANULA				SODIO CLORURO X 1000 CC	

USO		DESCRIPCIÓN	CANT.	USO		DESCRIPCIÓN	CANT.
		AGUJA HIPODERMICA No				MANITOL	
		AGUJA No 18				NUTRIFLO	
		BICARBONATO DE CALCIO				OXIHOD	
		BICARBONATO DE SODIO				PLEUVAC	
		BOLSAS DE COLOSTOMA				SODIO CLORURO X 100 CC	
		BRANULA No.				SODIO CLORURO X 1000 CC	
		BURETROL					
		CANULA NASAL ADULTO					
		CANULA NASAL PEDIATRICA					
		CISTOFLO					

Fuente: Autores

8.10. DIAGNÓSTICO FINAL DEL SGC

Una vez finalizado el proceso de implementación se reevaluó el Sistema con respecto a cada punto de la norma, revisando cada enunciado y su cumplimiento en las 3 sedes. El diagnóstico se puede observar en el ANEXO 37, y los resultados obtenidos se muestran a continuación:

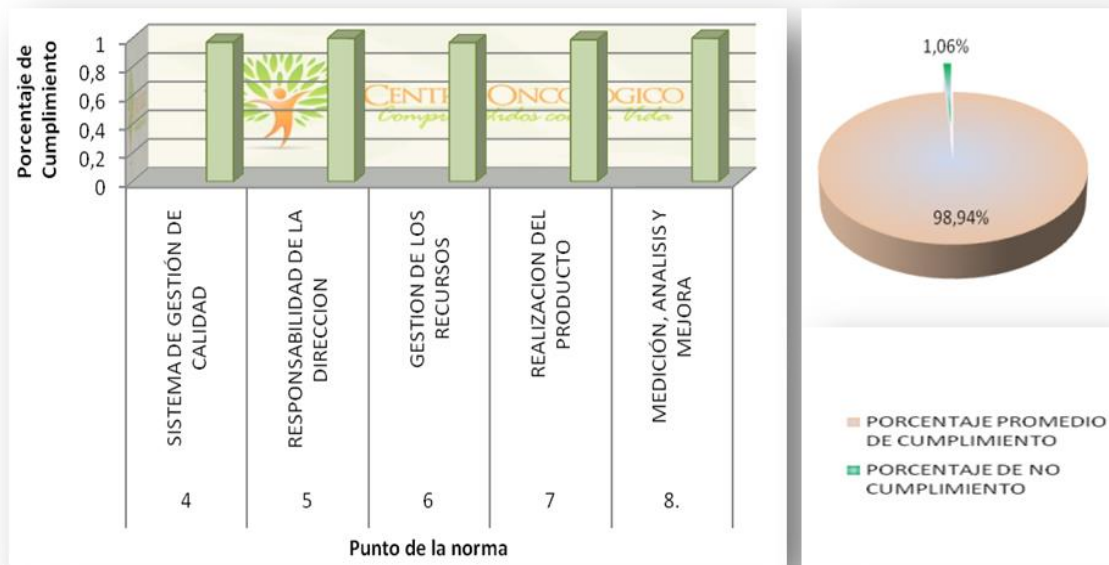
Tabla 30. Resultados del Diagnóstico Final del SGC

RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO				
No. ISO	Requisito de la Norma	Puntaje	Puntaje Máximo	% de cumplimiento
4	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD			97,12%
4.1	Requisitos Generales	31	32	96,88%
4.2	Requisitos de la documentación	74	76	97,37%
5	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION			100,00%
5.1	Compromiso de la dirección	20	20	100,00%
5.2	Enfoque al cliente	8	8	100,00%
5.3	Política de calidad	20	20	100,00%
5.4	Planificación	20	20	100,00%
5.5.	Responsabilidad, autoridad y comunicación	28	28	100,00%
5.6.	Revisión por la dirección	52	52	100,00%
6	GESTION DE LOS RECURSOS			96,88%
6.1	Provisión de los recursos	8	8	100,00%
6.2	Recursos Humanos	23	24	95,83%
6.3	Infraestructura	11	12	91,67%
6.4	Ambiente de trabajo	4	4	100,00%
7	REALIZACION DEL PRODUCTO			99,00%
7.1	Planificación de la realización del servicio	16	16	100,00%
7.2	Procesos relacionados con el cliente	56	56	100,00%
7.3	Diseño y desarrollo	N/A		
7.4	Compras	48	48	100,00%
7.5	Producción y prestación del servicio	68	68	100,00%
7.6	Control de los equipos de seguimiento y medición	38	40	95,00%
8.	MEDICIÓN, ANALISIS Y MEJORA			100,00%
8.1	Generalidades	8	8	100,00%
8.2	Seguimiento y medición	84	84	100,00%
8.3	Control del servicio no conforme	20	20	100,00%
8.4	Análisis de datos	12	12	100,00%
8.5	Mejora	24	24	100,00%
PORCENTAJE PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO				98,94%

Fuente: Autores

Gráficamente se puede observar el gran avance obtenido en los procesos del Centro Oncológico, lo que llevó a tomar la decisión de enfrentar la auditoría de otorgamiento:

Figura 33. Resultados del diagnóstico final al SGC



Fuente: Autores

Se tiene un porcentaje de cumplimiento del 98.94% y el restante 1,06% se debe a:

- Del literal c del punto 4.2.3 y 4.2.4 de la norma NTC ISO 9001:2008: no se asegura completamente la legibilidad de los documentos, aún se encuentran documentos con enmendaduras, pero se ha avanzado mucho en la concientización del personal.
- Del punto 6.3 infraestructura de la norma: se considera que se tiene la infraestructura apropiada, sin embargo se está en proceso de mejoramiento con el fin de asegurar el cumplimiento de los requisitos del servicio.
- Con respecto al punto 6.2 Recursos Humanos: Algunos funcionarios aún se encuentran en procesos de formación buscando acoplar sus competencias a los perfiles de cargo.
- Del numeral 7.6 Control de equipos de seguimiento y medición: Algunos equipos de medición aún están sujetos a cierta variabilidad, en cuanto a la protección de su deterioro por manipulación o almacenamiento.

8.11. CUMPLIMIENTO DE LOS PUNTOS DE LA NORMA ISO 9001:2008

Se realizó una revisión de cada punto de la norma NTC ISO 9001:2008 y se confrontó con los documentos del SGC para corroborar el cumplimiento de cada punto de la norma desde el punto de vista documental:

Tabla 31. Cumplimiento de los puntos de la Norma NTC ISO 9001:2008

Requisito	Documento Correspondiente	Código Doc.	Proceso
4.1 Requisitos Generales.	Mapa de procesos	DI-FO-0002	Dirección Institucional
	Caracterizaciones	AC-CR-0001	Todos los procesos.
4.2.2 Manual de Calidad.	Manual de Calidad	GC-MA-0001	Gestión de calidad
4.2.3 Control de los documentos.	Procedimiento Control de documentos y registros	GC-PR-0001	Gestión de calidad
4.2.4 control de Registros.	Guía elaboración de documentos	GC-G-0002	
5.1 Compromiso de la Dirección	Manual de Calidad, Revisiones por la dirección.	GC-MA-0001	Gestión de calidad
5.2 Enfoque al Cliente	Caracterización atención al cliente	AC-CR-0001	Atención al Cliente
	Procedimiento Atención al cliente	AC-PR-0001	
	Formato Encuesta de satisfacción	AC-FO-0004	
	Formato Encuesta satisfacción EPS-S	AC-FO-0006	
	Guía Call Center	AC-G-0001	Consulta externa
5.3 Política de calidad	Manual de Calidad	GC-MA-0001	Gestión de calidad
5.4.1 Objetivos calidad			
5.4.2 Planificación del SGC	Procedimiento Planificación del SGC	GC-PR-0002	Gestión de calidad
5.5 Responsabilidad, Autoridad y Comunicación	Manual de Calidad	GC-MA-0001	Gestión de calidad
	Formato Organigrama	DI-FO-0001	Dirección Institucional
5.5.1 Responsabilidad y Autoridad	Formato Descripción de cargos (Definición de autoridad de cada cargo al que aplique)	TH-FO-0001	Talento Humano
5.6.1 Revisión por la Dirección.	Formato Acta revisión por la Dirección	GC-FO-0008	Gestión de calidad
6.2 Recurso Humano 6.2.1 Generalidades 6.2.2 Competencia formación y toma de conciencia.	Caracterización Talento Humano	TH-CR-0001	Talento Humano
	Procedimiento Talento Humano	TH-PR-0001	
	Instructivo de Formación de Talento Humano	TH-IN-0001	
	Formato Evaluación de desempeño	TH-FO-0003	
	Formato Descripción de Cargos	TH-FO-0001	
	Formato Evaluación de la Eficacia de las Capacitaciones-entrenamiento	TH-FO-0005	

6.3 Infraestructura	Caracterización Infraestructura y Mantenimiento	IN-CR-0001	Infraestructura y Mantenimiento
	Procedimiento de Mantenimiento	IM-PR-0002	
	Formato Hoja de vida de Equipos	IM-FO-0007	
	Formato Inventario de Equipos	IM-FO-0009	
	Procedimiento Control de los activos	IM-PR-0001	
	Formato Reporte de Mantenimiento de Equipos	IM-FO-0001	
	Formato Cronograma Infraestructura	IM-FO-0011	
	Gestión de mantenimiento Correctivo	IM-FO-0004	
	Formato Identificación de equipos stícker.	IM-FO-0008	
	Reporte de daños de infraestructura	IM-FO-0012	
	Control de mantenimiento infraestructura	IM-FO-0017	
7.1 Planificación de la prestación del servicio	Caracterización Consulta externa	CE-CR-0001	Consulta Externa
	Procedimiento Consulta Externa	CE-PR-0001	
	Formato Asignación de Citas	CE-FO-0008	
	Caracterización Quimioterapia	QM-CR-0001	Quimioterapia
	Formato Control y certificación de servicios asistenciales	QM-FO-0002	
	Formato Carnet citas Quimioterapia	QM-FO-0004	Hospitalización
	Caracterización Hospitalización	HO-CR-0001	
	Guía entrega y recibo de turno	HO-G-0009	
	Kardex del paciente	HO-FO-0002	
	Formato administración de medicamentos	HO-FO-0004	Servicio Farmacéutico
	Caracterización Servicio Farmacéutico	SF-CR-0001	
	Formato Solicitud de preparaciones	SF-FO-0033	
	Formato Requerimiento de medicamentos y dispositivos médicos a farmacia	SF-FO-0044	QM, HO, SF.
	Instructivos, Guías, Manuales y Protocolos	N.A	
7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio. 7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el Servicio	Listados maestros de documentos externos	GC-FO-0015	Todos los procesos.
	Caracterización Dirección Institucional	DI-CR-0001	Dirección Institucional
7.2.3 Comunicación con el Cliente	Procedimiento realización de convenios	DI-PR-0001	
	Caracterización Atención al Cliente	AC-CR-0001	Atención al Cliente
	Acta constitución Asociación de Usuarios	N.A	
	Registro de asistencia reunión SIAU	AC-FO-0001	
	Formato Buzón de Sugerencias	AC-FO-0001	
	Encuestas de satisfacción	AC-FO-0004	
	Encuestas de satisfacción EPS-S	AC-FO-0006	Consulta Externa
	Formato asignación de citas	CE-FO-0008	
	Carnet de citas	QM-FO-0004	Quimioterapia
Formatos informativos	N.A	QM, HO	
Consentimientos Informados	N.A	HO, QM, CE	

7.3 Diseño y desarrollo	EXCLUSIÓN			
7.4.1 Proceso de Compras	Caracterización Compras	CP-CR-0001	Compras	
	Formato Evaluación y Reevaluación de proveedores de productos críticos	CP-FO-0005		
	Guía selección, Evaluación y Reevaluación de proveedores	CP-G-0001		
	Formato Evaluación y Reevaluación de proveedores servicios críticos	CP-FO-0006		
	Formato Inscripción de proveedores	CP-FO-0014		
	7.4.2 Información de las compras 7.4.3 Verificación de los productos comprados	Acta de inspección y recepción de medicamentos	SF-FO-0010	Servicio Farmacéutico
Formatos verificación de equipos y verificación de Básculas		IM-FO-0006 Y 0014	Infraestructura y Mantenimiento	
Procedimiento de Compras		CP-PR-0002	Compras	
Órdenes de compra y requerimientos		N.A		
Requerimiento productos multiplicadores		CP-FO-0002		
Formato Selección de proveedores		CP-FO-0004		
Verificación de producto o servicios	CP-FO-0007	Gestión de calidad		
Auditorías a proveedores	N.A			
7.5 Producción y prestación del servicio. 7.5.1 Control de la prestación del servicio.	Guías y protocolos de enfermería, procedimiento de mantenimiento y Metrología, Indicadores de oportunidad de los procesos de Consulta externa, Quimioterapia y servicio Farmacéutico.	N.A	Quimioterapia, Hospitalización, Consulta Externa, Infraestructura y Mantenimiento, S. Farmacéutico.	
7.5.2 Validación de los procesos de la prestación del servicio	Auditorías Internas, Auditoria Medicas, formatos de auditoría.	N.A	Gestión de Calidad	
7.5.3 Identificación y Trazabilidad	Formato Identificación medicamentos de almacenamiento	SF-FO-0017	Servicio Farmacéutico	
	Formato Entrega de Preparaciones	SF-FO-0031		
	Formato Control de calidad a las preparaciones de la central de mezclas	SF-FO-0041		
	Formato Recepción de mezclas	SF-FO-0057		
	Control préstamo Historias Clínicas	CE-FO-0020	Consulta Externa	
	Formato Control y certificación de servicios asistenciales	QM-FO-0002	Quimioterapia	
	Control Administración de medicamentos	QM-FO-0013		
	Administración de Medicamentos	HO-FO-0004	Hospitalización	
	Formato Kardex del paciente	HO-FO-0004		
	Control de pacientes Hospitalizados	HO-FO-0036		
	7.5.4 Propiedad del cliente	Formatos de Orden de Compra y requerimientos	N.A.	Compras
		Formato Identificación Sticker Equipos	IM-FO-0008	Infraestructura y Mantenimiento
Formato Inventario de Equipos		IM-FO-0009		
Procedimiento custodia y préstamo de Historias Clínicas		CE-PR-0003	Consulta Externa	
Historias Clínicas	N.A			

7.5.5 Preservación del producto	Inspección y recepción de medicamentos	SF-FO-0010	
	Recepción de medicamentos	SF-FO-0024	
	Formato control de calidad a las preparaciones de la central de mezclas	SF-FO-0041	
	Recepción de mezclas	SF-FO-0057	
7.6 Control de los Equipos de Seguimiento y medición	Procedimiento Control de Activos	IM-PR-0001	Infraestructura y Mantenimiento
	Procedimiento Mantenimiento	IM-PR-0002	
	Procedimiento de Metrología	IM-PR-0003	
	Hoja De Vida de los Equipos	IM-FO-0007	
	Formato Programación y control de mantenimiento, calibración y calificación.	IM-FO-0003	
8 Medición Análisis y mejora	Caracterizaciones de cada uno de los procesos	N.A	Todos los procesos
8.1 Generalidades	Tablero de Indicadores		
8.2 Seguimiento y Medición	Formatos de encuestas de satisfacción.	N.A	Atención al cliente
	8.2.1 Satisfacción del cliente	Formatos de PQRS	
Procedimiento Atención al cliente		AC-PR-0001	
Indicadores Atención al Cliente		N.A	
8.2.2 Auditoría Interna	Procedimiento de auditorias	GC-PR-0006	Gestión de Calidad
	Programación de Auditorias	GC-FO-0011	
	Plan de Auditorias	GC-FO-0009	
	Informes de Auditorias	GC-FO-0005	
	Listas de verificación auditoría médica	N.A	
	Evaluación de calidad de historias clínicas	GC-FO-0021	
	Lista de verificación a proveedores	GC-FO-0022	
	Lista de Verificación servicio de lavandería	GC-FO-0023	
	Evaluación de adherencia a guías	GC-FO-0025	
Lista de verificación cumplimiento de guías y actividades de enfermería	GC-FO-0026		
8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos	Seguimiento al plan de Acción	GC-FO-0024	Gestión de Calidad
	Tablero de Indicadores	N.A	
	Formatos de eventos adversos	N.A	
8.3 Control del producto No Conforme	Proced. Control de Producto No Conforme	GC-PR-0003	Gestión de Calidad
	Formato Producto No Conforme	GC-PR-0010	
	Formatos de eventos adversos	N.A	
	Manual de seguimiento a riesgos	GC-MA-0002	
8.4 Análisis de Datos	Satisfacción del cliente y Análisis de Indicadores y revisiones por la dirección.	N.A	Gestión De Calidad
8.5.1 Mejora Continua 8.5.2 Acción Correctiva 8.5.3 Acción Preventiva	Formato Acciones de Mejora	GC-FO-0018	Gestión de Calidad
	PR. De Acciones Correctivas Y preventivas	GC-PR-0005	
	Acciones Correctivas y preventivas	GC-FO-0001	
	Auditorías, Indicadores, Revisión por la dirección.	N.A	

Fuente: Autores

Cabe resaltar que la tabla sólo resume algunos documentos que dan cumplimiento a los numerales de la norma.

9. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Concluidas las etapas de planificación, documentación, y simultáneamente con la implementación del Sistema de Gestión de Calidad es necesario evaluar el avance del sistema con respecto a los requisitos establecidos en la Norma NTC ISO 9001:2008 y así realizar los ajustes que fueran necesarios previo a la auditoría de otorgamiento por parte de ICONTEC.

En reunión con el Gerente Nacional y la Directora Nacional Administrativa y Financiera se definió realizar las auditorías en las siguientes fechas:

- Primera Auditoría: Mes de Noviembre de 2012
- Segunda Auditoría: Mes de enero de 2013
- Auditoría de Otorgamiento: Mes de Febrero de 2013

9.1. PRIMERA AUDITORÍA INTERNA

De acuerdo al avance en la implementación, y con el fin de obtener una visión global del estado del sistema se decidió realizar la primera auditoría de la siguiente manera (ANEXO 38 “Plan de la primera auditoría):

- 19 a 23 de Noviembre: Todos los procesos, Sede Bucaramanga.
- Lunes 26 de Noviembre: Sede Tunja, Procesos Misionales.
- Martes 27 de Noviembre: Sede Bogotá, Procesos Misionales.

Como se puede observar en el Plan de auditoría, en cada sede se realizó una reunión de apertura con el fin de explicar la metodología, el propósito de la misma y resolver dudas. Se alentó a los funcionarios a afrontar las auditorías evitando el nerviosismo ya que esta sería su preparación para la auditoría final de otorgamiento. Debido a que el grueso de los procesos de apoyo se maneja en la sede principal, se profundizó solo en los procesos misionales en las sedes de Bogotá y Tunja. La metodología básicamente cumple lo especificado en el Procedimiento de auditorías establecido GC-PR-0006. (ANEXO 39).

Esta primera auditoría pretendía identificar todas las posibles no conformidades y así implementar las acciones correctivas necesarias para afrontar la segunda auditoría con un Sistema de Gestión de Calidad más maduro y preparado para obtener la certificación de Calidad ISO 9001:2008. Por orden expresa de gerencia se ejecutó la auditoría con alta rigurosidad.

9.1.1. Resultados

Como resultado de esta auditoría interna se encontraron 37 No Conformidades, 16 observaciones y 19 aspectos por mejorar en los procesos auditados, éstas fueron reveladas en las reuniones de cierre de cada sede y se reflejaron en el informe de auditoría (ANEXO 40). A pesar del alto número de No conformidades, era de esperarse debido a la complejidad de los procesos, al poco tiempo de madurez del sistema y a la rigurosidad aplicada en la auditoría, por lo tanto se animó al personal a seguir comprometidos y se les felicitó por el avance logrado hasta el momento. Las no conformidades encontradas se describen en la tabla siguiente:

Tabla 32. No Conformidades Primera Auditoria Interna

P R	NUMERO Y NO CONFORMIDAD	No Cumplimiento	SEDE
H O	1. No se evidencia los mecanismos de identificación de paciente con al menos 2 identificadores (nombre completo y número de identificación) que asegure una atención controlada.	7.5.3. Identificación y trazabilidad.	BUC.
	2. No se evidencia el protocolo de aseo y desinfección para disminuir el riesgo de infección el cuarto de aislamiento en el servicio de hospitalización.	7.1. Planificación de realización del producto.	
C E	3. No se evidencia estándar formalmente establecido de oportunidad en asignación de citas y los respectivos mecanismos de seguimiento y medición.	8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos.	Las 3 sedes
	4. Se evidenciaron varias versiones de la declaración de derechos y deberes el paciente y familia.	4.2.3. Control de documentos.	Las 3 sedes
	5. Se entrevistó al Dr. Molina de consulta externa quien menciona el desarrollo de varias actividades de capacitación en temas del SGC a las cuales no pudo asistir.; se debe asegurar la comprensión en todo el personal del SGC.	5.5.3. Comunicación Interna	BUC.
Q M	6. No se evidencia la implementación de la valoración de riesgo de caídas y de las respectivas barreras de protección de acuerdo a la guía de prevención de caídas definido.	7.2.1. Determinación de los requisitos relacionados con el producto.	BUC Y BOG.

	7. La puerta del baño de Quimioterapia no cumple con los requisitos de habilitación que permita el fácil acceso al baño en caso de ocurrencia de un evento adverso al paciente.	6.3. Infraestructura	
	8. Al revisar dos (2) historias clínicas no se evidencia el correcto diligenciamiento de los dos (2) consentimientos informados al no tener la firma del médico tratante.	7.1. Planificación de la realización del Servicio	BUC
	9. Según el stock de carro de paro deberían haber 10 ampollas de adrenalina y en físico se hallaron 21 ampolletas. La periodicidad de control del carro de paro es de 15 días, no se encontró las revisiones de acuerdo a esta periodicidad.	Incumple Guía de Gestión de carro de paro	
	10. Se evidencia consentimiento informado sin ciudad, fecha y firma del médico solamente con sello y la paciente Ana Elvia Gaona de Nieto.	Incumple manejo consentimientos informados	BOG
	11. No se evidencian los controles periódicos definidos para el carro de paro de Quimioterapia, hallándose agua estéril 500ml con fecha de vencimiento nov/12, 3 ampolletas de dopamina 5ml con fecha de vencimiento diciembre de 2012; nitroprusiato de sodio vencido con fecha de agosto de 2012-10-23.	7.5.1. Control de Producción y prestación del servicio.	
	12. No se evidencia que este incluido en el programa de capacitación institucional la identificación de los cargos y periodicidad de renovación de curso de reanimación básico y avanzado incumpliendo lo establecido en el anexo técnico 1 Resolución 1043 de 2006, punto 1.54.	6.2.2. Competencia, capacitación y concientización.	
	13. En la sede Tunja, se encontró 4 ampolletas de amiodarona con fecha de vencimiento 10/2012 en contra de guía de gestión de carro de paro. No se evidencia el control quincenal de carro de paro frente a seguimiento de fechas de vencimiento.	7.5.1. Control de Producción y prestación del servicio.	TUN
S F	14. No se evidencia criterios estandarizados de manejo de devoluciones de medicamentos y el manejo adecuado que debe dársele a estos para su eliminación.	7.5.5. Preservación del producto.	BOG
	15. No se evidencia los reportes de eventos relacionados con farmacovigilancia y tecnovigilancia a los entes competentes de acuerdo a la legislación colombiana vigente, ni la realización formal y sistemática del comité de farmacovigilancia y tecnovigilancia.	Programa de seguridad del paciente y legislación vigente.	
	16. El formato SF-FO-0016 para el manejo de devoluciones de medicamentos y/o dispositivos médicos debe ser estandarizado y replicado a todas las sedes.	5.5.3 Comunicación interna	TUN
	17. Los indicadores destrucción de medicamentos, mezclas rechazadas y errores de medicación del proceso farmacéutico con datos diligenciados hasta Diciembre de 2012.	8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos.	
	18. No se evidencia la implementación del manejo establecido para el desarrollo de acciones correctivas, preventivas y/o de mejora a las acciones tomadas en el control de inventarios, almacenamiento de soluciones, centralización de la preparación de mezclas en Bucaramanga entre otras.	Pr. De Acciones Correctivas y Preventivas, y el requisito 8.5.2 y 8.5.3	
I M	19. En el carro de paro de hospitalización, desfibrilador con batería defectuosa y sin carga, lo que representa un grave riesgo en caso de presentarse un código azul en paciente.	6.3. Infraestructura	BUC
	20. No se evidencia el manual de uso en español del desfibrilador HP M1722B que facilite el uso y mantenimiento por parte del personal.	6.3. Infraestructura	

	21. No se evidencia la inclusión en el plan de mantenimiento del Tanque del Agua como sistema alternativo de fuente de agua en caso de cese de suministro habitual.	6.3. Infraestructura	
	22. No se evidencia los criterios de recepción y desarrollo de pruebas de seguridad para la recepción de equipo biomédico.	6.3. Infraestructura	
	23. No se evidencia un programa periódico de revisión y retrenamiento del personal sobre el uso adecuado de los equipos biomédicos que mantenga la competencia en el tiempo.	6.2.2 Competencia, capacitación y concientización.	
	24. No se evidencia los criterios de limpieza y desinfección de equipos que serán enviados mantenimiento.	6.3. Infraestructura	
	25. Se evidenció el uso de un termómetro digital para el control de temperatura de llegada de mezclas enviadas de B/manga sin fecha o certificado de calibración. Igualmente el termo higrómetro corb.039 sin fecha de calibración.	7.6. Control de los equipos de seguimiento y de medición	TUN
A C	26. En el listado maestro de documentos externos el decreto 2174 de 1996, siendo este decreto derogado totalmente.	4.2.3. Control de Documentos.	BUC
	27. Carpeta de información al usuario con folletos de capacitación del Magdalena Medio desactualizados.	4.2.3. Control de Documentos.	
	28. No se evidencia la respuesta a la queja establecida por la Sra. Cecilia González, a la cual se le estableció 15 días para respuesta.	7.2.3. Comunicación con el cliente	
G C	29. No se evidenció en los procesos del SGC acciones correctivas y preventivas, incumpliendo lineamientos establecidos en el Procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas.	8.5.2 y 8.5.3 Acciones correctivas y Preventivas	Las 3 sedes
	30. Uso del formato obsoleto GAF-F0-003 Orden de Compra Productos Estratégicos, según el Listado Maestro de Documentos tiene el código CP-FO-0013yen versión2.	4.2.3. Control de Documentos	
	31. Uso de formatos internos o externos que aún no han sido formalizados de acuerdo a los procedimientos de control y elaboración de documentos y registros. Evidencia formato RAT. (Notificación de reacciones adversas a la transfusión)	4.2.3. Control de Documentos	
	32. Inconsistencias en el control del "Manual de Cuidado Paliativo"; no se encontró este documento publicado en el sistema de información documental establecido para este fin.	4.2.3. Control de Documentos	
	33. No se evidenció el Listado Maestro de Registros para el Proceso de Compras, adicionalmente se encontró que no están incluidos todos los registros. Evidencias: • En financiera: Informes de cartera e informe de proveedores. • Gestión de Calidad: Programa de Auditoría, Plan de Auditoría, Lista de Verificación, listados maestros, entre otros. • Farmacia: Se evidenció la implementación de Registro no incluido en el SGC con pacientes programados del día.	4.2.4. Control de registros	
34. No se tienen establecidas las competencias del Auditor Interno para el SGC.	6.2. Recurso Humano		
T H	35. No se evidenció la experiencia, formación y habilidades para el cargo Director Nacional de Calidad y Gerente Nacional, incumpliendo la "Descripción de Cargos".	6.2 Recurso Humano	BUC
	36. Se evidenció que no se define el objetivo de las capacitaciones y/o entrenamientos (formación), ni se cuenta con un método efectivo que evalúe la eficacia de la misma	6.2.2. Competencia, formación y toma	

	(metodología, frecuencia, evidencia).	de conciencia	
C P	37. No se evidenció el CP-FO-0001 Requerimientos Productos Estratégicos versión 2 del 05/09/12 correspondiente al pedido realizado a Baxter S.A. según GAF-FO-003 Orden de Compra Productos Estratégicos No.7840 del 10/09/12.	Incumple lineamientos del proceso de compras.	BUC
En los demás procesos no se encontraron no conformidades			
Convenciones: PR: Proceso; BUC: Sede Bucaramanga; BOG: Sede Bogotá, TUN: Sede Tunja ;CP: Compras; IM: Infraestructura y Mantenimiento; TH: Talento Humano; GC: Gestión de Calidad; AC: Atención al Cliente; SF: Servicio Farmacéutico; HO: Hospitalización; QM: Quimioterapia; CE: Consulta Externa			

Fuente: Informe de Primera Auditoría de Calidad Centro Oncológico

9.1.2. Plan de Mejora

Para realizar tratamiento a las no conformidades se agruparon de acuerdo a las causas y al numeral de la norma NTC ISO 9001:2008 incumplido.

Tabla 33. Tratamiento a las No conformidades de la Primera Auditoría

No. NC.	Posible Causa	Tratamiento	No. AC.
11	<ul style="list-style-type: none"> - Descuido o desconocimiento por falta de capacitación. - Falta de incluir los diluyentes en el formato de control de carro de paro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión correctiva de todos los carros de paro. - Capacitación en la guía de gestión de carro de paro. - Incluir los diluyentes en el control. - Capacitar al personal asistencial en el manejo de la carpeta de carro de paro. 	001
13	<ul style="list-style-type: none"> - Descuido por parte del personal de Tunja. - Las responsabilidades sobre el carro de paro no estaban claras. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión completa de los medicamentos y dispositivos del carro de paro. - Divulgación y capacitación de la documentación del carro de paro. 	002
12	<ul style="list-style-type: none"> - Desconocimiento de la normatividad - El curso de Reanimación no está exigido en los perfiles de cargos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Programar y gestionar el curso de Reanimación Cardio pulmonar básico y avanzado dependiendo del cargo. - Actualizar los perfiles de cargos incluyendo como requisito el curso de reanimación. 	003
19 20	<ul style="list-style-type: none"> - Desconocimiento y descuido por parte del personal. - No se evaluó si el personal sabía utilizar correctamente el desfibrilador ya que no había metodología para evaluar la eficacia de las capacitaciones. - No se tenía un proveedor disponible en la sede Tunja. - No se piden manuales en español a los proveedores de equipos biomédicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir batería para reemplazarla en el equipo. - Comprobar el funcionamiento del desfibrilador en todas las sedes. - Conseguir manual en español para todos los desfibriladores. - Realizar capacitación en Tunja sobre el uso del desfibrilador. - Realizar evaluación a la eficacia de las capacitaciones realizadas. 	004

7	<ul style="list-style-type: none"> - Desconocimiento de los requisitos de habilitación. - Inmueble en arriendo en Bogotá, por tanto dificulta las adecuaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar cambio en las puertas en B/manga. - Revisar y ajustar las puertas en los demás servicios. 	005
9	<ul style="list-style-type: none"> - Descuido del personal de enfermería en el cumplimiento de la guía del carro de paro y en el control del stock. - No se sacaron los medicamentos sobrantes del stock éste se estableció la semana anterior a la auditoría. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar y ajustar las cantidades de acuerdo al stock establecido. - Revisar y socializar la guía de gestión de carro de paro y exigir las revisiones periódicas establecidas por proceso. 	006
8 10	<ul style="list-style-type: none"> - Descuido y falta de voluntad por parte del personal médico. - El personal de enfermería no ejerce el filtro para evitar consentimientos mal diligenciados. - No existe ningún documento que especifique los criterios de llenado de los consentimientos informados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar al personal médico una carpeta en el escritorio con los documentos que más utilizan. - Actualizar el procedimiento de consulta externa aclarando los criterios en que se requiera la firma de testigos. - Capacitar a enfermería para realizar filtro y devolver los consentimientos incompletos antes de los tratamientos. - Capacitar y concientizar a los médicos sobre el correcto diligenciamiento. - Realizar revisión periódica en los procesos asistenciales. 	007
28	<ul style="list-style-type: none"> - Descuido el personal encargado de la atención al cliente para dar respuesta a la queja. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar la corrección respondiendo a la queja y hacer una revisión general del tratamiento a las quejas en las 3 sedes. 	008
6	<ul style="list-style-type: none"> - El personal de enfermería no aplicó los criterios establecidos en la guía y el formato respectivo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar socialización de la guía, y capacitación sobre el uso del formato de evaluación de Escala Morse HO-FO-0012 	009
4 27 30 35	<ul style="list-style-type: none"> - Descuido por parte del personal al momento de mostrar la documentación en la auditoría. - Desconocimiento de la ubicación de los documentos en la carpeta compartida. - Olvido a la hora de actualizar la codificación de los documentos. - Capacitación insuficiente del manejo de la documentación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hacer correcciones a la documentación desactualizada y hacer revisión a las codificaciones, versiones y demás aspectos en todos los procesos. - Realizar capacitaciones sobre la ubicación de la documentación en las carpetas en todas las sedes. 	010
26 31 32	<ul style="list-style-type: none"> - Desconocimiento de la necesidad de incluir el formato externo RAT del instituto nacional de salud en el listado maestro de documentos externos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar la corrección y hacer una revisión de los documentos externos utilizados en los procesos. 	011
4 5 14 16	<ul style="list-style-type: none"> - En ocasiones los funcionarios no le dan importancia a la documentación de su proceso. - Difícil coordinación de horarios para que las capacitaciones involucren a todo el personal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar capacitaciones a los médicos especialistas. - Actualizar y divulgar la declaración de deberes y derechos. - Divulgar el manejo de devoluciones en todas las sedes. - Capacitaciones del SGC en las sedes. 	012
33	<ul style="list-style-type: none"> - En los listados de registros solo se incluían los formatos llenos, se desconocía que se debían incluir otros registros manejados en los procesos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar todos los documentos de los procesos y actualizar los listados maestros. 	013

18 29	- No hay claridad con respecto a la metodología para aplicar acciones correctivas, preventivas y de mejora.	- Divulgar en las sedes el procedimiento de acciones correctivas y preventivas.	014
3 17	- Aun no existía claridad sobre que indicadores medir.	- Se revisó con los líderes de proceso los indicadores que se podrían medir. - Se creó el tablero de indicadores para consolidar la medición de los procesos.	015
1	- No se tenían definidos los mecanismos de identificación para medicamentos.	- Se crea documento para la identificación de medicamentos de los pacientes incluyendo los datos inequívocos y se auditó corroborando su diligenciamiento.	016
2	- En el momento de la auditoría no se había realizado la guía de aislamiento como se tenía presupuestado.	- Se crea la guía de aislamiento, y se actualiza el manual de bioseguridad y hacer divulgación de los documentos.	017
21 25	- Descuido al no incluir el tanque en el plan de mantenimiento. - En Tunja no existía cronograma de mantenimiento y calibración de equipos. - Aun no se contaba con un proveedor para realizar la calibración, se estaba en proceso de evaluación del mismo.	- Se incluyen los tanques en el plan de mantenimiento y realizarlo. - Incluir los equipos de Tunja en el inventario, el cual se maneja centralizado en B/manga, e incluirlos en el cronograma de mantenimiento y calibración y realizar la misma.	018
22	- Se realizaba verificación del equipo en la compra y después de mantenimiento pero no quedaba registro.	- Se crea el formato IM-FO-0006 en el cual se incluye la revisión y queda registro de la misma.	019
23	- Como la rotación de personal es baja, se creía que con la primera capacitación era suficiente.	- Gestionar e Incluir los reentrenamientos en el plan de capacitaciones que maneja Talento Humano.	020
24	- No se habían definido los criterios de limpieza y desinfección de equipos debido a desconocimiento.	- Se agregan estos criterios en el Manual de bioseguridad del Centro Oncológico QM-MA-0002.	021
34 35	- Descuido por parte del personal de Talento Humano, ya que no se revisaron los soportes de la hoja de vida de los cargos mencionados. - Descuido al no tener el perfil del auditor.	- Realizar revisión completa de todas las descripciones de cargos y hojas de vida verificando el cumplimiento de los perfiles y la existencia de los soportes requeridos. - Definir el perfil para el auditor de calidad.	022
36	- Desconocimiento acerca de dejar registro del objetivo de las capacitaciones realizadas y de evaluar si eran eficaces.	- En el formato de capacitaciones se incluyó el campo para el objetivo. - Se creó el formato TH-FO-0005 "Eficacia de capacitaciones y/o entrenamientos" - Actualizar y divulgar el instructivo de formación de personal TH-IN-0001.	023
15	- En los comités no se evidenciaba el análisis de farmacovigilancia y tecnovigilancia debido al exceso de actividades operativas en el área de farmacia y la falta de auxiliares de farmacia en Bogotá	- Se contrató un auxiliar de farmacia. - Se incluyó en la agenda del comité los respectivos análisis. - Hacer revisión de las actividades del químico farmacéutico - Socializar las guías de farmacovigilancia y tecnovigilancia.	024
Convenciones: No. NC: Número de No conformidad - No. AC: Número de Acción Correctiva			

Fuente: Autores

9.1.3. Revisión por la Dirección

Dando cumplimiento a la Norma NTC ISO 9001:2008 se realizó la Revisión por la dirección el día 11 de enero de 2013, la cual contó con la participación del Gerente Nacional, la Directora Nacional Administrativa y Financiera, la Directora Técnica Nacional del Servicio Farmacéutico, la Coordinadora Médica, el Director nacional de Calidad, y los Auxiliares de Calidad (Autores del Proyecto). En esta reunión se analizaron, aparte de los resultados de la Primera Auditoría de Calidad, los siguientes aspectos:

- Retroalimentación del cliente. Informe de Satisfacción del cliente (quejas, reclamos y recomendaciones de los clientes)
- Desempeño de los procesos y la conformidad del producto
- Estado de las acciones correctivas y preventivas. Auditorías internas
- Acciones de seguimiento de revisiones previas.
- Cambios que pueden afectar el SGC
- Recomendaciones para la mejora.

El acta de reunión de esta Revisión por la Dirección se puede observar en el ANEXO 41.

9.2. SEGUNDA AUDITORÍA INTERNA

La segunda auditoría se programó de la siguiente manera:

- 28 a 31 de Enero de 2013: Todos los procesos, Sede Bucaramanga.
- 4 y 5 de febrero de 2013: Sede Bogotá, Todos los procesos.
- 6 y 7 de febrero de 2013: Sede Tunja, Todos los procesos.

Se aplicó la misma metodología de la primera auditoría, pero en esta ocasión se evaluaron todos los procesos en las 3 sedes, teniendo en cuenta que Hospitalización, Dirección Institucional y Gestión de Calidad se auditan exclusivamente en la sede principal. El plan completo de la auditoría se puede observar en el ANEXO 42.

9.2.1. Resultados

El resultado de la segunda auditoría se resume en 4 No conformidades, 5 Observaciones y 13 aspectos por mejorar; los cuales se evidencian en el Informe de Auditoría presentado en el ANEXO 43. Los resultados obtenidos reflejaron el avance en el proceso de implementación, por lo cual se recomendó a la alta dirección enfrentar la auditoría de otorgamiento.

El resumen de las no conformidades encontradas en esta auditoría se presenta a continuación:

Tabla 34. No Conformidades Segunda Auditoría Interna

PR	NUMERO Y NO CONFORMIDAD	No Cumplimiento	SEDE
GC	1. En la Revisión por la Dirección realizada el día 11 de enero de 2013, no se evidenció en las salidas de dicha revisión la asignación de recursos para las actividades definidas.	5.6.3 literal c "Resultados de la revisión"	BUC
AC	2. No se evidencia la existencia de medición de la percepción de los clientes institucionales (Solsalud)	8.2.1 "Satisfacción del cliente"	Las 3 sedes
SF	3. En el consultorio 416 de la Sede Bogotá no se evidencia el Uso del formato SF-FO-0005 "Etiqueta Identificación de Soluciones"	7.5.3. Identificación y trazabilidad	BOG
QM	4. En Quimioterapia (Bogotá) se evidenció el diligenciamiento incorrecto del formato QM-FO-0002 "Control y Certificación de servicios asistenciales", ya que contenía las firmas del paciente sin especificar los medicamentos a aplicar. También se evidencia el mal uso del formato CE-FO-0008 "asignación de citas".	Incumplimiento al procedimiento de control de documentos y registros GC-PR-0001	BOG
Convenciones: PR: Proceso; BUC: Sede Bucaramanga; BOG: Sede Bogotá, TUN: Sede Tunja; GC: Gestión de Calidad; AC: Atención al Cliente; SF: Servicio Farmacéutico; QM: Quimioterapia.			

Fuente: Informe de segunda auditoría Centro Oncológico

9.2.2. Plan de mejora

Los hallazgos presentados en esta segunda auditoría, en su mayoría fueron por descuido del personal, por lo cual se procedió a realizar capacitaciones, formando al personal con el fin de preparar la auditoría de otorgamiento, la cual se programó para 2 semanas después.

Tabla 35. Tratamiento a No conformidades de la Segunda Auditoría Interna

No. NC.	Posible Causa	Tratamiento	No. AC.
1	- Descuido al momento de definir los resultados de la revisión por la dirección.	- Definir la asignación de recursos y la disponibilidad de los mismos para las actividades definidas y anexar al acta de Revisión por la Dirección. - Actualizar la caracterización del proceso incluyendo las salidas de la revisión por la dirección.	029
2	- No se había definido una metodología para medir la satisfacción de los clientes institucionales por desconocimiento de la necesidad de incluirlos en la evaluación de la percepción del cliente.	- Se estableció el método para evaluar la satisfacción de los clientes institucionales, se aplicó el método en las 3 sedes.	030
3	- Desconocimiento del personal de Bogotá en cuanto a la existencia y uso del formato. - No se había divulgado su uso en las sedes de Bogotá y Tunja	- Realizar la identificación de soluciones en los consultorios y salas de procedimientos de Bogotá y Tunja. - Realizar la divulgación y verificar su cumplimiento.	031
4	- Descuido por parte del personal asistencial al momento de llenar formatos	- Realizar sensibilizaciones acerca del uso correcto de los formatos y revisar auditorías a las historias corroborando el correcto diligenciamiento de documentos.	032
Convenciones: No. NC: Número de No conformidad - No. AC: Número de Acción Correctiva			

Fuente: Autores

10. AUDITORÍA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DE ICONTEC

Una vez realizada la segunda auditoría interna de calidad, considerando los resultados obtenidos y habiendo corregido los hallazgos encontrados se programó la auditoría de otorgamiento con el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación ICONTEC. El plan de auditoría, el cual se puede observar en el ANEXO 44, se resume de la siguiente manera:

- 18 a 20 de febrero: Sede Principal Bucaramanga.
- 21 de Febrero: Sede Tunja
- 22 de Febrero: Sede Bogotá y Cierre de auditoría.

10.1. RESULTADOS Y CERTIFICACIÓN

El 28 de febrero de 2013 se recibió el informe de la auditoría de otorgamiento, el cual especifica que se encontraron 2 no conformidades menores y ninguna mayor, por tanto recomendaba otorgar la Certificación del Sistema de Gestión de Calidad al Centro Oncológico Ltda.

En su informe final, el ICONTEC destaca diferentes aspectos que apoyan la conformidad y eficacia del Sistema de Gestión tales como la estrategia organizacional, el compromiso de la alta dirección, el cuadro de mando de indicadores, el compromiso del recurso humano, la competencia técnica del personal del Servicio Farmacéutico, la infraestructura, el bajo nivel de quejas de los usuarios, el control para el manejo y seguridad de las historias clínicas, entre otros.

El resumen de las 2 no conformidades menores encontradas en la auditoría de otorgamiento, con sus respectivos análisis de causas y acciones correctivas se presentan a continuación:

Tabla 36. No conformidades, correcciones y acciones correctivas de la Auditoría de Otorgamiento

#	Descripción de la No conformidad	Mayor/ Menor	Req. Norma	Corrección propuesta y fecha de implementación	Análisis de Causas	Acción correctiva propuesta y fecha de implementación	No. AC
1	<p>Los registros establecidos para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del sistema de gestión de la calidad deben controlarse.</p> <p>Evidencia: No se evidencia el correcto uso y diligenciamiento del formato requerimiento de medicamentos y dispositivos médicos a farmacia SF-FO-0044 de la Paciente Alicia Bohórquez de Viviescas. No se registró la fecha de programación, nombre de quien dispensa, nombre de quien recibe ni fecha de entrega</p>	Menor	4.2.4	<p>- Corregir la información del registro encontrado. 27-02-2013</p> <p>- Revisar demás registros para verificar el correcto diligenciamiento. 28-02-2013</p>	<p>- Descuido del personal a la hora de llenar los formatos, dejando espacios en blanco.</p> <p>- No hay claridad en el diligenciamiento completo de los formatos.</p>	<p>- Incluir en el procedimiento CONTROL DE DOCUMENTOS YREGISTROS GC-PR -0001, aspectos relacionados con el diligenciamiento completo de los formatos. Fecha: 2013-02-22</p> <p>- Socializar la Modificación del documento PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS YREGISTROS GC-PR-0001 al personal. Fecha 2013-03-11.</p> <p>- Verificar el plan de acción. Fecha 2013-04-22</p>	034
2	<p>La organización debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas.</p> <p>Evidencia: Se encontró una caja de transporte y almacenamiento de medicamentos que contenía varias unidades de solución salina para aplicación de lavados al sistema de Venoclisis identificada con el nombre de una usuaria.</p> <p>Se encontró en la nevera de cadena de frío que los listados de relación de medicamentos no corresponden con los medicamentos allí almacenados.</p>	Menor	7.5.1	<p>- Retirar los listados encontrados y cambiarlos por los nuevos listados. 25/02/2013</p>	<p>- Descuido del personal de farmacia al reorganizar los medicamentos en nevera y del personal enfermería al almacenar las soluciones</p>	<p>- Revisar el traslado y ubicación de los medicamentos en neveras de farmacia. 08/03/2013</p> <p>- Rotular en neveras los medicamentos de acuerdo a su ubicación. 08/03/2013</p> <p>- Solicitar contenedores exclusivos para uso de soluciones en salas de quimioterapia 08/03/2013</p> <p>- Socializar al personal de enfermería asistencial la importancia de manipular independientemente los contenedores de soluciones con el nombre del paciente y el usar contenedores solo para soluciones. 08/03/2013</p>	035

Fuente: Informe Consolidado Auditoría Otorgamiento ICONTEC

El ICONTEC aceptó las acciones correctivas tomadas y por tanto entregó el 5 de abril de 2013 la certificación que acredita que el Sistema de Gestión de Calidad del Centro Oncológico aprueba los requisitos especificados en la Norma NTC ISO 9001:2008.

El título que expide ICONTEC se presenta en el ANEXO 45, junto con el respectivo certificado que expide “The International Certification Network IQNet” que aprueba el Sistema de Gestión a nivel internacional.

Imagen 17. Fotos entrega de Certificación ISO 9001:2008. Abril 5 / 2013



Fuente: Centro Oncológico Ltda.

Imagen 18. Publicación de la Certificación ISO 9001:2008 en la empresa



Fuente: Centro Oncológico Ltda.

11. CONCLUSIONES

- El desarrollo de un diagnóstico inicial con el pleno conocimiento de la Norma ISO 9001:2008 es el punto de partida necesario para realizar la correcta planificación y desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad, puesto que identifica la situación inicial, las fortalezas y las herramientas con las que se cuentan para lograr los objetivos trazados.
- La documentación de los procesos es esencial para el logro de los objetivos de un Sistema de Gestión de Calidad: la estandarización, el control y evaluación de las actividades realizadas, el mejoramiento continuo, el desarrollo del capital humano y la planificación organizacional.
- La correcta definición, recopilación y análisis de los indicadores de gestión se convierte en una gran herramienta para evaluar, controlar, tomar decisiones administrativas e identificar oportunidades de mejora fundamentales para el crecimiento de la institución.
- El estudio e implementación de los estándares del Sistema de Gestión de Calidad exige a la institución controlar, mejorar la destinación de recursos y a buscar la mejora de las competencias del talento humano y fomenta el cumplimiento de la normatividad legal vigente, lo cual es primordial para las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mercado actual.
- Lograr el compromiso de todos los niveles de la organización es más fácil cuando se les hace partícipes de los proyectos que se emprenden. La comunicación interna, las capacitaciones, socializaciones y el compromiso de los funcionarios son parte fundamental del éxito en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

- Las acciones de seguimiento que se realizan desde la planificación del SGC, tales como auditorías internas de calidad, revisiones por la Dirección, seguimiento y medición de los procesos por medio de indicadores de gestión; junto con las PQRS, auditorías de los entes gubernamentales y de las EPS, permiten realizar correcciones a los procesos e identificar oportunidades que conducen al mejoramiento continuo.
- El establecimiento del Sistema de Gestión llevó consigo la realización de múltiples revisiones internas y evaluaciones de los procesos, por lo cual actualmente la empresa está preparada y afronta más fácilmente las auditorías de entes gubernamentales y clientes institucionales.
- El compromiso, diligencia y participación activa de la alta dirección, que se evidenció en la provisión de los recursos materiales, financieros y humanos fueron esenciales para el logro de la Certificación del Sistema de Gestión de Calidad en base a la norma NTC ISO 9001:2008.
- El Sistema de Gestión de Calidad implementado en el Centro Oncológico es conveniente puesto que ha sido beneficioso para el mejoramiento de los procesos, es adecuado porque se ajusta a las necesidades institucionales y es eficaz ya que se cumplen los objetivos establecidos lo cual se manifiesta en los resultados de los indicadores; todo esto se evidencia en el logro de la Certificación de Calidad en ISO 9001:2008.
- La obtención del Certificado de Calidad es para el Centro Oncológico Ltda., el reconocimiento a la labor desarrollada y a su compromiso con la mejora de la calidad de vida de sus usuarios. Este éxito facilita la búsqueda de la acreditación en salud, su próximo objetivo estratégico, gracias al conocimiento pleno y estandarización de los procesos y al cambio de cultura organizacional evidenciado en la disposición del personal a los nuevos retos que generen el crecimiento de la institución.

12. RECOMENDACIONES

- Lograr la certificación en ISO 9001:2008 no debe confundirse con la implementación de un sistema de posicionamiento de imagen o tomarse como una moda, debe ser una tendencia de mejora continua que involucre a los funcionarios con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios y el cliente institucional. No hay que olvidar que lo importante no es haber conseguido la certificación, es mantenerla.
- Se recomienda continuar con la adecuación de los documentos que sientan la base para el correcto funcionamiento del Sistema de Gestión. La evaluación de desempeño y la encuesta de satisfacción deben ser estudiadas y mejoradas con el fin de obtener resultados más objetivos que sirvan para el mejoramiento continuo de la institución.
- Implementar acciones que permitan mejorar la comunicación con los clientes institucionales, ya que son fundamentales para el crecimiento económico de la institución. Se debería evaluar y medir la percepción que este cliente tiene de los servicios prestados por el Centro Oncológico.
- El Sistema de Gestión de Calidad apenas se encuentra en su etapa inicial y como tal debe seguir creciendo, por lo cual se recomienda la implementación de una herramienta informática como apoyo a la administración del Sistema lo cual facilite su implementación y control en las diferentes sedes.
- Seguir monitoreando constantemente las actividades desarrolladas en cada uno de los procesos con el fin de eliminar errores potenciales e identificar oportunidades de mejora para la prestación de los servicios.

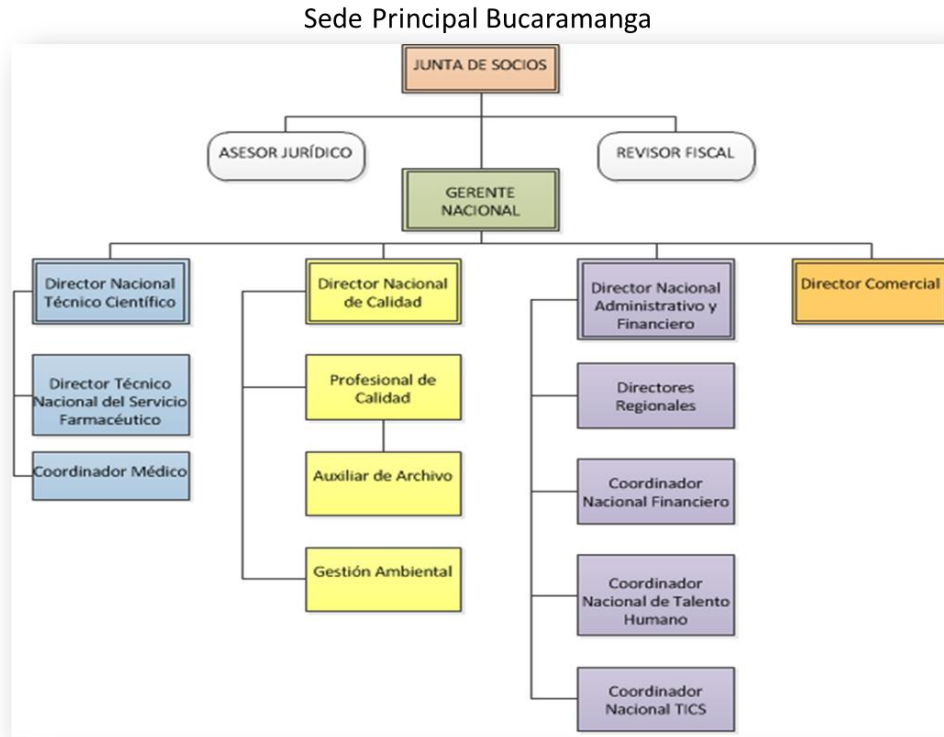
- Ajustar continuamente las herramientas de medición, revisando metas y creando indicadores adicionales orientados hacia la gestión de la organización para que sirvan como apoyo a las decisiones estratégicas tomadas por la alta dirección, para mejorar el desempeño del Sistema de gestión y el servicio prestado a la comunidad.
- Los comités institucionales realizados (Paciente seguro, infecciones, tumores, farmacovigilancia y tecnovigilancia, etc.) deben integrarse al Sistema de Gestión de calidad para que las decisiones allí tomadas se puedan ejecutar con el apoyo de las metodologías definidas para la implementación de acciones correctivas, preventivas y de mejora.
- Con el crecimiento de la institución se deben evaluar posibilidades de desarrollo de software y aplicativos que garanticen la claridad en la información y el cumplimiento de las especificaciones y responsabilidades que va adquiriendo la organización.
- Seguir fomentando el reporte de incidentes y eventos adversos, así como de no conformidades potenciales que garanticen la formulación de planes eficaces en la prevención de ocurrencia y recurrencia de las mismas.
- Enriquecer continuamente el plan de formación de personal con la inclusión de actividades relacionadas con temas del Sistema de Gestión de Calidad para que se mantenga la sensibilización permanente al personal y la implementación eficaz del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Blog-Top punto com. *El Ciclo PHVA Planear-Hacer-Verificar-Actuar*. [En línea] Julio de 2007. [Citado el: 1 de Noviembre de 2012.] <http://www.blog-top.com/el-ciclo-phva-planear-hacer-verificar-actuar/>.
- Calidad y Gestion. *Herramientas para la mejora continua*. [En línea] 11 de Julio de 2012. [Citado el: 1 de Noviembre de 2012.] <http://calidadgestion.wordpress.com/tag/ciclo-phva/>.
- HOYOS TORRES, William. *Un Libro de Calidad: La ingeniería industrial aplicada a la calidad en las empresas*. Primera edición. Bucaramanga: División editorial y de publicaciones UIS, 2010. 89 p.
- INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9000. Bogotá: ICONTEC, 2011. i p.
- INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001. Bogotá: ICONTEC, 2010. i p.
- INTERNATIONAL TRADE CENTRE. *ISO 9001 Orientación para su implementación: (Sugerencias del CT 176 de la ISO)*. 2010. 15 p.
- LOPEZ CARRIZOSA, Francisco José. *Indicadores de Gestión: La Medición de la gestión para el éxito sostenible*. Bogotá: ICONTEC, 2011. 14 p.
- Ministerio de la Protección Social. Anexo técnico No. 1 de la Resolución N°. 1043 de 2006. 3 de abril de 2006. 139 p

ANEXOS

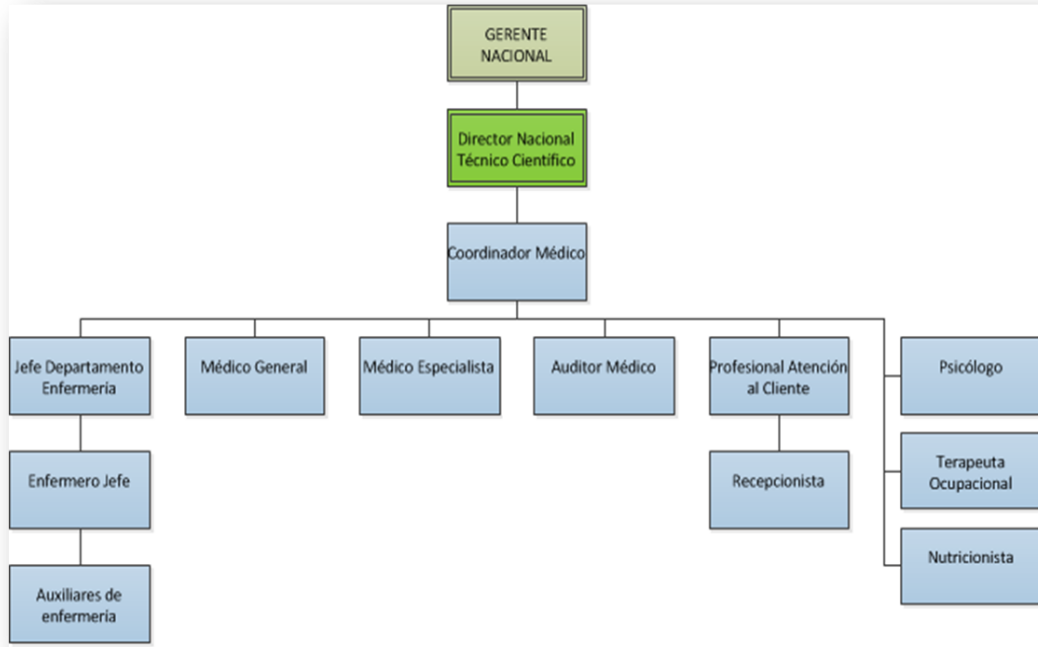
ANEXO 1. Estructura Organizacional



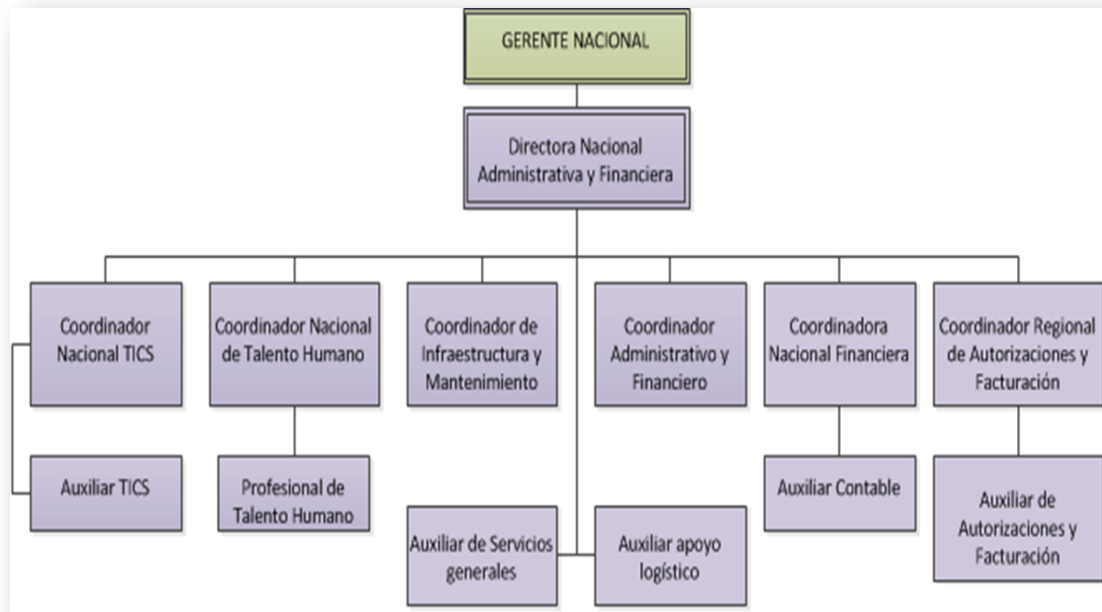
Sede Principal Bucaramanga
Dirección Nacional Técnico Científica



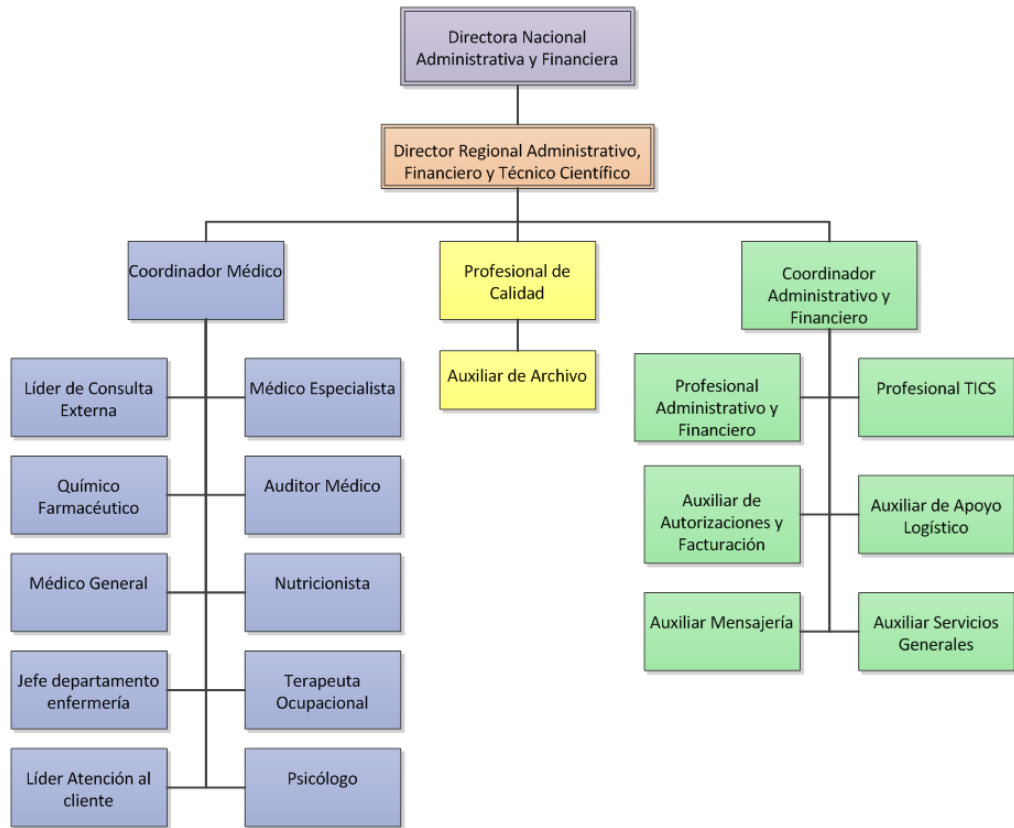
Dirección Nacional Técnico Científica
Sede Principal Bucaramanga



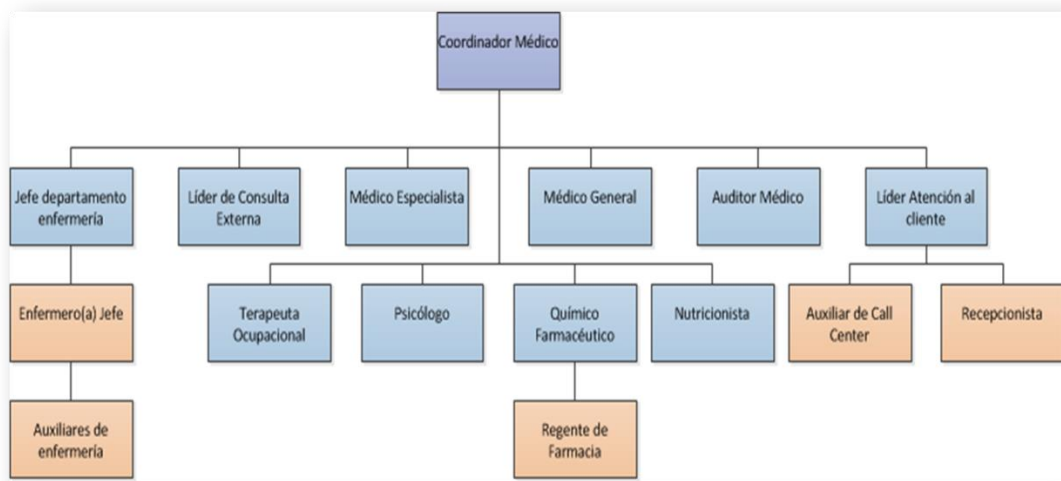
Sede Principal Bucaramanga
Dirección Nacional Administrativa y Financiera



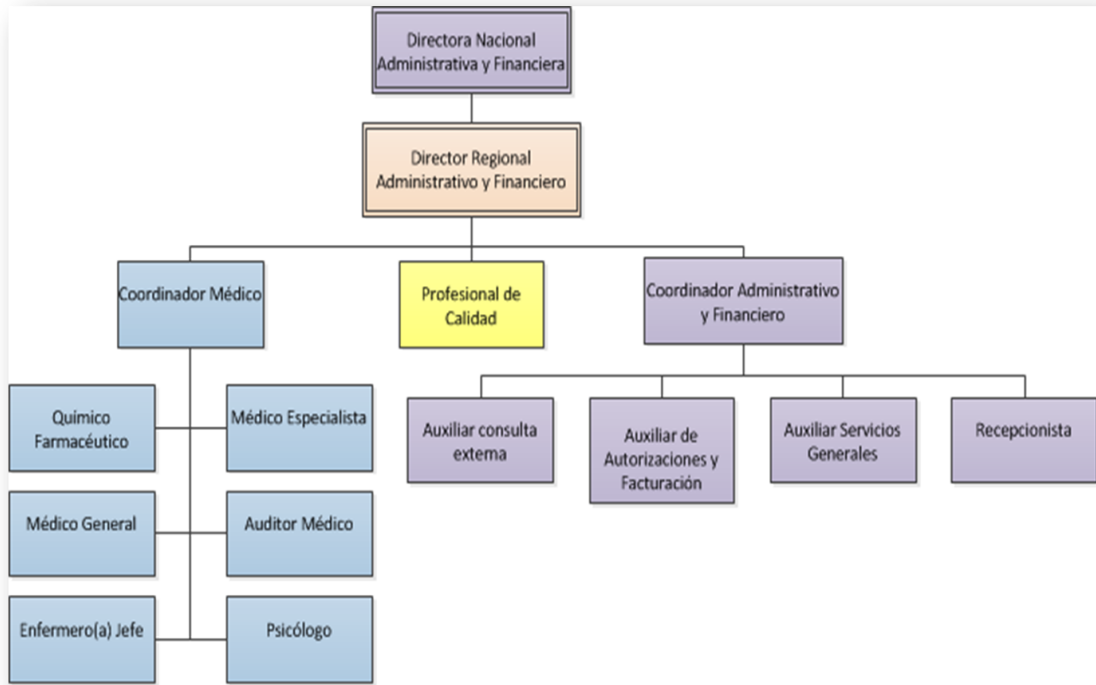
Sede Bogotá




Coordinación Médica Bogotá





Sede Tunja





ANEXO 2. Diagnóstico Inicial del SGC


DIAGNÓSTICO INICIAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL SGC BASADO EN LA NORMA 9001:2008							
Realizado por: Leidy Yazmin Arciniegas Millán-Juan Carlos Cárdenas Vega		Fecha de realización: Julio 9 - Julio 20 2012					
No. ISO	REQUISITO	CRITERIOS					OBSERVACIONES
		ND	PI	AC	IM	MC	
		0	1	2	3	4	
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD							
4.1 REQUISITOS GENERALES		Puntaje: 6			Puntaje Máximo: 32		
	El Centro Oncológico establece, documenta y mantiene un sistema de gestión de calidad y mejora continuamente su eficacia de acuerdo con los requerimientos de la NTC ISO 9001:2008	X					
a)	Se determinan los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización,			X			
b)	La empresa determina la secuencia e interacción de los procesos			X			
c)	Se determinan los criterios y los métodos necesarios para asegurar que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces		X				
d)	Se asegura la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de los procesos.		X				
e)	Se realiza seguimiento, medición y el análisis de los procesos.	X					
f)	Se implementa las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de los procesos.	X					
	Se controlan los procesos contratados externamente que afectan la conformidad del servicio.	X					
4.2 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN							
4.2.1 Generalidades		Puntaje: 5			Puntaje Máximo: 16		
a)	Se cuenta con una declaración documentada de una política de calidad y objetivos de calidad,			X			
b)	Existe un manual de calidad.			X			
c)	La empresa tiene documentados los procedimientos y registros requeridos por la NTC ISO 9001:2008,	X					
d)	Existen documentos necesarios para asegurar la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.		X				
4.2.2 Manual de calidad		Puntaje: 2			Puntaje Máximo: 16		
a)	La empresa establece y mantiene un manual de calidad que incluye el alcance del SGC?		X				
b)	El manual de calidad Incluye las exclusiones del apartado 7 y su justificación,	X					
c)	El manual de calidad incluye los procedimientos documentados establecidos para el S.G.C., ó referencia a los mismos	X					
d)	El manual de calidad incluye la descripción de la interacción entre los procesos del S.G.C.		X				
4.2.3 Control de los documentos		Puntaje: 3			Puntaje Máximo: 32		
	Son controlados los documentos y registros requeridos por el SGC.	X					
a)	Existe una metodología para la aprobación de documentos antes de su emisión.	X					
b)	La empresa revisa y actualiza los documentos cuando es necesario y los aprueba nuevamente.	X					


DIAGNÓSTICO INICIAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL SGC BASADO EN LA NORMA 9001:2008										
Realizado por: Leidy Yazmin Arciniegas Millán-Juan Carlos Cárdenas Vega						Fecha de realización: Julio 9 - Julio 20 2012				
N.º ISO	REQUISITO	CRITERIOS					OBSERVACIONES			
		ND	PI	AC	IM	MC				
		0	1	2	3	4				
c)	La empresa se asegura de que sean identificados los cambios y el estado de revisión actual de los documentos	X								
d)	Se asegura que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentren disponibles en los puntos de uso	X								
e)	Se asegura que los documentos permanezcan legibles y fácilmente identificables.			X						
f)	Se asegura que sean identificados los documentos de origen externo y se controla su distribución.	X								
g)	La empresa previene el uso no intencionado de documentos obsoletos, y les aplica una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón.		X							
4.2.4 Control de registros						Puntaje: 2		Puntaje Máximo: 12		
	La empresa establece y mantiene registros para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos de la NTC ISO 9001:2008.		X							
	La empresa posee un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros.	X								
	Los registros existentes permanecen legibles, fácilmente identificables y recuperables.		X							
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN										
5.1	COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN. La alta dirección proporciona evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del S.G.C., así como con la mejora continua de su eficacia:	Puntaje: 2					Puntaje Máximo: 20			
a)	La alta dirección comunica a la empresa la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios,		X					La alta dirección busca la satisfacción de los requisitos del cliente y cumple con las leyes, pero no hay documentación que permita ejercer control sobre su cumplimiento.		
b)	La alta dirección establece la política de la calidad,	X								
c)	La alta dirección se asegura de que se establecen los objetivos de la calidad,	X								
d)	La alta dirección lleva a cabo revisiones del S.G.C.	X								
e)	La alta dirección se asegura de la disponibilidad de recursos.		X							
5.2	ENFOQUE AL CLIENTE	Puntaje: 1					Puntaje Máximo: 8			
	La empresa se asegura de que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente.	X								


DIAGNÓSTICO INICIAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL SGC BASADO EN LA NORMA 9001:2008										
Realizado por: Leidy Yazmin Arciniegas Millán-Juan Carlos Cárdenas Vega						Fecha de realización: Julio 9 - Julio 20 2012				
No. ISO	REQUISITO	CRITERIOS					OBSERVACIONES			
		ND	PI	AC	IM	MC				
		0	1	2	3	4				
	Se tiene establecido un método claro para medir la satisfacción del cliente, se controla y se llevan a cabo acciones de mejora.		X					La empresa ha buscado establecer encuestas de satisfacción, pero no existe una metodología clara que permita medir y controlar su cumplimiento ni establecer acciones de mejora		
5.3	POLÍTICA DE LA CALIDAD	Puntaje: 3					Puntaje Máximo: 20			
a)	La política de calidad es adecuada al proposito real de la organización,			X			Existe una política de calidad, pero no es adecuada al proposito real de la organización, no es comprendida por el personal y no establece el compromiso de cumplimiento de los requisitos			
b)	La política de calidad establece el compromiso de cumplimiento de los requisitos y de mejora continua.		X							
c)	La política de calidad proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad,	X								
d)	Se ha comunicado en la organización la política de calidad y se evidencia su entendimiento por parte del personal y su compromiso por cumplirla.	X								
e)	La política de calidad se revisa y se adecua continuamente.	X								
5.4 PLANIFICACIÓN										
5.4.1 Objetivos de la calidad						Puntaje: 1		Puntaje Máximo: 12		
	La alta dirección se asegura de que los objetivos de calidad, incluyendo aquellos necesarios para cumplir los requisitos para el servicio, se establecen en las funciones y los niveles pertinentes dentro de la empresa.	X								
	Los objetivos de calidad son medibles y coherentes con la política de calidad.		X							
	Existe una metodología clara para medir el cumplimiento de los objetivos de calidad y mejorar continuamente los resultados de los mismos.	X								
5.4.2 Planificación del sistema de Gestión de Calidad						Puntaje: 0		Puntaje Máximo: 8		
a)	La alta dirección se asegura de que la planificación del S.G.C., se realiza con el fin de cumplir con los requisitos citados en el apartado 4.1, así como los objetivos de calidad,	X								
b)	La dirección se asegura de que se mantiene la integridad del S.G.C., cuando se planifican e implementan cambios en éste.	X								
5.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN										
5.5.1 Responsabilidad y autoridad						Puntaje: 5		Puntaje Máximo: 12		
	La alta dirección se asegura de que las responsabilidades y autoridades del personal están definidas y son comunicadas dentro de la empresa.			X						
	El organigrama de la organización es acorde y está claramente socializado en toda la organización.		X							
	Se encuentran documentadas y socializadas las responsabilidades de cada puesto de trabajo.			X						


DIAGNÓSTICO INICIAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL SGC BASADO EN LA NORMA 9001:2008							
Realizado por: Leidy Yazmin Arciniegas Millán-Juan Carlos Cárdenas Vega		Fecha de realización: Julio 9 - Julio 20 2012					
No. ISO	REQUISITO	CRITERIOS					OBSERVACIONES
		ND	PI	AC	IM	MC	
		0	1	2	3	4	
5.5.2 Representante de la dirección. Se ha designado un Responsable miembro de la alta dirección que tenga entre sus responsabilidades:		Puntaje: 0					Puntaje Máximo: 12
a)	Asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el S.G.C.	X					
b)	Informar a la alta dirección sobre el desempeño del S.G.C., y de cualquier necesidad de mejora.	X					
c)	Asegurarse que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la empresa.	X					
5.5.3 Comunicación interna		Puntaje: 1					Puntaje Máximo: 4
La alta dirección se asegura de que se establezcan los medios de comunicación apropiados dentro de la organización y que ésta se efectúa considerando la eficacia del S.G.C.			X				
5.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN							
5.6.1 Generalidades		Puntaje: 1					Puntaje Máximo: 12
La alta dirección revisa el S.G.C., de la empresa y se asegura continuamente de que sea conveniente, adecuado y eficaz			X				
La alta dirección incluye en sus revisiones la evaluación de oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el S.G.C., incluyendo la política de calidad y los objetivos de calidad.		X					
Se identifican y mantienen registros de las revisiones realizadas por la dirección		X					
5.6.2 Información de entrada para la revisión. La dirección revisa:		Puntaje: 2					Puntaje Máximo: 28
a)	Los resultados de las auditorías.			X			
b)	La retroalimentación del cliente	X					
c)	Los resultados de los indicadores de desempeño de los procesos y la conformidad del servicio,	X					
d)	El estado de las acciones correctivas y preventivas	X					
e)	Las acciones de seguimiento de revisiones previstas,	X					
f)	Los cambios que podrían afectar al S.G.C.	X					
g)	Las recomendaciones de mejora	X					
5.6.3 Resultados de la revisión. Los resultados de la revisión por la dirección incluye las decisiones y las acciones a tomar con respecto a:		Puntaje: 2					Puntaje Máximo: 12
a)	La mejora de la eficacia del S.G.C., y sus procesos,	X					
b)	La mejora del servicio en relación con los requisitos del cliente,	X					
c)	Las necesidades de recursos.			X			
6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS							
6.1 PROVISIÓN DE RECURSOS		Puntaje: 3					Puntaje Máximo: 8
a)	La Organización determina y proporciona los recursos necesarios para implementar y mantener el S.G.C., y mejorar continuamente su eficacia,		X				
b)	La empresa proporciona los recursos necesarios para aumentar la satisfacción del cliente y cumplir sus requisitos.			X			


DIAGNÓSTICO INICIAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL SGC BASADO EN LA NORMA 9001:2008							
Realizado por: Leidy Yazmin Arciniegas Millán-Juan Carlos Cárdenas Vega		Fecha de realización: Julio 9 - Julio 20 2012					
No. ISO	REQUISITO	CRITERIOS					OBSERVACIONES
		ND	PI	AC	IM	MC	
		0	1	2	3	4	
6.2 RECURSOS HUMANOS							
6.2.1 Generalidades		Puntaje: 1			Puntaje Máximo: 4		
	El personal que realiza trabajos que afecten la calidad del servicio tiene la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas.		X				La organización busca y promueve la capacitación del personal pero no existen metodologías que permitan asegurar medición y mejora de su competencia.
6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia		Puntaje: 4			Puntaje Máximo: 20		
a)	La empresa determina la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afecten la calidad del servicio,			X			
b)	La empresa proporciona formación o toma otras acciones para lograr la competencia necesaria,		X				
c)	La empresa evalúa la eficacia de las acciones tomadas,	X					
d)	La empresa se asegura que su personal es consciente del papel e importancia de sus actividades en el cumplimiento de los objetivos de calidad	X					
e)	La empresa mantiene los registros apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia.		X				
6.3 INFRAESTRUCTURA		Puntaje: 2			Puntaje Máximo: 12		
	La empresa determina, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del servicio.		X				
	Se planifica, se cumple y se evalúan los planes de mantenimiento correctivo, preventivo y de calibración de equipos.		X				
	Existen metodologías claras para mantener eficazmente los sistemas de información dentro de la organización.	X					
6.4 AMBIENTE DE TRABAJO		Puntaje: 1			Puntaje Máximo: 4		
	La empresa determina y gestiona el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del servicio.		X				
7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO							
7.1 PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO. Durante la planificación del servicio la empresa:		Puntaje: 3			Puntaje Máximo: 16		
a)	Determina los objetivos de calidad y los requisitos para el servicio	X					
b)	Determina la necesidad de establecer procesos, documentos y de proporcionar recursos específicos para el servicio,		X				
c)	Determina las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, medición, inspección y ensayo/prueba específicas para el servicio así como los criterios para la aceptación del mismo,	X					
d)	Determina los registros que son necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de realización y prestación del servicio resultante cumplen los requisitos.			X			


DIAGNÓSTICO INICIAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL SGC BASADO EN LA NORMA 9001:2008		 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>					
Realizado por: Leidy Yazmin Arciniegas Millán-Juan Carlos Cárdenas Vega		Fecha de realización: Julio 9 - Julio 20 2012					
Nc. ISO	REQUISITO	CRITERIOS					OBSERVACIONES
		ND	PI	AC	IM	MC	
		0	1	2	3	4	
7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE							
7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio		Puntaje: 2			Puntaje Máximo: 16		
a)	La organización determina los requisitos especificados por el cliente, incluyendo las condiciones de entrega y posteriores.	X					
b)	La organización determina los requisitos no establecidos por el cliente pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto, cuando sea conocido,	X					
c)	Se han determinado los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el servicio,			X		Se tiene en cuenta toda la normatividad legal vigente pero no existe evidencia documentada.	
d)	Se determina cualquier requisito adicional que considere necesario.	X					
7.2.2 Revisión de los productos relacionados con el servicio		Puntaje: 4			Puntaje Máximo: 28		
Se revisan los requisitos relacionados con un servicio antes de comprometerse a su entrega al cliente.		X					
a)	Se asegura que estén definidos los requisitos del servicio	X					
b)	Se aseguran de que estén resueltas las diferencias existentes entre los requisitos del contrato ó pedido y los expresados previamente,		X				
c)	Se tiene la capacidad de cumplir con los requisitos definidos.			X			
Se mantienen registros de los resultados de la revisión y de las acciones originadas por la misma		X					
Cuando el cliente no proporciona una declaración documentada de los requisitos, la organización confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación.		X					
La organización se asegura de que cualquier modificación en los requisitos del servicio sea comunicada al personal correspondiente y de que la documentación pertinente sea actualizada.			X			En ocasiones, los empleados no tienen claridad de cambios efectuados, no hay canales de comunicación efectivos.	
7.2.3 Comunicación con el cliente. La empresa determina e implementa disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a:		Puntaje: 2			Puntaje Máximo: 12		
a)	La información sobre el servicio,		X				
b)	Las consultas, contratos o atención de pedidos, incluyendo las modificaciones,	X					
c)	La retroalimentación del cliente incluyendo sus quejas.		X				
7.3 DISEÑO Y DESARROLLO							
7.3.1 Planificación del diseño y desarrollo.		NA					
7.3.2 Elementos de entrada para el diseño y desarrollo		NA					
7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo		NA					
7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo		NA					
7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo		NA					
7.3.6 Validación del diseño y desarrollo		NA					
7.3.7 Control de los cambios del diseño y desarrollo		NA					


DIAGNÓSTICO INICIAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL SGC BASADO EN LA NORMA 9001:2008							
Realizado por: Leidy Yazmin Arciniegas Millán-Juan Carlos Cárdenas Vega		Fecha de realización: Julio 9 - Julio 20 2012					
No. ISO	REQUISITO	CRITERIOS					OBSERVACIONES
		ND	PI	AC	IM	MC	
		0	1	2	3	4	
7.4 COMPRAS							
7.4.1 Proceso de compras		Puntaje: 2		Puntaje Máximo: 20			
	La empresa se asegura de que el producto adquirido cumple con los requisitos de compra especificados.			X			
	El tipo y el grado de control que se aplica a los proveedores y a los productos dependen del impacto del producto adquirido en el servicio final.	X					
	Existen metodologías para evaluar y seleccionar los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con lo requerido por la organización.	X					
	Están establecidos los criterios para la selección, evaluación y re-evaluación de proveedores.	X					
	Se mantienen registros de los resultados de las evaluaciones a proveedores y de las acciones tomadas derivadas de las mismas.	X					
7.4.2 Información de las compras		Puntaje: 2		Puntaje Máximo: 20			
	La información de las compras describen el producto a comprar.		X				
a)	La información de las compras describe los requisitos para la aprobación del producto, procedimientos, procesos y equipos.	X					
b)	La información de las compras incluye requisitos para la calificación del personal.	X					
c)	La información de las compras incluye requisitos del sistema de gestión de calidad.	X					
	La empresa se asegura de la adecuación de los requisitos de compra especificados antes de comunicárselos al proveedor.		X				
7.4.3 Verificación de los productos comprados		Puntaje: 1		Puntaje Máximo: 8			
	Se establecen inspecciones u otras actividades con el fin de asegurar que el producto comprado cumpla con los requisitos de compra especificados.		X				
	Si la empresa ó sus clientes desean llevar a cabo la verificación en las instalaciones del proveedor, la empresa establece en la información de compra las disposiciones para la verificación pretendida y el método para la liberación del producto.	X					
7.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO							
7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio		Puntaje: 4		Puntaje Máximo: 28			
	La empresa planifica y lleva a cabo la producción y prestación del servicio bajo condiciones controladas.		X				
a)	La empresa dispone de información que describa las características del servicio,		X				
b)	Se dispone de instrucciones de trabajo,		X				
c)	Se usa el equipo adecuado en la prestación del servicio y se encuentran definidos los procedimientos de mantenimiento apropiados para su funcionamiento,		X				
d)	Se controla el funcionamiento de los equipos de seguimiento y medición para lograr una adecuada prestación del servicio,	X					
e)	Se han definido indicadores para medir la oportunidad en la prestación	X					
f)	La empresa implementa actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.	X				Solo aplica para la prestación del servicio.	

DIAGNÓSTICO INICIAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL SGC BASADO EN LA NORMA 9001:2008							
Realizado por: Leidy Yazmin Arciniegas Millán-Juan Carlos Cárdenas Vega		Fecha de realización: Julio 9 - Julio 20 2012					
N.º ISO	REQUISITO	CRITERIOS					OBSERVACIONES
		ND	PI	AC	IM	MC	
		0	1	2	3	4	
7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación de servicios		Puntaje: 1					Puntaje Máximo: 8
	Se han determinado metodologías para verificar la prestación del servicio	X					
	Se prevee el alistamiento de equipos y personal para garantizar la prestación del servicio		X				
7.5.3 Identificación y trazabilidad		Puntaje: 2					Puntaje Máximo: 16
	Se identifica la prestación de cada servicio de forma adecuada a través de toda la atención prestada al usuario.	X					
	Se identifica el estado del servicio con repeto a los requisitos de seguimiento y medición.	X					
	Es posible reconstruir el historial de prestación de un servicio prestado anteriormente.		X				
	Cuando se requiere trazabilidad, se controla la identificación única del servicio y se mantienen registros.		X				
7.5.4 Propiedad del cliente		Puntaje: 2					Puntaje Máximo: 12
	Las historias clínicas son cuidados mientras están en poder de la organización, o cuando están siendo utilizados por la misma		X				
	Se identifican, verifican, protegen y salvaguardan las historias clínicas.		X				
	Cuando se pierde, se deteriora o se considera inutilizable un bien que es propiedad de un usuario, se le informa y se mantiene registro.	X					
7.5.5 Preservación del producto		Puntaje: 3					Puntaje Máximo: 4
	La empresa preserva la conformidad de los medicamentos durante el proceso interno y la entrega o aplicación al paciente. (esta preservación incluye la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección).				X		Gracias a la certificación del INVIMA se preserva la conformidad de los medicamentos. Pero no se puede decir que esté en proceso de mejoramiento continuo.
7.6 Control de los equipos de seguimiento y de medición		Puntaje: 4					Puntaje Máximo: 40
	La empresa determina el seguimiento y la medición a realizar, y los equipos de medición y seguimiento necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del servicio con los requisitos determinados.		X				
	Se establecen procesos para asegurar que el seguimiento y medición pueden realizarse y se realizan de una manera coherente con los requisitos de seguimiento y medición. Existe un programa de calibración.		X				Existe un programa de calibración pero no un procedimiento documentado que cumpla con las normas de metrología establecidas
a)	El equipo de medición se calibra y se verifica a intervalos especificados o antes de su utilización, comparado con patrones de medición trazables a patrones de medición nacionales o internacionales.	X					

DIAGNÓSTICO INICIAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL SGC BASADO EN LA NORMA 9001:2008							
Realizado por: Leidy Yazmin Arciniegas Millán-Juan Carlos Cárdenas Vega		Fecha de realización: Julio 9 - Julio 20 2012					
No. ISO	REQUISITO	CRITERIOS					OBSERVACIONES
		ND	PI	AC	IM	MC	
		0	1	2	3	4	
b)	El equipo de medición se ajusta o reajusta según es necesario,		X				
c)	El equipo de medición se identifica para poder determinar el estado de calibración,	X					
d)	El equipo de medición se protege contra ajustes que pueden invalidar el resultado de la medición,	X					
e)	El equipo de medición se protege contra los daños y el deterioro durante la manipulación, el mantenimiento y el almacenamiento.	X					
	Se evalúa y se registra la validez de los resultados de las mediciones anteriores cuando se detecta que un equipo no está conforme con los requisitos.	X					
	Se toman las acciones apropiadas sobre un equipo y sobre cualquier servicio afectado.		X				
	Antes de iniciar la utilización de programas informáticos se confirma su capacidad para satisfacer su aplicación prevista cuando se utilizan en las actividades de seguimiento y medición de los requisitos especificados.	X					
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA							
8.1 GENERALIDADES		Puntaje: 0			Puntaje Máximo: 8		
	Se planifica e implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para demostrar la conformidad del servicio, y asegurar la conformidad del S.G.C., y mejorar continuamente su eficacia.	X					
	Los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora comprenden los métodos aplicables, estadísticas y el alcance de su utilización.	X					Se aplican técnicas estadísticas básicas para evaluar la satisfacción del cliente, pero no existe un procedimiento claro que permita asegurar una medición periódica y eficaz.
8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN							
8.2.1 Satisfacción del cliente		Puntaje: 4			Puntaje Máximo: 16		
	Se realiza seguimiento de la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización.			X			La encuesta de satisfacción establecida no evalúa correctamente los requisitos necesarios, por tanto se debe someter a revisión y realizar cambios.
	Se han definido métodos que permitan obtener y utilizar la información suministrada por el usuario, asegurando un muestreo y una periodicidad acorde a la organización.		X				Se realiza seguimiento, pero no está establecida la periodicidad ni la metodología a seguir.
	Existen indicadores que permitan medir la satisfacción del cliente	X					
	Se han tomado medidas correctivas y/o preventivas de acuerdo al seguimiento realizado a la satisfacción del usuario.		X				No existen los registros necesarios

DIAGNÓSTICO INICIAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL SGC BASADO EN LA NORMA 9001:2008											
Realizado por: Leidy Yazmin Arciniegas Millán-Juan Carlos Cárdenas Vega						Fecha de realización: Julio 9 - Julio 20 2012					
No. ISO	REQUISITO	CRITERIOS					OBSERVACIONES				
		ND	PI	AC	IM	MC					
		0	1	2	3	4					
8.2.2 Auditoria interna						Puntaje: 0					Puntaje Máximo: 40
	Se ha definido un plan de auditorías internas y se mantiene de manera eficaz	X									
	Se realizan auditorías internas conformes con las disposiciones planificadas y con los requisitos de la NTC ISO 9001:2008 y con los requisitos del S.G.C., establecidos.	X									
	El programa de auditorías tiene en cuenta el estado y la importancia de los procesos a auditar, así como resultados de auditorías previas	X									
	Se definen los criterios, el alcance, la frecuencia y las metodologías a seguir en las auditorías	X									
	Las auditorías las realizan personal independiente al proceso a auditar, de manera tal que se asegure la imparcialidad y objetividad del proceso?	X									
	¿Se tiene definido el perfil que deben cumplir los auditores internos? y de los externos?	X									
	Existe un procedimiento documentado que defina las responsabilidades y los requisitos para planificar y realizar las auditorías, establecer los registros e informar los resultados?	X									
	Se mantienen registros de las auditorías y de sus resultados?	X									
	El responsable de cada proceso se asegura que se realizan las correcciones y que se toman las acciones correctivas necesarias sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas	X									
	Las actividades de seguimiento incluyen la verificación de las acciones tomadas y el informe de los resultados de la verificación	X									
8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos						Puntaje: 0					Puntaje Máximo: 12
	Se aplican métodos apropiados para ejercer seguimiento sobre los procesos, y cuando es aplicable, se miden los procesos del SGC, es decir, se manejan indicadores por proceso?	X									
	Los métodos existentes demuestran la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados.	X									
	Cuando no se alcanzan los resultados planificados, se llevan a cabo correcciones y acciones correctivas	X									
8.2.4 Seguimiento y medición del servicio						Puntaje: 0					Puntaje Máximo: 16
	Se realiza seguimiento y se miden las características del servicio en las etapas de prestación del servicio para verificar que se cumplen los requisitos.	X									
	Se mantiene evidencia del seguimiento realizado.	X									
	Se han designado personas responsables de realizar el seguimiento y queda registro de su participación en el proceso	X									
	La prestación del servicio se lleva a cabo solo cuando se han completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas, a menos que sean aprobados de otra manera por una autoridad pertinente y, cuando corresponda, por el cliente.	X									

DIAGNÓSTICO INICIAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL SGC BASADO EN LA NORMA 9001:2008							
Realizado por: Leidy Yazmin Arciniegas Millán-Juan Carlos Cárdenas Vega		Fecha de realización: Julio 9 - Julio 20 2012					
No. ISO	REQUISITO	CRITERIOS					OBSERVACIONES
		ND	PI	AC	IM	MC	
		0	1	2	3	4	
8.3 CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME		Puntaje: 2					Puntaje Máximo: 20
	Se tiene una metodología para identificar un servicio no conforme y para tratarlo adecuadamente		X				Existe una metodología desactualizada y no socializada al personal de la institución
	Existe un procedimiento documentado que define los controles y las responsabilidades y autoridades relacionadas para tratar el servicio no conforme,		X				
	Se toman las acciones apropiadas en los servicios no conformes de las siguientes maneras: - Eliminando la no conformidad - Autorizando su aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente - Tomando acciones para impedir su aplicación prevista originalmente - Tomando acciones apropiadas a los efectos de la no conformidad después de la prestación y durante la misma		X				
	Cuando se corrige una no conformidad, se somete a una nueva verificación para comprobar su conformidad		X				
	Se mantienen registros de las no conformidades presentadas y de las acciones tomadas posteriormente.		X				
8.4 ANÁLISIS DE DATOS		Puntaje: 0					Puntaje Máximo: 12
	Se recopila y analizan los datos que permitan demostrar la idoneidad y eficacia del SGC		X				
	Los datos recopilados son suficientes para realizar la mejora continua de la eficacia del SGC.		X				
	El análisis de datos proporciona información sobre: la satisfacción del cliente, la conformidad con los requisitos del servicio, las características y tendencias de los procesos y de los servicios, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas y sobre los proveedores.		X				
8.5 MEJORA							
8.5.1 Mejora continua		Puntaje: 1					Puntaje Máximo: 4
	El Centro Oncológico utiliza la política de calidad, los objetivos de calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección para mejorar continuamente la eficacia del SGC		X				Existe una política de calidad, pero no es adecuada al propósito real de la organización, no es comprendida por el personal y no establece el compromiso de cumplimiento de los requisitos

DIAGNÓSTICO INICIAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL SGC BASADO EN LA NORMA 9001:2008							
Realizado por: Leidy Yazmin Arciniegas Millán-Juan Carlos Cárdenas Vega		Fecha de realización: Julio 9 - Julio 20 2012					
No. ISO	REQUISITO	CRITERIOS					OBSERVACIONES
		ND	PI	AC	IM	MC	
		0	1	2	3	4	
8.5.2 Acción correctiva		Puntaje: 1					Puntaje Máximo: 12
	Se toman acciones para eliminar la causa de no conformidades con objeto de prevenir que vuelva a ocurrir.	X					
	Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas	X					
	Existe en el Centro Oncológico un procedimiento documentado 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 la eficacia de las acciones correctivas tomadas		X				Existe un procedimiento escrito, no publicado, no socializado, incompleto y desactualizado
8.5.3 Acción preventiva		Puntaje: 1					Puntaje Máximo: 8
	El Centro Oncológico determina acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales con el fin de prevenir su ocurrencia. Estas acciones son apropiadas a los efectos de los problemas potenciales.	X					
	Existe en el Centro Oncológico un procedimiento documentado 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 eficacia de las acciones preventivas tomadas.		X				Existe un procedimiento escrito, no publicado, no socializado, incompleto y desactualizado

ANEXO 3. Manual de Calidad



	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC-MA-0001
		Versión: 04
		Página 1 de 14
Aprobó: Gerente Nacional		Fecha de aprobación: 2013-02-04

TABLA DE CONTENIDO

1. **OBJETIVO**
2. **ALCANCE**
3. **DEFINICIONES Y ABREVIATURAS**
4. **CONTENIDO**
 - 4.1 Exclusiones
 - 4.2 Reseña histórica.
 - 4.3 Misión.
 - 4.4 Visión.
 - 4.5 Valores Corporativos
 - 4.6 Política de Calidad
 - 4.7 Objetivos de Calidad
 - 4.8 Mapa Estratégico
 - 4.9 Compromiso de la Alta Dirección
 - 4.10 Procedimientos requeridos por la norma ISO 9001:2008
 - 4.11 Mapa de Procesos
 - 4.12 Estructura Organizacional
 - 4.13 Tabla relación de numerales Vs documentación
5. **CONTROL DE CAMBIOS**

	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC-MA-0001
		Versión: 04
		Página 2 de 14
Aprobó: Gerente Nacional		Fecha de aprobación: 2013-02-04

1. OBJETIVO

El presente manual define las directrices para establecer la planificación, control y mejora continua del SGC del Centro Oncológico Ltda., de conformidad con los requisitos de la NTC ISO 9001:2008.

2. ALCANCE

Servicios Oncológicos de media y alta complejidad de consulta externa, quimioterapia, servicio farmacéutico y hospitalización en Bucaramanga. Consulta externa, quimioterapia y servicio farmacéutico en Bogotá y Tunja.

3. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

- **Calidad:** Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.
- **Objetivo de la Calidad:** Algo ambicionado, o pretendido, relacionado con la calidad.
- **Manual de Calidad:** Documento que enuncia la Política de Calidad y describe el Sistema de Gestión de la Calidad del Centro Oncológico Ltda.
- **Política de la Calidad:** Intenciones globales y orientación de una organización relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección.
- **Proceso:** Conjunto de recursos y actividades interrelacionadas que transforman elementos de entrada en resultado.
- **SGC:** (Sistema de Gestión de la Calidad) Sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

4. CONTENIDO


4.1 Exclusiones

Para los procesos del Centro Oncológico Ltda., se excluyen los siguientes numerales:
Se excluye el numeral 7.3 Diseño y desarrollo debido a que todos los protocolos asistenciales de medicina oncológica que se siguen ya están establecidos por sociedades de medicina nacionales e internacionales.

4.2 Reseña histórica.

Esta empresa nace en marzo de 2002 con la visión de convertirse en una reconocida organización encaminada hacia el tratamiento y rehabilitación de pacientes con CANCER, cuenta con una amplia experiencia local, regional y nacional, en octubre de 2005 se abre la sed de Bogotá y octubre de 2006 se abre sede en Tunja.

Así mismo establece y desarrolla programas de evaluación del riesgo en cáncer para determinar cuáles son las principales causas que originan el cáncer en cada región, así como establece la razón fundamental por la que los pacientes consultan tarde por

 <p>CENTRO ONCOLÓGICO Comprometidos con la Vida</p>	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC-MA-0001
		Versión: 04
		Página 3 de 14
Aprobó: Gerente Nacional		Fecha de aprobación: 2013-02-04

estas patologías con el consiguiente desarrollo de políticas tendientes a disminuir la morbimortalidad por estas enfermedades.

Es una empresa de capital privado que cuenta con la capacidad, basada en su amplia experiencia, para prestar atención en las patologías neoplásicas e infectología en los diferentes puntos de la red de servicios. Desarrolla y evalúa el riesgo al cáncer con el fin de disminuir la morbimortalidad de esta enfermedad.

Bucaramanga

Sede ambulatoria y administrativa: Calle 52B No. 31 - 29 Antiguo Campestre – Bucaramanga Tel. 6471706

Sede Hospitalaria Carrera 31 No 53-19
Tel. 6474851 – 6436808

Bogotá

Calle 97 # 23-37 oficina 621, tel: 6421399

Tunja

Avenida Norte No. 47-18 Piso 2 Teléfono: 7437889

4.3 Misión.

Somos una Institución prestadora de servicios de salud, especializada en el tratamiento integral del paciente con enfermedades neoplásicas malignas. Disponemos de un equipo de profesionales idóneo y comprometido que presta sus servicios en un ambiente de respeto y calidez, buscando la satisfacción del paciente, su familia y el sistema de salud. Contamos con central de mezclas certificada en buenas prácticas de elaboración, que brinda seguridad y confiabilidad en la preparación y administración de los medicamentos y con un sistema de información exclusivo con capacidad de realizar seguimientos e informes epidemiológicos reales, disponibles para las aseguradoras y el sistema nacional de salud.

4.4 Visión.

Para el año 2017 seremos referentes a nivel nacional e internacional en la prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento integral de enfermedades neoplásicas; reconocidos por los resultados clínicos reproducibles, por los altos estándares de calidad, excelencia en la atención, aplicación racional de nuevas tecnologías y con infraestructuras propias que permitan generar proyectos de investigación y educación continuada del cáncer.


4.5 Valores Corporativos

Responsabilidad.

Confianza.

Eficiencia.

Eficacia.

 <p>CENTRO ONCOLÓGICO <i>Compromiso con la Vida</i></p>	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC-MA-0001
		Versión: 04
		Página 4 de 14
Aprobó: Gerente Nacional		Fecha de aprobación: 2013-02-04

Solidaridad.
Calidad.
Equidad.

4.6 Política de Calidad


El Centro Oncológico Ltda., está dedicado a la prestación de servicios médicos oncológicos de consulta externa, quimioterapia y hospitalización; así como la preparación y dispensación de medicamentos a través del servicio farmacéutico. Estamos comprometidos con el cumplimiento de la normatividad legal vigente y con la mejora continua a través de un talento humano competente y la infraestructura necesaria para prestar una atención segura, logrando la satisfacción del paciente y la sostenibilidad económica de la organización.

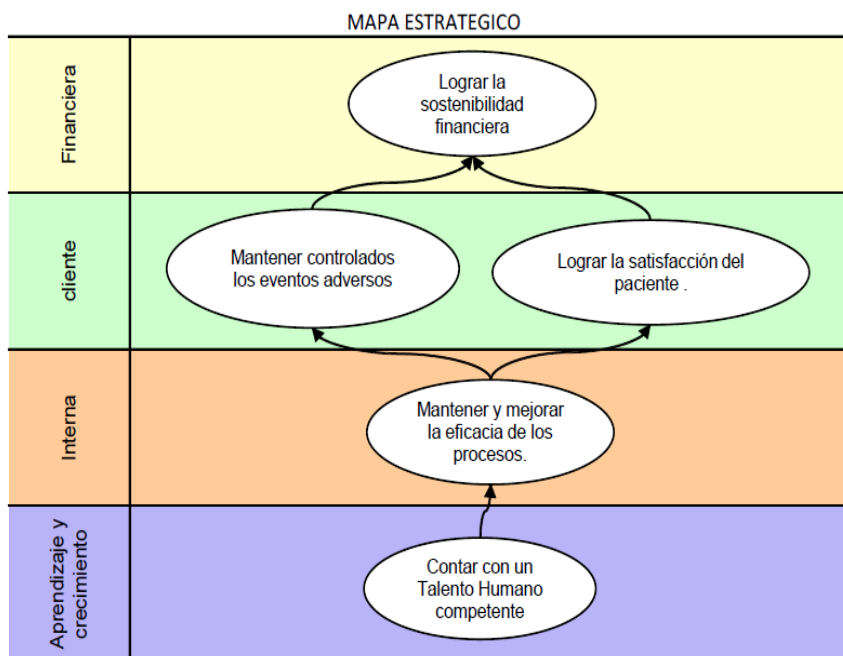
4.7 Objetivos de Calidad

- Contar con un Talento Humano competente.
- Mantener y mejorar la eficacia de los procesos.
- Mantener controlados los eventos adversos en la atención de los pacientes.
- Lograr la satisfacción del paciente que accede a los servicios del Centro Oncológico.
- Lograr la sostenibilidad financiera.

4.8 Mapa Estratégico

El Centro Oncológico Ltda., cuenta con un mapa estratégico alineado con la Misión y visión, manejando cuatro perspectivas, financiera, cliente, interna y aprendizaje y crecimiento.

 <p>CENTRO ONCOLÓGICO Comprometidos con la Vida</p>	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC-MA-0001
		Versión: 04
		Página 5 de 14
Aprobó: Gerente Nacional		Fecha de aprobación: 2013-02-04




4.9 Compromiso de la Alta Dirección

La Alta Dirección en cabeza del Gerente Nacional se encuentra comprometida con la implementación del Sistema de Gestión de Calidad:

- * Liderando e impulsando el mantenimiento del mismo.
- * Definiendo y apoyando el despliegue de los procesos de la Organización, los requisitos del cliente, los legales aplicables, los de la Organización y los de la norma ISO 9001:2008.
- * Definiendo la Política de Calidad.
- * Realizando seguimiento al cumplimiento de los objetivos de Calidad, desplegados en los procesos, dicho seguimiento se realiza a través de las Revisiones por la Dirección.
- * Asegurando la disponibilidad de recursos para la implementación del SGC y nombrando como representante de la Dirección ante el SGC al Director Nacional de Calidad.
- * Asignado los recursos requeridos para el mantenimiento y mejora del SGC.

4.10 Procedimientos requeridos por la norma ISO 9001:2008

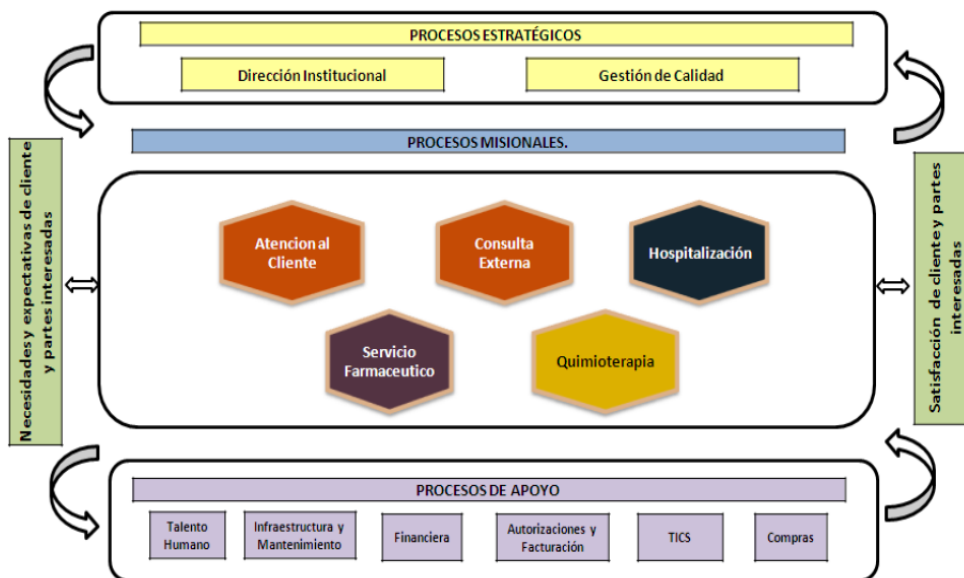
El Centro Oncológico cuenta con los siguientes documentos exigidos por la norma ISO 9001:2008

	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC-MA-0001
		Versión: 04
		Página 6 de 14
Aprobó: Gerente Nacional		Fecha de aprobación: 2013-02-04

Documentos Obligatorios	Equivalente Centro Oncológico
4.2.3 Control de los documentos	Procedimiento Control de Documentos y Registros. GC-PR -0001.
4.2.4 Control de los Registros	
8.2.2 Auditoría Interna	Procedimiento de auditorías GC-PR-0006
8.3 Control del producto no conforme	Procedimiento de control de producto no conforme GC-PR-0003
8.5.2 Acción Correctiva	Procedimiento de acciones correctivas y preventivas. GC-PR-0005
8.5.3 Acción Preventiva	

4.11 Mapa de Procesos

El Centro Oncológico cuenta con el siguiente mapa de procesos



Cada proceso cuenta con su respectiva caracterización.

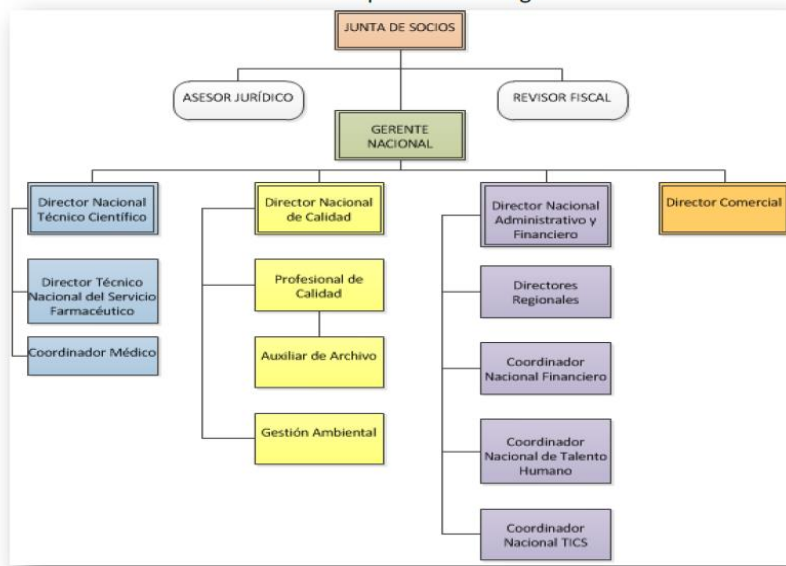
4.12 Estructura Organizacional

Por contar con tres sedes a nivel nacional el Centro Oncológico tienen definida la estructura organizacional en la sede principal y una estructura por cada sede.

El proceso de Talento Humano lidera la descripción de cargos del Centro Oncológico, en el cual se plasman las responsabilidades y las competencias del personal.

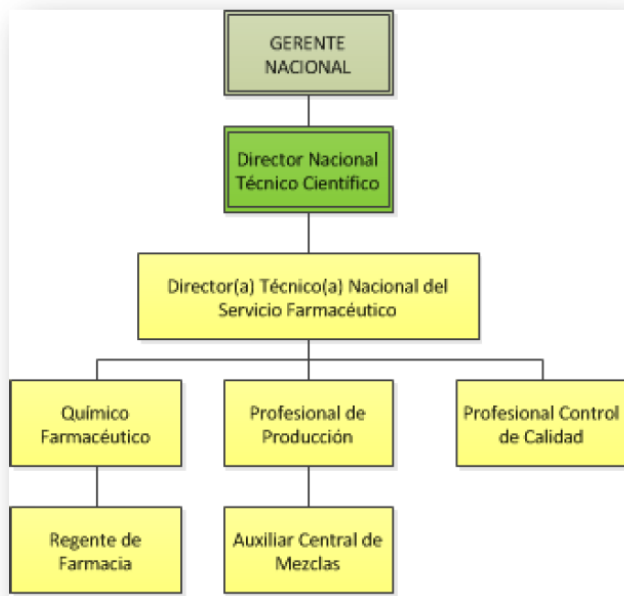



Sede Principal Bucaramanga



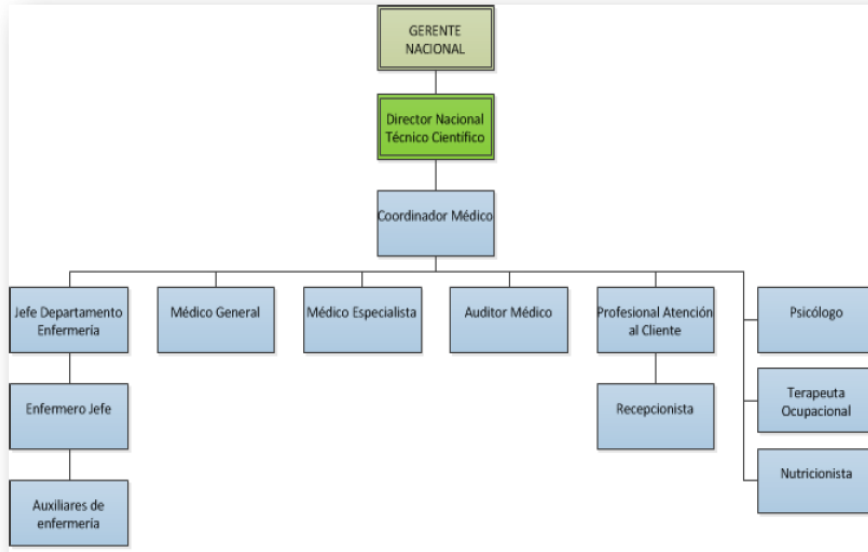
Sede Principal Bucaramanga

Dirección Nacional Técnico Científica

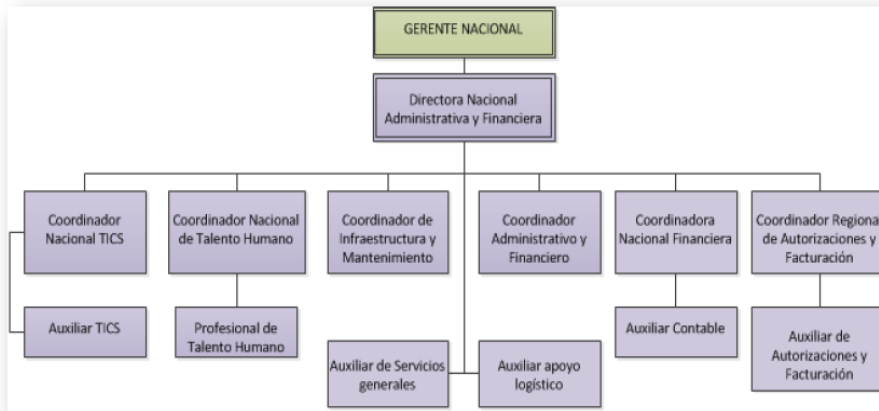


	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC-MA-0001
		Versión: 04
		Página 9 de 14
Aprobó: Gerente Nacional		Fecha de aprobación: 2013-02-04

Dirección Nacional Técnico Científica
Sede Principal Bucaramanga



Sede Principal Bucaramanga
Dirección Nacional Administrativa y Financiera





MANUAL DE CALIDAD

Código: GC-MA-0001

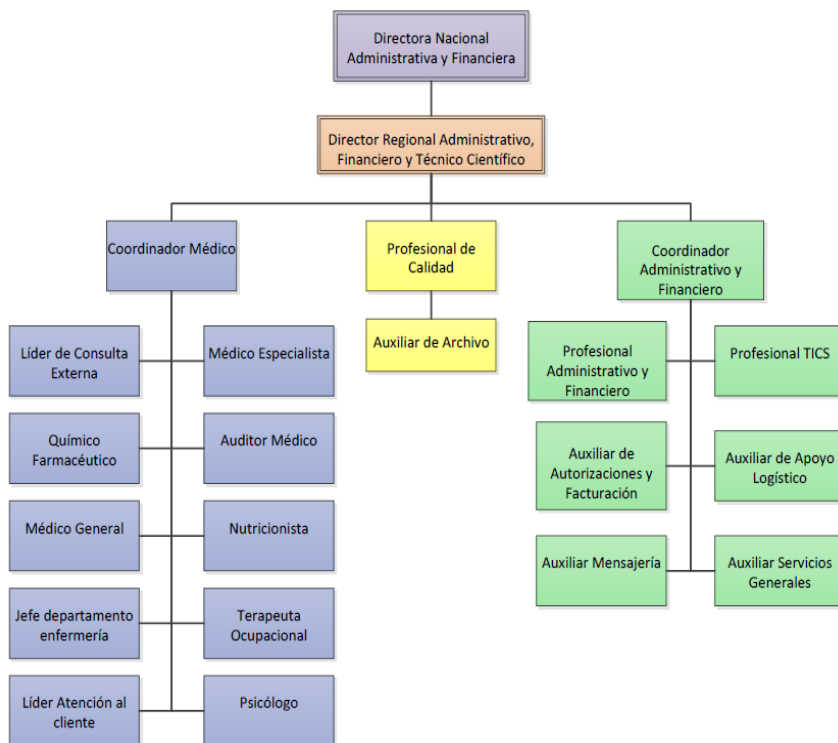
Versión: 04

Página 10 de 14

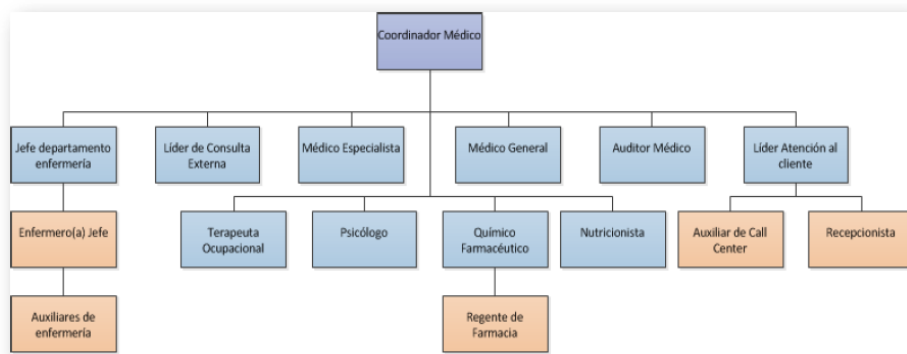
Aprobó: Gerente Nacional


Fecha de aprobación: 2013-02-04

Sede Bogotá

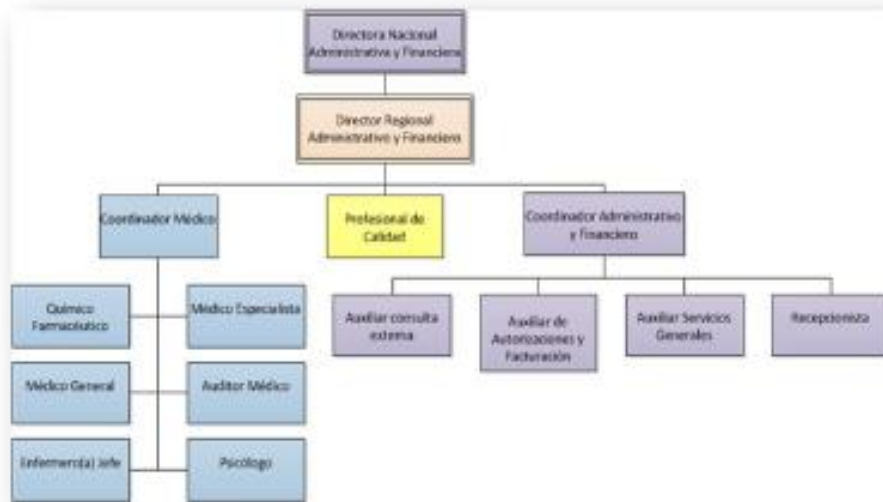



Coordinación Médica Bogotá



	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC-MA-0001
		Versión: 04
		Página 11 de 14
Aprobó: Gerente Nacional		Fecha de aprobación: 2013-02-04


Sede Tunja



 <p>CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i></p>	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC-MA-0001
		Versión: 04
		Página 13 de 14
Aprobó: Gerente Nacional		Fecha de aprobación: 2013-02-04

La siguiente tabla muestra la relación de los numerales de la norma vs los documentos con los que cuenta el Centro Oncológico.

Requisitos ISO 9001:2008		Documento Relacionado
4.1	REQUISITOS GENERALES	Mapa de Procesos
4.2	REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN	Procedimiento Control de Documentos y Registros
4.2.1	Generalidades	
4.2.2	Manual de calidad	Manual de Calidad
4.2.3	Control de los documentos	Procedimiento Control de Documentos y Registros
4.2.4	Control de registros	
5.	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	
5.1	5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN	Manual de Calidad
5.2	5.2 ENFOQUE AL CLIENTE	Proceso Atención al cliente
5.3	5.3 POLÍTICA DE LA CALIDAD	Manual de Calidad
5.4	PLANIFICACIÓN	
5.4.1	Objetivos de la calidad	Manual de Calidad
5.4.2	Planificación del sistema de Gestión de Calidad	Mapa de procesos, Guía para la elaboración de documentos
5.5	RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN	
5.5.1	Responsabilidad y autoridad	Descripción de cargos
5.5.2	Representante de la dirección	Manual de Calidad
5.5.3	Comunicación interna	Proceso de Talento Humano
5.6	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	
5.6.1	Generalidades	
5.6.2	Información de entrada para la revisión	Proceso Gestion de Calidad
5.6.3	Resultados de la revisión	
6.	GESTIÓN DE LOS RECURSOS	
6.1	PROVISIÓN DE RECURSOS	Manual de Calidad
6.2	RECURSOS HUMANOS	
6.2.1	Generalidades	Proceso de talento humano
6.2.2	Competencia, formación y toma de conciencia	
6.3	INFRAESTRUCTURA	Proceso Infraestructura y Mantenimiento
6.4	AMBIENTE DE TRABAJO	
7.	REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	
7.1	PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	Todos los procesos
7.2	PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE	
7.2.1	Determinación de los requisitos relacionados con el servicio	
7.2.2	Revisión de los productos relacionados con el servicio	Procedimiento realización de convenios
7.2.3	Comunicación con el cliente	
7.3	DISEÑO Y DESARROLLO	Excluido
7.4	Compras	
7.4.1	Proceso de compras	Proceso de compras
7.4.2	Información de las compras	
7.4.3	Verificación de los productos comprados	
7.5	PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO	
7.5.1	Control de la producción y de la prestación del servicio	
7.5.2	Validación de los procesos de la producción y de la prestación de servicios	Todos los procesos
7.5.3	Identificación y trazabilidad	
7.5.4	Propiedad del cliente	
7.5.5	Preservación del servicio	
7.6	Control de los equipos de seguimiento y de medición	Proceso Infraestructura y Mantenimiento
8.	MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	
8.1	GENERALIDADES	
8.2	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	Todos los procesos
8.2.1	Satisfacción del cliente	Proceso Atención al cliente
8.2.2	Auditoría interna	Procedimiento Auditorías
8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos	Todos los procesos
8.2.4	Seguimiento y medición del servicio	Procesos Misionales
8.3	CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME	Procedimiento control de producto no conforme
8.4	ANÁLISIS DE DATOS	Todos los procesos
8.5	MEJORA	
8.5.1	Mejora continua	
8.5.2	Acción correctiva	Procedimiento de acciones correctivas y preventivas
8.5.3	Acción preventiva	


 <p>CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i></p>	MANUAL DE CALIDAD	Código: GC-MA-0001
		Versión: 04
		Página 14 de 14
Aprobó: Gerente Nacional		Fecha de aprobación: 2013-02-04

5. CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA DE APROBACION	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	2011/11/02	Liberación
2	2012/09/14	<ul style="list-style-type: none"> Se actualizaron, el mapa estratégico, el mapa de procesos y la estructura organizacional. Se actualizó la tabla de relación de numerales
3	2012/12/21	<ul style="list-style-type: none"> Se modifíco el mapa de procesos y la estructura organizacional.
4	2013/02/04	<ul style="list-style-type: none"> Se actualizo la estructura organizacional y la tabla de relación de numerales.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad	Gerente Nacional

ANEXO 4. Acta Conformación Comité de Calidad

	FORMATO ACTA	Código: GC-FO-0008
		Versión: 1
		Página 1 de 3
Aprobó: Director Nacional Calidad		Fecha de Actualización: 2012/07/04

ACTA No:	0001
----------	------


MOTIVO DE REUNION	Conformación del comité de Calidad
FECHA	2012-08-10
LUGAR	Sede administrativa Centro Oncológico Bucaramanga
HORA DE INICIO	2:00 p.m.
HORA DE TERMINACION	4:00 p.m.

PARTICIPANTES	
NOMBRE	CARGO
José Luis Mayorca Castilla	Gerente Nacional
Piedad Sanabria Aislant	Directora Nacional Administrativa y financiera
Adriana Ardila Torres	Auditor Medico- Coordinador medico
Yolanda Torres Villamil	Directora Técnica Nacional del Servicio Farmacéutico
Roberto Hernández Macías	Director Nacional de Calidad
Juan Carlos Cárdenas Vega	Auxiliar de Calidad
Leidy Arciniegas Millán	Auxiliar de Calidad

ORDEN DE LA REUNION
<ul style="list-style-type: none"> • Conformación del comité de calidad, dando a conocer el objetivo y responsabilidades del mismo. • Presentar el Organigrama, mapa de procesos y líderes de los mismos, Alcance del sistema de Gestión de calidad, Política y objetivos de Calidad. • Definir el Representante de la dirección ante el SGC.

DESARROLLO DE REUNION

- Se aprobó formalmente el comité de calidad, socializándose el objetivo, responsabilidades y participantes del mismo.
- El comité se reunirá con una periodicidad trimestral
- **Objetivo Comité de Calidad:** "Organismo interno encargado de aprobar, coordinar, efectuar seguimiento y mantener las actividades relacionadas con el Sistema de Gestión de la Calidad (S.G.C.), bajo un enfoque de mejoramiento continuo que asegure el cumplimiento de los requerimientos del Cliente, los legales / reglamentarios y los definidos internamente por el Centro Oncológico Ltda."

	FORMATO ACTA	Código: GC-FO-0008
		Versión: 1
		Página 2 de 3
Aprobó: Director Nacional Calidad		Fecha de Actualización: 2012/07/04

- **Responsabilidades del comité de calidad:**

- Asegurar la implementación, mantenimiento y mejora del S.G.C.
- Promover al interior de la organización el compromiso con el S.G.C.
- Realizar seguimiento al desarrollo del S.G.C. con el fin de generar oportunidades de mejoramiento al mismo.
- Revisar periódicamente la misión, visión, valores Corporativos, política y objetivos de Calidad para buscar el desarrollo de una cultura de calidad y el mejoramiento continuo.
- Efectuar mínimo una vez al año la Revisión por la Dirección al S.G.C. presidida por el Gerente Nacional para asegurar su conveniencia, adecuación y eficacia del SGC.
- Identificar y gestionar los recursos necesarios para implementar, mantener y mejorar continuamente la eficacia del S.G.C. y aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.
- Efectuar seguimiento a los resultados de los indicadores de la medición del S.G.C. y sus procesos, a las acciones correctivas, acciones preventivas y de mejora que se hayan generado.
- Revisar y evaluar los resultados de las auditorías internas y externas realizadas al S.G.C.

- **Organigrama de la organización:**

Se presentó el organigrama de la organización frente al comité el cual fue aprobado.

- **Mapa de procesos y líderes de los mismos:**

Se presentó el mapa de procesos y se ratificaron los líderes de cada uno de ellos, igualmente se socializaron responsabilidades de los líderes.

- Se presentó y aprobó el **alcance del sistema:** Servicios Oncológicos de media y alta complejidad de consulta externa, quimioterapia, servicio farmacéutico y hospitalización en Bucaramanga. Consulta externa, quimioterapia y servicio farmacéutico en Bogotá y Tunja.

- **Política y Objetivos de la calidad:**

Se socializó y explicó los requerimientos de la norma ISO 9001:2008 para la definición de la política de la calidad y se socializó la metodología con la cual se realizó la misma.

Se socializaron las propuestas previamente avaladas por el Gerente Nacional y con la participación del comité de calidad, se aprobó la siguiente política:

"El Centro Oncológico Ltda., está dedicado a la prestación de servicios médicos oncológicos de consulta externa, quimioterapia y hospitalización; así como la preparación y dispensación de medicamentos a través del servicio farmacéutico. Estamos comprometidos con el cumplimiento de la normatividad legal vigente y con la mejora continua a través de un talento humano competente y la infraestructura necesaria para prestar una atención segura, logrando la satisfacción del paciente y la sostenibilidad económica de la organización".

Se presentaron los objetivos de calidad propuestos para aprobación del comité. El Gerente Nacional junto al comité ajustó las propuestas presentadas, quedando como objetivos de la calidad los siguientes:

- Contar con un Talento Humano competente.
- Mantener y mejorar la eficacia de los procesos.
- Mantener controlados los eventos adversos en la atención de los pacientes.
- Lograr la satisfacción del paciente que accede a los servicios del Centro Oncológico.
- Lograr la sostenibilidad financiera.


	FORMATO ACTA	Código: GC-FO-0008
		Versión: 1
		Página 3 de 3
Aprobó: Director Nacional Calidad		Fecha de Actualización: 2012/07/04

- Se definió como Representante de la dirección ante el SGC a el Doctor Roberto Hernández Macías (Director Nacional de Calidad)
 Se socializo formalmente el representante de la dirección ante los miembros del comité, dejando claro sus responsabilidades y autoridad:
 - Asegurarse de que se establecen, implementan y mantiene 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.

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA
Divulgación de política y objetivos de calidad al personal del Centro Oncológico Ltda.	Director Nacional de Calidad y Auxiliares de Calidad	2012-08-13

PARTICIPANTES	FIRMA
José Luis Mayorca Castilla	
Piedad Sanabria Aislant	
Adriana Ardila Torres	
Yolanda Torres Villamil	
Roberto Hernández Macías	
Juan Carlos Cárdenas Vega	
Leidy Arciniegas Millán	

ANEXO 5. Formato Evaluación de Desempeño (Ejemplo)


		EVALUACION DE DESEMPEÑO		Código: TH-FO-0003
				Versión: 01
				Página 1 de 1
		Aprobó: Coordinadora Nacional de Talento Humano		Fecha de Aprobación: 2012-08-01
COLABORADOR	EDITH FUENTES			
CARGO	COORDINADORA NACIONAL FINANCIERA			
DEPENDENCIA	FINANCIERA			
JEFE INMEDIATO	PIEDAD E. SANABRIA AISLANT			
FECHA	DICIEMBRE 3 DE 2012			
CALIFICACION: ver hoja de instrucciones				
No.	Habilidades (60%)			Calificación
1	Organización: Ejecuta las actividades de forma coordinada, optimizando el tiempo y los recursos a su disposición.			Bueno
2	Orientación al Resultado: Realiza las actividades del cargo logrando los resultados propuestos y buscando mejorar continuamente su rendimiento.			No Aplica
3	Liderazgo: Facilita, orienta e inspira a las personas al cumplimiento de sus actividades y objetivos			Bueno
4	Planificación y seguimiento: Tiene capacidad de planear la realización de las actividades y de hacerles seguimiento para lograr las metas propuestas.			Bueno
5	Atención al Detalle: Realiza en forma precisa y cuidadosa las actividades de su cargo.			Bueno
6	Capacidad para la toma de decisiones: Realiza análisis lógicos para entender y resolver problemas o dificultades de la manera más adecuada.			Bueno
7	Autocontrol: Se mantiene estable ante situaciones de presión de tiempo, desacuerdo, oposición y diversidad.			Sobresaliente
8	Confidencialidad: Mantiene discreción, reserva y mesura con la información a la que tiene acceso.			Sobresaliente
9	Comunicación Efectiva: Expresa en forma clara y veraz la información, ideas y opiniones, escucha atentamente e intenta comprender las ideas del otro			Bueno
10	Iniciativa: Inicia y desarrolla alternativas de acción por sí mismo, dentro de la autonomía que le corresponde.			Bueno
11	Disposición al cambio: Demuestra actitud positiva a los cambios propuestos para la dependencia.			No Aplica
12	Destreza: Realiza las actividades del cargo de forma rápida y sin que su desarrollo se vea entorpecido.			No Aplica
13	Trabajo en Equipo: Establece buenas relaciones interpersonales en busca del logro de metas comunes, generando un ambiente de trabajo favorable.			No Aplica
14	Autocontrol: Se mantiene estable ante situaciones de presión de tiempo, desacuerdo, oposición y diversidad.			No Aplica
15	Orientación al Cliente: Mantiene una actitud constante de colaboración con el cliente interno y externo.			No Aplica
Subtotal				4,2
Resultado subtotal				Bueno
No.	Desempeño frente al SGC (20%)			Calificación
1	Cumple los lineamientos y maneja la documentación de la empresa con respecto al Sistema de Gestión de calidad aplicable a su área de trabajo.			Siempre
2	Demuestra interés y genera aportes para el mejoramiento continuo de la dependencia.			Algunas veces
3	Emplea los recursos de forma responsable y prudente en la ejecución de sus funciones.			Siempre
Subtotal				4,3
Resultado subtotal				Bueno
No.	Validación de la Evaluación (20%)			Calificación
1	Aspectos disciplinarios			5
2	Concepto general Jefes de Área y Directores Nacionales			5
Subtotal				5,0
Resultado subtotal				Sobresaliente
valor	ítem	ponderado	total	
4,2	Habilidades	60%	2,5	
4,3	Desempeño frente al SGC	20%	0,9	
5,0	Validación de la Evaluación	20%	1,0	
Suma total			4,4	
Resultado Total			Bueno	
Observaciones y necesidades de capacitación y/o entrenamiento detectadas				
SE RECOMIENDA CUMPLIR CON LAS FECHAS ASIGNADAS PARA LA PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS INFORMES FINANCIEROS.				
Compromisos de mejoramiento del evaluado				
Compromiso		Fecha	Verificación	

Firma del evaluador

Firma del Evaluado

La firma del colaborador(a) significa que todas las partes de esta evaluación han sido discutidas con su jefe inmediato.

ANEXO 6. Formato Seguimiento al trámite de PQRS (Ejemplo)


		SEGUIMIENTO AL TRÁMITE DE PQRS										Código: AC-FO-0005					
												Versión 01					
												Página 1 de 1					
Aprobó: Líder de Atención al Cliente										Fecha de Aprobación: 2012/09/27							
										Días para respuesta por parte del área		2					
										Días para respuesta usuario		8					
No.	Fecha de manifestación	Fecha recepción	Tipo de manifestación	Nombre usuario	Documento	Servicio sobre el que se manifiesta	Breve Descripción	Fecha de recibo de solicitud	Fecha de respuesta del área	Fecha de respuesta a la solicitud	Fecha respuesta recibida por el área	Fecha de respuesta enviada al usuario	SEGUIMIENTO			Fecha de seguimiento	Responsable
													Oportunidad interna de respuesta	Oportunidad Externa de respuesta	Calidad respuesta		
1	08/11/2012	13/11/2012	Queja	Sergio Perdomo		Hospitalización	Falta personal en la noche para llevar muestras de laboratorio.	13/11/2012	15/11/2012	21/11/2012	fecha	19/11/2012		SI	19/11/2012		Atención al Cliente
2	08/11/2012	13/11/2012	Sugerencia	Miguel Antonio Carrascal	5,508,559	Quimioterapia	Faltan tripodes para las bolsas de suero, para ingresar a los baños	13/11/2012	15/11/2012	21/11/2012	NA	19/11/2012		SI	19/11/2012		Dirección Nacional Administrativa y Financiera.
3	14/11/2012	19/11/2012	Sugerencia	Alix Jimenez		Consulta Externa	Contar con baños separados para mujeres y para hombres.	19/11/2012	21/11/2012	27/11/2012	NA	19/11/2012		SI	21/11/2012		Dirección Nacional Administrativa y Financiera.
4	27/11/2012	27/11/2012	Queja	José Serrano		Consulta Externa	Queja por retraso en la atención del paciente	30/11/2012	02/12/2012	08/12/2012	fecha	7/12/2012		SI	07/12/2012		Atención al Cliente

ANEXO 7. Formato Evaluación Eficacia de capacitaciones y/o entrenamiento

 CENTRO ONCOLÓGICO <small>Comprometidos con la Vida</small>	EVALUACION DE EFICACIA DE LA CAPACITACIÓN Y/O ENTRENAMIENTO	Código. TH-FO-0005
		Versión: 01
		Página 1 de 1
Aprobó: Coordinadora Nacional de Talento Humano		Fecha de Aprobación: 2012-11-27

Fecha Evaluación		
Trabajador		
Cargo		
Capacitación y/o entrenamiento recibido		
Fecha Capacitación y/o entrenamiento		
DILIGENCIADO POR EL TRABAJADOR		
A continuación encontrará cuatro opciones de respuesta, por favor seleccione la respuesta que considera adecuada:		
No.	Descripción	Calificación
1	Que aporte le brindo la capacitación y/o entrenamiento?	
<i>Si la respuesta a la pregunta 1 es negativa, Explique Por qué?</i>		
2	Los conocimientos adquiridos en la capacitación y/o entrenamiento, lo está implementando en su trabajo o en la empresa?	
3	Los conocimientos adquiridos le han permitido incrementar su nivel de desempeño laboral, desempeño de la institución o de los procesos?	
SOLO PERSONAL NUEVO		
4	La inducción recibida le brindó las herramientas suficientes para iniciar sus labores satisfactoriamente en el nuevo cargo?	
Subtotal		0,0
Resultado subtotal		
DILIGENCIADO POR EL JEFE INMEDIATO		
A continuación encontrará cuatro opciones de respuesta, por favor seleccione la respuesta que considera adecuada:		
No.	Desempeño frente a la capacitación	Calificación
1	Que aporte le brindo al participante la capacitación y/o entrenamiento?	
<i>Si la respuesta a la pregunta 1 es negativa, Explique Por qué?</i>		
2	Los conocimientos adquiridos por el participante a la capacitación y/o entrenamiento, lo está implementando en su trabajo?	
3	Los conocimientos adquiridos por el participante le han permitido incrementar su nivel de desempeño laboral?	
SOLO PERSONAL NUEVO		
4	La inducción recibida le brindó las herramientas suficientes para iniciar sus labores satisfactoriamente en el nuevo cargo?	
Subtotal		0,0
Resultado subtotal		
TOTAL		

ANEXO 8. Guía para la elaboración de documentos

	GUIA PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS	Código: GC-G-0002
		Versión: 03
		Página 1 de 8
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012/12/28

1. OBJETIVO

Definir los lineamientos para la elaboración o actualización de los documentos que conforman el Sistema de Gestión de Calidad en el Centro Oncológico Ltda.

2. ALCANCE

Aplica a todos los documentos internos que se elaboren y/o actualicen dentro de los Procesos del Centro Oncológico Ltda., a nivel nacional.

3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

- **Copia controlada:** Copia de un documento sometido a los controles que se describen en este documento, con el fin de asegurar al poseedor del documento que cuente con la versión vigente de éste.
- **Documento externo:** Documento que pertenece a entidades externas.
- **Documento obsoleto:** Documento que ya no se utiliza, debido a que existe una actualización del mismo.
- **Manual de Calidad:** Documento que describe el Sistema de Gestión de la Calidad del Centro Oncológico Ltda.
- **Proceso:** Conjunto de recursos y actividades interrelacionadas que transforman elementos de entrada en resultados.
- **Registro:** Documento que suministra evidencia objetiva de actividades efectuadas o de resultados alcanzados.
- **SGC:** Sistema de Gestión de la Calidad.

4. CONTENIDO DE LA GUÍA

4.1 CODIFICACIÓN DEL DOCUMENTO


Los documentos del Sistema de Gestión de Calidad establecido en los procesos del Centro Oncológico Ltda., se codifican de la siguiente forma:

XX-YY-ZZZZ

XX: Hace referencia al proceso que generó el documento.

YY: Hace referencia al tipo de documento.

ZZZZ: Hace referencia al consecutivo del documento

	GUIA PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS	Código: GC-G-0002
		Versión: 03
		Página 2 de 8
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012/12/28

4.1.1 Tipos de Procesos del Sistema de Gestión de Calidad

Código	Tipo de proceso
DI	Dirección Institucional
GC	Gestión de calidad
AC	Atención al Cliente
CE	Consulta Externa
HO	Hospitalización
QM	Quimioterapia
SF	Servicio Farmacéutico
TH	Talento Humano
IM	Infraestructura y Mantenimiento
FI	Financiera
AU	Autorizaciones y Facturación
TI	TICS (tecnologías de la información y las telecomunicaciones)
CP	Compras

4.1.2 Tipos de documentos del Sistema de Gestión de Calidad


Código	Tipo de Documento
MA	Manual
CR	Caracterización
PR	Procedimiento
G	Guía
IN	Instructivo
PT	Protocolo
FO	Formato

4.2. ASPECTOS GENERALES DE FORMA

Encabezado

Debe presentarse al inicio de cada hoja del documento, y está compuesto por:

- **Logo:** Logo del Centro Oncológico Ltda.
- **Nombre del documento:** denominación con la cual se titula el documento.
- **Código:** Se asigna de acuerdo a los parámetros establecidos en el punto 4.1 codificación de los documentos (de esta guía).
- **Versión:** Se escribe el número de versión en la que se encuentra el documento, ej, versión 1, 2 etc.
- **Página:** Se trata de la numeración de cada una de las páginas del documento.
- **Aprobó:** Se indica el cargo que aprobó el documento.

	GUIA PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS	Código: GC-G-0002
		Versión: 03
		Página 3 de 8
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012/12/28

- **Fecha de aprobación:** Muestra la fecha de aprobación del documento. Lleva el siguiente formato AAAA/MM/DD.

4.3 Control de cambios de los documentos

Los manuales, procedimientos, instructivos, protocolos y guías; llevan en la última página del documento, la historia de los cambios que se han realizado al documento desde su emisión inicial hasta la vigente, este historial contendrá lo siguiente.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA DE APROBACION	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS

4.4 CONTENIDO DE LOS DOCUMENTOS

4.4.1 Contenido de los manuales


Los manuales del SGC del Centro Oncológico Ltda., contienen:

- **Objetivo:** Describir el resultado esperado o propósito final del conjunto de actividades mencionadas en el documento.
- **Alcance:** Indicar el cubrimiento o limitación de la aplicación del procedimiento (a quién se dirige: personas, procesos, entre otros)
- **Definiciones y/o Abreviaturas:** Escribir los términos administrativos y/o técnicos y abreviaturas que se consideren necesarios para un claro entendimiento.
- **Contenido:** El contenido es de libre escogencia de acuerdo con las necesidades del documento.
- **Control de cambios:** se especifica la versión, fecha de aprobación y descripción de cambios realizados.

4.4.2 Contenido de las Caracterizaciones

Las caracterizaciones de los procesos del SGC del Centro Oncológico Ltda., contienen:

- **Tipo de Proceso:** Hace referencia al servicio asistencial o administrativo del Centro Oncológico.
- **Responsable del proceso:** cargo del líder del proceso.
- **Objetivo del proceso:** Define el propósito general del proceso.
- **Alcance del proceso:** Describe la cobertura de las actividades que lo comprenden.
- **Proveedores:** Organización o persona que proporciona un producto. Pueden ser entidades externas u procesos internos.
- **Entradas:** Información, documentos o elementos necesarios para desarrollar las actividades propias del proceso.


	GUIA PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS	Código: GC-G-0002
		Versión: 03
		Página 4 de 8
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012/12/28

- **Actividades del proceso:** Se describen las actividades que se realizan en el proceso.
- **Responsable:** Describe los cargos responsables de realizar las actividades del proceso.
- **Salidas del proceso:** Información, documentos o elementos transformados requeridos en otras actividades propias o de otros procesos.
- **Clientes:** Organización o persona que recibe un producto. Pueden ser entidades externas o procesos internos.
- **Requisitos Ley:** indica cualquier normatividad que se deba cumplir para ejecutar las actividades del proceso.
- **Procesos relacionados:** Todos aquellos procesos que interactúan directamente con el proceso
- **Requisitos de la Norma NTC ISO 9001:** Indicar los requisitos (capítulos) de la norma NTC ISO 9001, aplicables al proceso.
- **Recursos requeridos para el proceso:** Recursos requeridos para el proceso; ya sean recursos físicos, y/o tecnológicos.
- **Documentos y registros aplicables:** Indica los documentos propios del proceso y los registros de calidad resultantes del proceso.
- **Seguimiento y/o medición:** Actividades para realizar seguimiento y medición del proceso (comités, reuniones de seguimiento, auditorías internas, indicadores (si aplica)).
- **Requisitos de la organización:** Indica los requisitos internos de la organización para la realización del proceso.
- **Control de cambios:** se especifica la versión del documento, la fecha de aprobación y descripción de cambios realizados.

4.4.3 Contenido de los procedimientos

Los procedimientos del SGC del Centro Oncológico Ltda., contienen la siguiente estructura:

- **Objetivo:** Define el propósito general del proceso. Responde a las preguntas qué pretende el proceso y para qué.
- **Alcance:** Describe la cobertura de las actividades que lo comprenden, así como de donde a donde va.
- **Responsable:** cargo que responde por el procedimiento.
- **Definiciones y/o Abreviaturas:** Describir los elementos que se consideren necesarios para un claro entendimiento.
- **Procedimiento:** La descripción del procedimiento se puede realizar en forma de párrafos o en forma de tabla cuyas columnas describen lo siguiente.
 - No.: número de la actividad
 - Actividad: describe las actividades del procedimiento.
 - Responsable: describe los responsables de las actividades.
 - Documento y/o registro: se enuncia el documento que se requiere o resulta de la actividad y/o los registros que resultan de la misma.

	GUIA PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS	Código: GC-G-0002
		Versión: 03
		Página 5 de 8
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012/12/28

- **Control de cambios:** se especifica la versión, fecha de aprobación y descripción de cambios realizados.

4.4.4 Contenido de las Guías, instructivos y Protocolos.

Las Guías y los protocolos del SGC del Centro Oncológico Ltda., contienen:

- **Objetivo:** Define el propósito general del proceso. Responde a las preguntas qué pretende el proceso y para qué.
- **Alcance:** Describe la cobertura de las actividades que lo comprenden, así como de donde a donde va.
- **Definiciones y/o Abreviaturas:** Describir los elementos que se consideren necesarios para un claro entendimiento.
- **Contenido:** de acuerdo con las necesidades del documento.
- **Control de cambios:** se especifica la versión, fecha de aprobación y descripción de cambios realizados.


Los protocolos generalmente son para uso exclusivo del área de la salud. Dependiendo de las características del documento se adiciona el ítem de normatividad. El protocolo debe fijar la conducta diagnóstica y terapéutica aconsejable ante determinadas eventualidades clínicas.

4.4.5 Contenido de los formatos

Los formatos contienen como mínimo la identificación del mismo, la versión y la fecha de aprobación. Dependiendo de las características del formato pueden adicionarse instrucciones de diligenciamiento.

4.5 Consideraciones para el control de documentos del SGC


- Los documentos internos se mantienen de manera actualizada en el sistema de información del Centro Oncológico Ltda. y la Dirección Nacional de Calidad realiza las copias de seguridad respectivas. Toda copia física que se necesite en las distintas áreas, a excepción de los formatos, debe ser solicitada por el responsable del proceso a Gestión de Calidad, por medio del formato solicitud de documentos, el documento se imprime y lleva la frase de "copia controlada". Al entregar el documento al responsable del proceso se diligencia el formato "entrega de copias controladas".
- Cuando se requieran copias de los documentos oficiales para un cliente o entidad externa (por ejemplo la autoridad sanitaria), se tomara la fotocopia respectiva y se hará entrega de la misma y estas copias no serán actualizadas si se presentan cambios en la documentación oficial, ya que si no llevan el sello de copia controlada se consideran documentos no controlados.
- El Responsable de cada proceso es responsable de que el personal realice las actividades de acuerdo a lo establecido en la documentación.
- La documentación se debe revisar y actualizar cuando sea necesario, se sugiere que dicha revisión no sea superior a tres años después de liberado el documento.

	GUIA PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS	Código: GC-G-0002
		Versión: 03
		Página 6 de 8
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012/12/28

- Cada responsable de proceso debe asegurarse que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso.
- El Director Nacional de Calidad, mantendrá actualizado el listado maestro de documentos.
- No deben existir documentos obsoletos si se requiere conservarlos por preservación de conocimiento se identificarán con la frase “Documento obsoleto”.
- Los documentos de origen externo que controla el Centro Oncológico Ltda, corresponden a normas gubernamentales en salud, normatividad ISO y otra documentación de uso en las diferentes áreas que regulan la actividad de salud. Estos documentos se controlan por cada proceso y deben estar relacionados en el listado maestro de control de documentos (sección documentos de origen externo), actualizado y controlado por el responsable del proceso al que le aplique.
- La documentación vigente es la que el proceso de Gestión de Calidad, ubique en el sitio definido para consulta del personal del Centro Oncológico.
- Si se requiere crear, modificar o anular un documento, el responsable del proceso al que pertenece el documento, diligenciará el formato solicitud de documentos y lo enviara al proceso de Gestión de Calidad.
- El jefe inmediato de cada área es el encargado de aprobar la descripción de cargo de su personal.
- Las modificaciones están a cargo del responsable del proceso al que pertenezca el documento o a quien éste designe para ello. En la tabla 1, se muestran los responsables de los procesos y los responsables de revisión y aprobación de los mismos. Los protocolos y guías médicas y los formatos pueden estar sin firmas de quien elabora, revisa y aprueba.

Tabla 1

Id	Procesos	Tipo de proceso	Responsable Revisión	Responsable Aprobación
DI	Dirección Institucional	Estratégico	Director Nacional de Calidad	Gerente Nacional
GC	Gestión de calidad	Estratégico	Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad
AC	Atención al Cliente	Misional	Director Nacional de Calidad	Líder Atención al Cliente
CE	Consulta Externa	Misional	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico
HO	Hospitalización	Misional	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico
QM	Quimioterapia	Misional	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico
SF	Servicio Farmacéutico	Misional	Director Nacional de Calidad	Directora Nacional Técnico científico

	GUIA PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS	Código: GC-G-0002
		Versión: 03
		Página 7 de 8
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012/12/28


TH	Talento Humano	Apoyo	Director Nacional de Calidad	Coordinadora Nacional de Talento Humano
MI	Mantenimiento Infraestructura e	Apoyo	Director Nacional de Calidad	Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento
FI	Financiera	Apoyo	Director Nacional de Calidad	Coordinadora Nacional Financiera
AU	Autorizaciones Facturación y	Apoyo	Director Nacional de Calidad	Coordinador Regional de Autorizaciones y Facturación
TC	TICS	Apoyo	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional TICS
CP	Compras	Apoyo	Director Nacional de Calidad	Directora Nacional Administrativa y Financiera

5. CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA DE APROBACION	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	2012/07/04	Liberación
2	2012/08/01	<ul style="list-style-type: none"> • Se actualizó la codificación de documentos. • Se actualizó contenido de los diferentes documentos como procedimientos, guías, protocolos, entre otros. • En aspectos generales de forma se eliminaron los aspectos relacionados con fuentes de texto, encabezados, títulos, entre otros. • Se actualizaron los responsables de revisión y aprobación de documentos.
3	2012/12/28	<ul style="list-style-type: none"> • Se incluyó la aprobación de las descripciones de cargos.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Director Nacional de Calidad	Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad

ANEXO 9. Procedimiento Control de Documentos y Registros

	PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	Código: GC-PR -0001
		Versión: 03
		Página: 1 de 4
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de aprobación: 2013/02/20

1. OBJETIVO

Establecer las actividades necesarias para el control de los documentos y registros de los procesos del Centro Oncológico Ltda., conforme a los requisitos de la norma NTC ISO 9001

2. ALCANCE.

Este procedimiento aplica a todos los documentos y registros internos que se utilicen dentro de los procesos del Centro Oncológico Ltda.

3. RESPONSABLE

Director Nacional de Calidad

4. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS


Copia controlada: Copia de un documento sometido a los controles que se describen en este documento, con el fin de asegurar al poseedor del documento que cuente con la versión vigente de éste.

Documento externo: Documento que pertenece a entidades externas

Documento obsoleto: Documento que ya no se utiliza, debido a que existe una actualización del mismo

5. PROCEDIMIENTO

No.	Actividad	Responsable	Documento y / o registro
1	Elaborar o actualizar documento: De acuerdo con la necesidad del proceso, se elabora o revisa y actualiza el documento respectivo; el tiempo propuesto para dicha revisión y actualización y la identificación de los mismos, se define en la Guía elaboración de documentos.	Responsable designado	Guía elaboración de documentos
2	Aprobar documento. Una vez elaborado o corregido el documento, se realiza la revisión del mismo y se pasa para aprobación del responsable. Si existe alguna observación al documento, éste se regresa a quien lo elaboró para realizar las correcciones y enviarlo a aprobación nuevamente. En la guía de elaboración de documentos se describe el responsable de dicha aprobación.	Responsable designado	Guía elaboración de documentos

	PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	Código: GC-PR -0001
		Versión: 03
		Página: 2 de 4
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de aprobación: 2013/02/20

3	Identificar cambios. Se describen los cambios en los documentos en el título "control de cambios". Los formatos no cuentan con ese campo, por lo tanto en la divulgación del mismo se pueden identificar dichos cambios.	Responsable del Proceso o responsable de la documentación	N.A.
4	Divulgar documento: Se realiza la divulgación del documento mediante correo electrónico o en reunión con los directamente afectados por el documento, en este caso se debe dejar evidencia de dicha divulgación. Los documentos aplicables a cada proceso se encuentran disponibles en los puntos de uso. Adicionalmente se actualiza el listado maestro de documentos. Para el caso del correo electrónico se debe enviar respuesta de leído y entendido por parte de quien recibe el correo	Responsable del Proceso o responsable de la documentación	N.A.
5	Identificar y controlar documentos externos Cada responsable de proceso identifica los documentos de origen externo que le aplican y los controla a través del listado maestro de documentos externos. Si es necesaria su distribución se realiza de la misma manera como se divulgan los de origen interno.	Responsable del Proceso o Profesional de Calidad	Listado maestro de documentos externos
6	Retirar documentos obsoletos: Se realiza el retiro de los documentos obsoletos, si se requiere conservar alguno de estos, se identifica como "Documento Obsoleto", estos documentos son responsabilidad del responsable del proceso.	Responsable del Proceso o Profesional de Calidad	N.A.
7	Identificar Registros. Cada Responsable de proceso define cuáles son los registros necesarios para evidenciar la ejecución de las actividades. Dichos registros se plasman en el listado maestro de registros.	Responsable del Proceso o responsable de la documentación	Listado maestro de registros
8	Almacenar y proteger los registros Los registros se pueden almacenar de manera digital o física, el digital se almacena en cada equipo realizando la respectiva copia de seguridad, los de medio físico se mantienen en archivadores adecuados para protegerlos de la	Responsable del Proceso o responsable de la documentación	N.A.

	PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	Código: GC-PR -0001
		Versión: 03
		Página: 3 de 4
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de aprobación: 2013/02/20

	humedad y el polvo.		
9	Retener y disponer los registros El tiempo de retención y la disposición final de los registros se plasma en el listado maestro de registros.	Responsable del Proceso o responsable de la documentación	Listado maestro de registros
10	Mantener documentos y registros legibles, identificables y recuperables. No deben contener tachaduras ni enmendaduras. En caso de presentarse algún error al momento de diligenciar el documento, se debe identificar el error y realizar la corrección respectiva. No se permite usar corrector. Se coloca el error entre paréntesis y al lado la palabra "Error"	Responsable del Proceso o responsable de la documentación	N.A.
11	Diligenciar los registros completos, sin dejar espacios, renglones o casillas en blanco. En caso de que el renglón o espacio no requiera ser usado debe registrarse NO APLICA o su abreviatura y en las casillas se debe trazar una línea diagonal o registrar NO APLICA o su abreviatura.	Responsable del Proceso o responsable de la documentación	N.A.
12	Verificar cumplimiento del procedimiento A través de las auditorías internas o por revisiones periódicas, se verifica que se esté cumpliendo con el control de documentos y registros.	Director Nacional de Calidad o Profesional de Calidad	N.A.

6. CONTROL DE CAMBIOS


VERSION	FECHA DE APROBACION	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	2012/05/29	Liberación
2	2012/08/17	<ul style="list-style-type: none"> Se unificaron los procedimientos de control de documentos internos y control de registros, quedando sólo control de documentos y registros. Se amplió el tema de divulgación de documentos.
3	2013/02/20	<ul style="list-style-type: none"> Se incluyó en la actividad 10 se aclara el tema de corrección de errores. Se incluyó la actividad 11 sobre los espacios y casillas en blanco

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Director Nacional de Calidad	Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad

ANEXO 10. Listado Maestro de documentos Internos de los procesos

Procesos Estratégicos


✓ **Proceso Dirección Institucional**

	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS		Código: GC-FO-0016
			Versión: 03
			Página 1 de 1
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012/11/08	
PROCESO:	DIRECCIÓN INSTITUCIONAL		

IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN	
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO
Caracterización	Dirección Institucional	DI-CR-0001	2	Director Nacional de Calidad	Gerente Nacional	2012-11-30	BUC, BOG, TUN	DI
Procedimiento	Realización de Convenios	DI-PR-0001	1	Director Nacional de Calidad	Gerente Nacional	2012-09-14	BUC, BOG, TUN	DI

✓ Proceso Gestión de Calidad


				LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS			Código: GC-FO-0016	
							Versión: 03	
Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/08				
PROCESO:				GESTIÓN DE CALIDAD				
IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN	
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO
Caracterización	Gestión de Calidad	GC-CR-0001	04	Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad	2013-01-28	BUC,BOG, TUN	Gestión Calidad
Manual	Manual de Calidad	GC-MA-0001	04	Director Nacional de Calidad	Gerente Nacional	2013-02-04	BUC,BOG, TUN	Todos los procesos
Manual	Seguimiento a Riesgos	GC-MA-0002	02	Coordinador Médico	Director Nacional de Calidad	2013-03-14	BUC, BOG, TUN	QM, HO, CE
Procedimiento	Control de Documentos y Registros	GC-PR-0001	02	Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad	2012-08-17	BUC,BOG, TUN	Gestión Calidad
Procedimiento	Planificación del SGC	GC-PR-0002	01	Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad	2012-12-28	BUC	Gestión Calidad
Procedimiento	Control de Producto No Conforme	GC-PR-0003	03	Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad	2012-11-06	BUC,BOG, TUN	Gestión de calidad, QM,HO,CE, SF
Procedimiento	Acciones Correctivas y Preventivas	GC-PR-0005	03	Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad	2013-02-08	BUC,BOG, TUN	Todos los procesos
Procedimiento	Auditorias	GC-PR-0006	03	Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad	2012-12-28	BUC,BOG, TUN	Gestión de calidad
Guía	Guía Elaboración de Documentos	GC-G-0002	03	Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad	2012-12-28	BUC	Gestión de calidad
Formato	Acciones Correctivas y Preventivas	GC-FO-0001	04	Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad	2013-01-25	BUC,BOG, TUN	Todos los procesos
Formato	Entrega de copias controladas	GC-FO-0002	02	Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad	2012-08-16	BUC,BOG, TUN	Todos los procesos
Formato	Evaluación de desempeño del auditor Interno	GC-FO-0003	02	Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad	2012-08-18	BUC	Gestión de Calidad
Formato	Reporte de eventos adversos	QM-FO-0004	02	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2013-03-13	BUC, BOG, TUN	QM, CE, HO, SF, AC
Formato	Informe de Auditoria	GC-FO-0005	02	Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad	2012-08-28	BUC,BOG, TUN	Gestión de calidad
Formato	Seguimiento a riesgos	GC-FO-0006	01	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2013-01-25	BUC, BOG, TUN	QM, CE, HO, SF, AC
Formato	Lista de verificación	GC-FO-0007	01	Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad	2012-08-28	BUC,BOG, TUN	Gestión de calidad
Formato	Formato de acta	GC-FO-0008	01	Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad	2012-07-04	BUC,BOG, TUN	Todos los procesos
Formato	Plan de Auditoria	GC-FO-0009	02	Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad	2012-12-07	BUC,BOG, TUN	Gestión de Calidad
Formato	Producto No Conforme	GC-FO-0010	03	Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad	2012-11-02	BUC,BOG, TUN	QM,HO,SF, CE
Formato	Programación de auditoria	GC-FO-0011	01	Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad	2012-12-07	BUC,BOG, TUN	Gestión de Calidad
Formato	Lista de verificación a Banco de sangre	GC-FO-0012	01	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-12-19	BUC	Gestión de Calidad
Formato	Lista de verificación a laboratorio clínico	GC-FO-0013	01	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-12-19	BUC,BOG	Gestión de Calidad

	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS		Código: GC-FO-0016
			Versión: 03
			Página 2 de 2
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012/11/08	
PROCESO:	GESTIÓN DE CALIDAD		

IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN	
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO
Formato	Solicitud de Documentos	GC-FO-0014	02	Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad	2012-08-18	BUC,BOG, TUN	Todos los procesos
Formato	Listado maestro de documentos externos	GC-FO-0015	02	Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad	2012-08-18	BUC,BOG, TUN	Todos los procesos
Formato	Listado maestro de documentos internos	GC-FO-0016	03	Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad	2012-11-08	BUC,BOG, TUN	Todos los procesos
Formato	Listado maestro de registros	GC-FO-0017	03	Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad	2012-11-01	BUC,BOG, TUN	Todos los procesos
Formato	Acciones de Mejora	GC-FO-0018	02	Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad	2012-08-01	BUC,BOG, TUN	Todos los procesos
Formato	Lista de verificación servicios asistenciales hospitalarios	GC-FO-0019	01	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-12-19	BUC,BOG	Gestión de Calidad
Formato	Evaluación de calidad de historias clinicas	GC-FO-0021	01	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-12-19	BUC,BOG, TUN	Gestión de Calidad
Formato	Lista de verificación a proveedores	GC-FO-0022	01	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-12-04	BUC,BOG, TUN	Gestión de Calidad
Formato	Lista de Verificación servicio de lavandería	GC-FO-0023	01	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-12-19	BUC, TUN	Gestión de Calidad
Formato	Seguimiento a plan de acción	GC-FO-0024	01	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-12-19	BUC	Gestión de Calidad
Formato	Evaluación de adherencia a guias oncologicas	GC-FO-0025	01	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-12-19	BUC,BOG, TUN	Gestión de Calidad
Formato	Lista de verificación cumplimiento de guias y actividades de enfermería	GC-FO-0026	01	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-12-19	BUC, TUN	Gestión de Calidad


Procesos Misionales

✓ Proceso Atención al Cliente

	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS		Código: GC-FO-0016
			Versión: 03
			Página 1 de 1
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012/11/08	
PROCESO:	ATENCIÓN AL CLIENTE		

IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN	
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO
Caracterización	Atención al cliente	AC-CR-0001	03	Director Nacional de Calidad	Lider de Atención al cliente	2013-02-04	BUC,BOG, TUN	Atención al cliente
Procedimiento	Procedimiento Atención al cliente	AC-PR-0001	04	Director Nacional de Calidad	Lider de Atención al cliente	2013-03-14	BUC,BOG, TUN	Atención al cliente
Guia	Call center	AC-G-0001	01	Director Nacional de Calidad	Lider de Atención al cliente	2012-11-30	BOG	Atención al cliente
Formato	Buzon de sugerencias	AC-FO-0001	02	Director Nacional de Calidad	Lider de Atención al Cliente	2012-09-27	BUC,BOG, TUN	Atención al cliente
Formato	Registro de asitencia asociación de usuarios	AC-FO-0002	02	Director Nacional de Calidad	Lider de Atención al Cliente	2012-12-12	BUC	Atención al cliente
Formato	Inscripción asociación de usuarios	AC-FO-0003	02	Director Nacional de Calidad	Lider de Atención al Cliente	2013-03-11	BUC	Atención al cliente
Formato	Encuesta de satisfacción al usuario	AC-FO-0004	03	Director Nacional de Calidad	Lider de Atención al Cliente	2012-11-14	BUC,BOG, TUN	Atención al cliente
Formato	Seguimiento al tramite de PQRS	AC-FO-0005	01	Director Nacional de Calidad	Lider de Atención al Cliente	2012-09-27	BUC,BOG, TUN	Atención al cliente
Formato	Encuesta de satisfacción EPS, EPS-S	AC-FO-0006	01	Director Nacional de Calidad	Lider de Atención al Cliente	2013-02-08	BUC,BOG, TUN	Atención al cliente
Formato	Seguimiento asistencial al tratamiento	AC-FO-0007	02	Director Nacional de Calidad	Lider de Atención al Cliente	2013-03-11	BUC,BOG, TUN	Atención al cliente

✓ Proceso Consulta Externa

	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS	Código: GC-FO-0016
		Versión: 03
		Página 1 de 1
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012/11/08
PROCESO:	CONSULTA EXTERNA	

IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN	
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO
Caracterización	Consulta externa	CE-CR-0001	03	Director Nacional de Calidad	Coordinador Medico	2013-02-01	BUC,BOG, TUN	Consulta Externa
Procedimiento	Consulta externa	CE-PR-0001	02	Director Nacional de Calidad	Coordinador Medico	2013-01-11	BUC,BOG, TUN	Consulta Externa
Procedimiento	Junta medica	CE-PR-0002	02	Director Nacional de Calidad	Coordinador Medico	2012-10-03	BUC,BOG	Consulta Externa
Procedimiento	Custodia y prestamo de historias clinica	CE-PR-0003	03	Director Nacional de Calidad	Coordinador Medico	2013-03-08	BUC,BOG, TUN	Consulta Externa, QM, HO
Manual	Cuidados paliativos y/o manejo del dolor	CE-MA-0001	02	Director Nacional de Calidad	Coordinador Medico	2012-12-03	BUC,BOG	Consulta Externa
Formato	Informe de Cirugias	CE-FO-0002	01	Director Nacional de Calidad	Coordinador Medico	2012-12-03	BUC	Consulta Externa
Formato	Consentimiento informado para procedimientos	CE-FO-0004	02	Director Nacional de Calidad	Coordinador Medico	2012-11-13	BUC,BOG	Consulta Externa
Formato	Oportunidad Asignación Citas	CE-FO-0005	01	Director Nacional de Calidad	Coordinador Medico	2012-12-04	BUC	Consulta Externa
Formato	Control de medicamentos	CE-FO-0006	01	Director Nacional de Calidad	Coordinador Medico	2012-01-09	BUC	Consulta Externa
Formato	Asignación de citas	CE-FO-0008	02	Director Nacional de Calidad	Coordinador Medico	2012-09-25	BUC,BOG, TUN	Consulta Externa
Formato	Consentimiento informado para tratamiento no oncologico	CE-FO-0009	01	Director Nacional de Calidad	Coordinador Medico	2013-03-15	BUC,BOG, TUN	Externa, QM
Formato	Control Concentración de soluciones desinfectantes	CE-FO-0011	01	Director Nacional de Calidad	Coordinador Medico	2012-09-19	BUC	Consulta Externa
Formato	Justificación NO POS	CE-FO-0013	02	Director Nacional de Calidad	Coordinador Medico	2012-09-27	BUC,BOG, TUN	Consulta Externa, QM, HO
Formato	Solicitud programación quirurgica médico especialista	CE-FO-0015	01	Director Nacional de Calidad	Coordinador Medico	2012-04-27	BUC	Consulta Externa, QM, HO
Formato	Unidad de alivio del dolor y cuidados paliativos Hoja de control de sintomas	CE-FO-0016	01	Director Nacional de Calidad	Coordinador Medico	2012-07-25	BUC,BOG	Consulta Externa
Formato	Solicitud de documentos de Historia Clinica	CE-FO-0019	02	Director Nacional de Calidad	Coordinador Medico	2012-09-19	BUC,BOG, TUN	Consulta Externa, QM, HO
Formato	Control prestamo de Historias clinica	CE-FO-0020	02	Director Nacional de Calidad	Coordinador Medico	2012-09-19	BUC,BOG, TUN	Consulta Externa, QM, HO

✓ Proceso Hospitalización

	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS						Código: GC-FO-0016	
							Versión: 03	
							Página 1 de 5	
Aprobó: Director Nacional de Calidad					Fecha de Aprobación: 2012/11/08			
PROCESO:		HOSPITALIZACIÓN						
IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN:	
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO
CARACTERIZACION	HOSPITALIZACION	HO-CR-0001	3	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2013-01-31	BUC, BOG, TUN	HO
GUIA	GESTION CARRO DE PARO	HO-G-0001	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2013-01-30	BUC, BOG, TUN	HO, CE, QM
GUIA	SERVICIO DE ALIMENTACION Y NUTRICION EN EL AREA HOSPITALARIA	HO-G-0002	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-01	BUC	HO
GUIA	MANEJO NUTRICIONAL DE PACIENTES ONCOLÓGICOS	HO-G-0003	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-08-30	BUC	HO
GUIA	SONDA VESICAL	HO-G-0004	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-08-22	BUC	HO
GUIA	MANEJO DE CATETER IMPLANTABLE	HO-G-0005	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-24	BUC, BOG, TUN	HO, QM
GUIA	CODIGO AZUL	HO-G-0006	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-10-17	BUC, BOG, TUN	HO, CE, QM
GUIA	CATETERISMO VENOSO	HO-G-0007	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-08-22	BUC, BOG, TUN	HO, CE, QM
GUIA	CONTROL DE LIQUIDOS	HO-G-0008	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-08-22	BUC	HO
GUIA	ENTREGA Y RECIBO DE TURNO	HO-G-0009	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-08-22	BUC	HO
GUIA	REGISTRO DE ENFERMERIA	HO-G-0010	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-08-22	BUC, BOG, TUN	HO, QM
GUIA	TOMA DE SIGNOS VITALES	HO-G-0011	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-08-22	BUC, BOG, TUN	HO, CE, QM



LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS

Código: GC-FO-0016


Versión: 03


Página 2 de 5

Aprobó: Director Nacional de Calidad

Fecha de Aprobación: 2012/11/08


PROCESO:				HOSPITALIZACIÓN				
IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN:	
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO
GUIA	CURACIONES	HO-G-0012	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-08-22	BUC, BOG, TUN	HO, CE, QM
GUIA	ASPIRADO DE MEDULA OSEA Y BIOPSIA DE HUESO	HO-G-0013	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-08-22	BUC, BOG, TUN	HO, CE
GUIA	PUNCION LUMBAR	HO-G-0014	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-03	BUC, BOG, TUN	HO, CE
GUIA	COLOCACION DE Sonda NASOGASTRICA	HO-G-0015	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-08-22	BUC	HO
GUIA	COLOCACIÓN DE CATETER SUBCUTÁNEO	HO-G-0016	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-03	BUC, BOG, TUN	HO, CE
GUIA	URGENCIAS ONCOLOGICAS	HO-G-0017	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-10-17	BUC, BOG, TUN	HO, CE, QM
GUIA	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN HEMATO ONCOLOGIA PEDRIATRICA	HO-G-0018	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-10-17	BUC	HO, CE
GUIA	HEMOTRANSFUSION	HO-G-0019	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-10-18	BUC	HO
GUIA	REANIMACION CEREBRO CARDIO PULMONAR	HO-G-0020	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-10-17	BUC, BOG, TUN	HO, CE, QM
GUIA	AISLAMIENTO	HO-G-0021	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-10-29	BUC	HO
MANUAL	REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	HO-MA-0001	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-10-16	BUC, BOG, TUN	HO, CE, QM
PROCEDIMIENTO	REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	HO-PR-0001	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-10-10	BUC, BOG, TUN	HO, CE, QM
PROCEDIMIENTO	IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES	HO-PR-0002	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2013-01-21	BUC, BOG, TUN	HO, QM

	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS						Código: GC-FO-0016		
							Versión: 03		
	Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012/11/08						Página 3 de 5
PROCESO:	HOSPITALIZACIÓN								
IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN:		
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO	
FORMATO	CONTROL DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS	HO-FO-0001	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-03	BUC	HO	
FORMATO	KARDEX DEL PACIENTE	HO-FO-0002	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-03	BUC	HO	
FORMATO	NOTAS DE ENFERMERIA	HO-FO-0003	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-26	BUC, BOG, TUN	HO, CE, QM	
FORMATO	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	HO-FO-0004	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-03	BUC	HO	
FORMATO	CONTROL DE TRANSFUSION SANGUINEA	HO-FO-0005	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-03	BUC	HO	
FORMATO	BOLETA DE SALIDA	HO-FO-0006	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-08-01	BUC	HO	
FORMATO	TARJETA DE MEDICAMENTOS	HO-FO-0007	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-03	BUC	HO	
FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMATIVO DE ACOMPAÑANTE PERMANENTE	HO-FO-0008	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2013-01-14	BUC	HO	
FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO HEMOTRANSFUSION	HO-FO-0009	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-08-17	BUC	HO	
FORMATO	CONSENTIMIENTO PARA HOSPITALIZACION	HO-FO-0010	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2013-01-28	BUC	HO	
FORMATO	LISTA DE CHEQUEO EGRESO DEL PACIENTE	HO-FO-0011	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-03	BUC	HO	
FORMATO	EVALUACION ESCALA MORSE	HO-FO-0012	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-26	BUC, BOG, TUN	HO, CE, QM	
FORMATO	VERIFICACION DIARIA DEL CARRO DE PARO	HO-FO-0013	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-14	BOG	QM	


	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS						Código: GC-FO-0016	
							Versión: 03	
							Página 4 de 5	
Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/08				
PROCESO:		HOSPITALIZACIÓN						
IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN:	
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO
FORMATO	STOCK CARRO DE PARO	HO-FO-0014	3	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2013-01-25	BUC, BOG, TUN	QM, CE, HO
FORMATO	CONTROL CARRO DE PARO	HO-FO-0015	4	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2013-01-29	BUC, BOG, TUN	HO, QM, CE
FORMATO	DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS	HO-FO-0016	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2013-01-28	BUC	HO
FORMATO	HOJA DE CONTROL CODIGO AZUL	HO-FO-0017	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2013-01-20	BUC, BOG, TUN	HO, CE, QM
FORMATO	REGISTRO DE INFECCIONES EXTRA E INTRAHOSPITALARIAS	HO-FO-0018	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-26	BUC	HO
FORMATO	CONTROL GLUCOMETRÍAS	HO-FO-0019	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-25	BUC	HO
FORMATO	ENTREGA DE MEDICAMENTOS A USUARIOS	HO-FO-0020	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-26	BUC	HO
FORMATO	CONTROL DE LIQUIDOS	HO-FO-0021	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-01	BUC	HO
FORMATO	HOJA DE GASTOS E INSUMOS	HO-FO-0022	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-11-06	BUC	HO
FORMATO	CONSUMO DE GASES MEDICINALES	HO-FO-0023	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-08-22	BUC, TUN	HO
FORMATO	EVOLUCION MÉDICA	HO-FO-0024	3	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-26	BUC	HO
FORMATO	CONTROL SIGNOS VITALES	HO-FO-0025	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-03	BUC	HO
FORMATO	CHEQUEO HOSPITALIZACION	HO-FO-0026	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-03	BUC	HO
FORMATO	CONTROL DE CERTIFICADOS DE DEFUNCION	HO-FO-0027	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-03	BUC	HO
FORMATO	REGISTRO DE DRENAJES	HO-FO-0028	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-17	BUC	HO


	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS						Código: GC-FO-0016	
							Versión: 03	
	Aprobó: Director Nacional de Calidad						Fecha de Aprobación: 2012/11/08	
PROCESO:		HOSPITALIZACIÓN						
IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN:	
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO
FORMATO	TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE PACIENTES	HO-FO-0029	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-17	BUC	HO
FORMATO	VERIFICACION DE HEMOCOMPONENTES	HO-FO-0030	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-08-22	BUC	HO
FORMATO	EPICRISIS	HO-FO-0031	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-08-27	BUC, BOG, TUN	HO, CE, QM
FORMATO	RELACION DE PACIENTES TRANSFUNDIDOS	HO-FO-0032	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-17	BUC	HO
FORMATO	SOLICITUD DE DIETAS	HO-FO-0033	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-20	BUC	HO
FORMATO	INFORMACION AL USUARIO UNIDAD HOSPITALARIA	HO-FO-0034	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-11-26	BUC	HO
FORMATO	REGISTRO DE ADMISIONES HOSPITALARIAS	HO-FO-0035	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2013-02-27	BUC	HO
FORMATO	CONTROL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS	HO-FO-0036	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-03	BUC	HO
FORMATO	CENSO DIARIO HOSPITALIZACION	HO-FO-0037	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-03	BUC	HO
FORMATO	REGISTRO ENTREGA DE TURNOS	HO-FO-0038	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-26	BUC	HO
FORMATO	REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS	HO-FO-0039	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-26	BUC	HO
FORMATO	REFERENCIA	HO-FO-0040	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-26	BUC, BOG, TUN	HO, CE, QM
FORMATO	CONTRARREFERENCIA	HO-FO-0041	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-26	BUC, BOG, TUN	HO, CE, QM
FORMATO	BITACORA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	HO-FO-0042	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-08-17	BUC, BOG, TUN	HO, CE, QM
FORMATO	REGISTRO DE APERTURAS CARRO DE PARO- CODIGO AZUL	HO-FO-0043	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-27	BUC, BOG, TUN	HO, CE, QM
FORMATO	REGISTRO DE ENTREGA DE ALIMENTACIÓN	HO-FO-0044	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-10-03	BUC	HO
FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRA PARA VIH	HO-FO-0045	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-11-27	BUC, BOG, TUN	HO, CE, QM
FORMATO	CONTROL CATETERIZACION VENOSA PERIFÉRICA	HO-FO-0046	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-11-21	BUC, BOG	HO, CE, QM


✓ **Proceso Servicio Farmacéutico**


	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS	Código: GC-FO-0016
		Versión: 03
		Página 1 de 8
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012/11/08
PROCESO:	SERVICIO FARMACÉUTICO	


IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN	
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO
Caracterización	Servicio Farmacéutico	SF-CR-0001	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2013-02-04	BUC, BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas
Formato	Etiqueta de limpieza de equipos	SF-FO-0001	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas
Formato	Etiqueta producto Oncologico	SF-FO-0002	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2013-02-19	BUC, BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas
Formato	Etiqueta estado limpieza de area	SF-FO-0003	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas
Formato	Reporte de eventualidades en el Servicio Farmacéutico	SF-FO-0004	01	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-24	BUC, BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas
Formato	Etiqueta Identificación de soluciones	SF-FO-0005	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	QM, HO, Farmacia, Central de mezclas
Formato	Etiqueta de Unidosis	SF-FO-0006	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Farmacia, Central de mezclas
Formato	Lista de Chequeo para la limpieza de la central de mezcla	SF-FO-0007	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas
Formato	Cronograma de Actividades control de plagas	SF-FO-0008	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas
Formato	Acta de destrucción de medicamentos vencidos	SF-FO-0009	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas
Formato	Acta de Inspección y recepción de medicamentos	SF-FO-0010	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas


	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS						Código: GC-FO-0016	
							Versión: 03	
							Página 2 de 8	
Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/08				
PROCESO:		SERVICIO FARMACÉUTICO						
IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN	
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO
Formato	Control de temperatura cadena de frío para conservación de medicamentos	SF-FO-0011	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Científico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	HO, Farmacia, Central de mezclas
Formato	Control de la humedad relativa para medicamentos	SF-FO-0012	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Científico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	HO, Farmacia, Central de mezclas
Formato	Dispensación de medicamentos por usuarios	SF-FO-0013	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Científico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	Farmacia
Formato	Evaluación de medicamentos para el proceso de destrucción	SF-FO-0014	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Científico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas
Formato	Acta de recepción administrativa de medicamentos y dispositivos medicos	SF-FO-0015	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Científico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	Farmacia
Formato	Devolución de medicamentos y dispositivos del area asistencial	SF-FO-0016	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Científico	2013-02-12	BUC, BOG, TUN	QM, HO
Formato	Identificación medicamentos almacenamiento	SF-FO-0017	01	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Científico	2013-01-30	BUC, BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas
Formato	Solicitud de Concepto tecnico servicio Farmaceutico	SF-FO-0018	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Científico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	Farmacia
Formato	Identificación saldos	SF-FO-0020	01	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Científico	2013-02-05	Buc	Central de mezclas
Formato	Inventario de medicamentos Farmacia	SF-FO-0021	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Científico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	Farmacia
Formato	Preparación de solución de Sanitizantes	SF-FO-0022	01	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Científico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas
Formato	Medicamento Separado	SF-FO-0024	01	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Científico	2012-11-13	BUC, BOG, TUN	Farmacia
Formato	Control de actividades del programa de plagas	SF-FO-0025	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Científico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas
Formato	Registro de limpieza	SF-FO-0026	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Científico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas


	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS						Código: GC-FO-0016	
							Versión: 03	
							Página 3 de 8	
Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/08				
PROCESO:		SERVICIO FARMACÉUTICO						
IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN	
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO
Formato	Devolución de medicamentos y dispositivos medicos a proveedores	SF-FO-0027	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	Farmacia
Formato	Orden de producción de Unidosis	SF-FO-0028	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas
Formato	Solicitud de medicamentos en Unidosis	SF-FO-0029	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	Farmacia
Formato	Listado de medicamento para unidosis	SF-FO-0030	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas
Formato	Entrega de preparaciones	SF-FO-0031	05	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2013-02-18	BUC	Farmacia, Central de mezclas
Formato	Despacho y alistamiento de medicamentos y dispositivos medicos para la central de mezclas	SF-FO-0032	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas
Formato	Solicitud de preparaciones	SF-FO-0033	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	QM, HO
Formato	Control de Gastos en la central de Mezclas	SF-FO-0034	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas
Formato	Orden de Producción para preparaciones	SF-FO-0035	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas
Formato	FORAM	SF-FO-0036	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	QM, HO
Formato	Historia Farmacoterapeutica	SF-FO-0037	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-27	BUC, BOG, TUN	Farmacia
Formato	Certificación recibo de medicamentos Externos por aseguradoras	SF-FO-0038	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	Farmacia
Formato	Registro de Actividad de Cabina de flujo Laminar	SF-FO-0039	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas
Formato	Lista de Chequeo Batch Record	SF-FO-0040	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2013-01-30	BUC	Central de mezclas
Formato	Control de Calidad a las preparaciones de la central de mezclas	SF-FO-0041	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas


				LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS			Código: GC-FO-0016		
							Versión: 03		
Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/08					
PROCESO:				SERVICIO FARMACÉUTICO					
IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN		
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO	
Formato	Entrega de Medicamentos Unidosis	SF-FO-0042	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	Farmacia	
Formato	Acta de entrega de Residuos Hospitalarios de la Central de Mezclas	SF-FO-0043	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas	
Formato	Requerimiento de medicamentos y dispositivos medicos a farmacia	SF-FO-0044	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-23	BUC, BOG, TUN	QM,HO	
Formato	Oferta de Servicios de seguimiento Farmacoterapeutico	SF-FO-0045	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-27	BUC, BOG, TUN	Farmacia	
Formato	Ingreso de visitantes a la Central de Mezclas	SF-FO-0046	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas	
Formato	Liberación de linea	SF-FO-0047	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas	
Formato	Listado de medicamentos	SF-FO-0048	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas	
Formato	Listado de dispositivos medicos	SF-FO-0049	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas	
Formato	Planilla control de pendientes	SF-FO-0050	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-24	BUC, BOG, TUN	Farmacia	
Formato	Reporte de riesgos de incidentes adversos a dispositivos médicos	SF-FO-0051	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	QM,HO	
Formato	Seguimiento de reporte de riesgo de incidente adversos a dispositivos médicos	SF-FO-0052	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	QM,HO	
Formato	Especificaciones del sistema de aire Central de Mezclas	SF-FO-0053	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-27	BUC	Central de mezclas	
Formato	Conciliación de retiro de producto del mercado	SF-FO-0054	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	Farmacia	
Formato	Registro de información al transportador	SF-FO-0055	01	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-31	BUC, BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas	
Formato	Intervención Farmaceutica	SF-FO-0056	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-27	BUC, BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas	
Formato	Recepción de mezclas	SF-FO-0057	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-28	BOG, TUN	Farmacia	
Formato	Perfil Farmacoterapeutico	SF-FO-0058	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	Farmacia	

				LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS			Código: GC-FO-0016		
							Versión: 03		
							Página 5 de 8		
Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/08					
PROCESO:				SERVICIO FARMACÉUTICO					
IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN		
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO	
Formato	Registro prueba de llenado de medios de cultivo	SF-FO-0059	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-29	BUC	Central de mezclas	
Formato	Control de Calidad de Unidosis	SF-FO-0060	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas	
Formato	Registro de Fumigación para control y saneamiento de plagas	SF-FO-0061	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas	
Formato	Diferencial de presión	SF-FO-0062	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas	
Formato	Registro de manetenimiento cabina de Flujo Laminar	SF-FO-0063	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas	
Formato	Solicitud y respuesta de información sobre medicamentos y dispositivos	SF-FO-0064	01	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-31	BUC,BOG, TUN	Farmacia	
Formato	Registro de mantenimiento de equipos	SF-FO-0065	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC,BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas	
Formato	Cronograma Capacitación Farmacovigilancia	SF-FO-0066	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC,BOG, TUN	Farmacia	
Formato	Etiqueta medicamento No Oncológico	SF-FO-0067	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2013-01-25	BUC,BOG, TUN	Central de mezclas	
Formato	Cronograma control de sanitizantes	SF-FO-0068	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas	
Formato	Análisis microbiológico de ambiente	SF-FO-0069	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas	
Formato	Medicamento Pendiente	SF-FO-0070	01	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-11-13	BUC, BOG, TUN	Farmacia	
Formato	Control microbiológico de superficie	SF-FO-0071	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas	
Formato	Control de Calidad Preparaciones No Oncologicas	SF-FO-0072	01	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2013-02-15	BUC	Central de mezclas	
Formato	Validación llenado aseptico	SF-FO-0073	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas	
Formato	Control de temperatura ambiente	SF-FO-0074	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC,BOG, TUN	HO, Farmacia, Central de mezclas	
Procedimiento	Procedimiento Rotación de Sanitizantes	SF-PR-0001	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas	
Procedimiento	Procedimeinto retiro de producto	SF-PR-0002	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC,BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas	

	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS							Código: GC-FO-0016	
								Versión: 03	
	Aprobó: Director Nacional de Calidad							Fecha de Aprobación: 2012/11/08	
PROCESO:	SERVICIO FARMACÉUTICO								
IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN		
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO	
Procedimiento	Procedimiento atención farmacéutica	SF-PR-0003	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC,BOG, TUN	Farmacia	
Procedimiento	Procedimiento para la dispensación y distribución de medicamentos de cadena de frio	SF-PR-0004	01	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-27	BUC,BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas	
Procedimiento	Procedimiento recepción de quejas y reclamos	SF-PR-0005	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC,BOG, TUN	Farmacia	
Procedimiento	Procedimiento distribución de medicamentos mediante el sistema de unidosis	SF-PR-0006	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC,BOG, TUN	Farmacia	
Procedimiento	Procedimiento validación de llenado aseptico	SF-PR-0007	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas	
Procedimiento	Plan maestro de validaciones	SF-PR-0008	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas	
Procedimiento	Procedimiento control Microbiologico	SF-PR-0009	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas	
Procedimiento	Procedimiento de dispensación de medicamentos y dispositivos medico quirurgicos	SF-PR-0010	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2013-01-08	BUC,BOG, TUN	Farmacia	
Procedimiento	Procedimiento de limpieza area y equipos	SF-PR-0011	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC,BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas	
Procedimiento	Prueba de llenado de medios de cultivos	SF-PR-0012	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas	
Procedimiento	Control y saneamiento de plagas	SF-PR-0013	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC,BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas	
Procedimiento	Procedimiento de distribución de medicamentos y dispositivos medicos	SF-PR-0014	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-27	BUC, BOG,	Farmacia	
Procedimiento	Procedimiento control de fechas de vencimiento en medicamentos y dispositivos medicos	SF-PR-0015	01	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-27	BUC,BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas	
Procedimiento	Procedimiento entrega de productos por la central de mezclas	SF-PR-0016	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	QM,HO, Farmacia, Central de mezclas	
Procedimiento	Calificación operacional	SF-PR-0017	01	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-10-12	BUC	Central de mezclas	
Procedimiento	Procedimiento despacho y alistamiento de medicamentos y dispositivos medicos en la central de mezclas	SF-PR-0018	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-16	BUC	Central de mezclas	


	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS						Código: GC-FO-0016		
							Versión: 03		
	Aprobó: Director Nacional de Calidad						Fecha de Aprobación: 2012/11/08		
PROCESO:				SERVICIO FARMACÉUTICO					
IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN		
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO	
Procedimiento	Procedimiento de eliminación de medicamentos citostaticos	SF-PR-0019	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-12-06	BUC	Central de mezclas	
Procedimiento	Procedimiento orden de producción de unidosis	SF-PR-0020	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC,BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas	
Procedimiento	Procedimiento alistamiento y empaque de mezclas	SF-PR-0021	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas	
Procedimiento	Procedimiento de verificación documentos del Batch Record	SF-PR-0022	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas	
Procedimiento	Procedimiento de almacenamiento de medicamentos y dispositivos medicos	SF-PR-0023	04	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2013-01-30	BUC,BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas	
Procedimiento	Procedimiento evaluación de la calidad a las preparaciones y unidosis elaboradas en la central de mezclas	SF-PR-0024	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas	
Procedimiento	Procedimiento de adquisición de medicamentos y dispositivos	SF-PR-0025	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas	
Procedimiento	Procedimiento baja de medicamentos del inventario por daño o vencimiento	SF-PR-0026	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC, BOG, TUN	Farmacia	
Procedimiento	Procedimiento de devolución de medicamentos y dispositivos medicos	SF-PR-0027	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC,BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas	
Procedimiento	Procedimiento de preparaciones de mezclas	SF-PR-0028	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas	
Procedimiento	Procedimiento de muestreo para la evaluación de calidad de medicamentos y dispositivos medicos	SF-PR-0029	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC,BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas	
Procedimiento	Procedimiento liberación de linea	SF-PR-0030	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC,BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas	
Procedimiento	Procedimiento dotación y uso de uniformes	SF-PR-0031	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas	
Procedimiento	Procedimiento de identificación y trazabilidad	SF-PR-0032	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC,BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas	
Procedimiento	Procedimiento lavado de manos	SF-PR-0033	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC,BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas	
Procedimiento	Procedimiento liberación de mezclas elaboradas	SF-PR-0034	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas	

	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS						Código: GC-FO-0016	
							Versión: 03	
	Aprobó: Director Nacional de Calidad						Fecha de Aprobación: 2012/11/08	
PROCESO:				SERVICIO FARMACÉUTICO				
IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN	
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO
Procedimiento	Procedimiento recepción tecnica administrativa de medicamentos y dispositivos	SF-PR-0035	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC,BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas
Procedimiento	Procedimiento transporte de mezclas	SF-PR-0036	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC,BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas
Procedimiento	Manejo del sistema de aire de la central	SF-PR-0037	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas
Procedimiento	Procedimiento normas de higiene en la central de mezclas	SF-PR-0038	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas
Procedimiento	Procedimiento plan de eventualidades en la central de mezclas	SF-PR-0039	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas
Procedimiento	Procedimiento ingreso a la central de mezclas	SF-PR-0040	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas
Procedimiento	Procedimiento elaboración de orden de producción para preparaciones	SF-PR-0041	04	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas
Procedimiento	Procedimiento de sistema de información de medicamentos y dispositivos medicos	SF-PR-0042	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC,BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas
Procedimiento	Procedimiento reempaque de medicamentos unidosis	SF-PR-0043	03	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC,BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas
Procedimiento	Procedimiento para la elaboración y manejo de etiquetas	SF-PR-0044	04	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2013-02-05	BUC,BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas
Procedimiento	Procedimiento recepción de mezclas	SF-PR-0045	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2013-02-11	BUC,BOG, TUN	Farmacia
Instructivo	Instructivo grafica lavado de manos	SF-IN-0001	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-05-29	BUC,BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas
Instructivo	Instructivo para el ingreso al area de mezclas	SF-IN-0002	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-21	BUC	Central de mezclas
Instructivo	Instructivo grafico de vestido	SF-IN-0003	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas
Instructivo	Instructivo para la limpieza y sanitización de las neveras	SF-IN-0004	01	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-21	BUC,BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas
Instructivo	Instructivo control de temperatura y humedad en el área de almacenamiento de medicamentos	SF-IN-0005	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-21	BUC,BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas

	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS						Código: GC-FO-0016		
							Versión: 03		
							Página 9 de 9		
Aprobó: Director Nacional de Calidad					Fecha de Aprobación: 2012/11/08				
PROCESO:				SERVICIO FARMACÉUTICO					
IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN		
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO	
Instructivo	Instructivo ingreso de visitantes a la central de mezclas	SF-IN-0006	01	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC	Central de mezclas	
Instructivo	Instructivo de muestreo para la evaluación de la calidad de los medicamentos y dispositivos medicos	SF-IN-0007	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-14	BUC,BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas	
Instructivo	Instructivo grafico medicamento de alto riesgo	SF-IN-0008	01	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-12-28	BUC,BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas	
Instructivo	Plan de contingencia para el almacenamiento de medicamentos cadena de frio	SF-IN-0009	01	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2013-02-21	BUC,BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas	
Guia	Guia de programa de Tecnovigilancia	SF-G-0001	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC,BOG, TUN	Farmacia	
Guia	Guia de manejo de medicamentos Oncológicos	SF-G-0002	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC,BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas	
Guia	Guia de estabilidad de medicamentos	SF-G-0003	01	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-23	BUC,BOG, TUN	QM, HO, Central de mezclas	
Guia	Guia programa farmacovigilancia	SF-G-0005	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-15	BUC,BOG, TUN	Farmacia	
Manuales	Manual de seguridad para la manipulación de medicamentos Citostaticos	SF-MA-0001	02	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-28	BUC,BOG, TUN	QM, HO, Farmacia, Central de mezclas	
Manuales	Manual de Fichas Tecnicas	SF-MA-0002	01	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Tecnico Cientifico	2012-08-28	BUC,BOG, TUN	Farmacia, Central de mezclas	

Documetación Utilizada en Farmacia	
------------------------------------	--

✓ Proceso Quimioterapia

	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS	Código: GC-FO-0016
		Versión: 03
		Página 1 de 3
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012/11/08
PROCESO:	QUIMIOTERAPIA	

IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN	
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO
CARACTERIZACIÓN	QUIMIOTERAPIA	QM-CR-0001	4	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2013-03-08	BUC, BOG, TUN	QM
MANUAL	ANTISEPSIA	QM-MA-0001	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-05-29	BUC, BOG, TUN	QM, HO, CE
MANUAL	BIOSEGURIDAD	QM-MA-0002	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-17	BUC, BOG, TUN	QM, HO, CE
PROTOCOLO	PREMEDICACION	QM-PT-0001	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-05-24	BUC, BOG, TUN	QM, HO
GUIA	ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICAMENTOS	QM-G-0001	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-12	BUC, BOG, TUN	QM, HO, CE
GUIA	GUÍA PRACTICA SOBRE QUIMIOTERAPIA	QM-G-0002	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-08-07	BUC, BOG, TUN	QM, HO
GUIA	LAVADO DE MANOS	QM-G-0003	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-26	BUC, BOG, TUN	QM, HO, CE
GUIA	ADMINISTRACIÓN SEGURA DE CITOSTÁTICOS	QM-G-0004	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-08-07	BUC, BOG, TUN	QM, HO, CE
GUIA	EXTRAVASACIÓN	QM-G-0005	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-08-17	BUC, BOG, TUN	QM, HO, CE
GUIA	PREVENCIÓN DE CAIDAS	QM-G-0006	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-27	BUC, BOG, TUN	QM, HO, CE
GUIA	UTILIZACIÓN DE BOMBAS DE INFUSIÓN	QM-G-0007	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-10-22	BUC, BOG, TUN	QM, HO
GUIA	SUJECCIÓN O INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES	QM-G-0008	3	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2013-02-26	BUC	HO

LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS						Código: GC-FO-0016		
						Versión: 03		
						Página 2 de 3		
Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/08				
PROCESO:		QUIMIOTERAPIA						
IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN	
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO
GUIA	CAMBIOS DE POSICIÓN DE PACIENTES	QM-G-0009	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-10-19	BUC	HO
GUIA	CANCER DE MAMA	QM-G-0010	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-10-16	BUC, BOG, TUN	QM, HO, CE
GUIA	CANCER DE PROSTATA	QM-G-0011	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-10-16	BUC, BOG, TUN	QM, HO, CE
GUIA	CANCER DE COLON Y RECTO	QM-G-0012	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-10-16	BUC, BOG, TUN	QM, HO, CE
GUIA	CANCER DE TIROIDES	QM-G-0013	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-10-16	BUC, BOG, TUN	QM, HO, CE
GUIA	CANCER DE CUELLO UTERINO	QM-G-0014	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-10-16	BUC, BOG, TUN	QM, HO, CE
GUIA	CANCER DE ESTÓMAGO	QM-G-0015	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-10-16	BUC, BOG, TUN	QM, HO, CE
GUIA	LINFOMA NO HODGKIN	QM-G-0016	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-14	BUC, BOG, TUN	QM, HO, CE
GUIA	CANCER EPITELIAL DE OVARIO	QM-G-0017	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-28	BUC, BOG, TUN	QM, HO, CE
GUIA	LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA	QM-G-0018	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-28	BUC, BOG, TUN	QM, HO, CE
GUIA	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA	QM-G-0019	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-29	BUC, BOG, TUN	QM, HO, CE
GUIA	CANCER DE ENDOMETRIO	QM-G-0020	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-10-16	BUC, BOG, TUN	QM, HO, CE
FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA	QM-FO-0001	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-07-26	BUC, BOG, TUN	QM, HO, CE
FORMATO	CONTROL Y CERTIFICACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES	QM-FO-0002	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-14	BUC, BOG, TUN	QM
FORMATO	CONTROL DE QUIMIOTERAPIAS APLICADAS	QM-FO-0003	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-12-28	BUC, TUN	QM, HO
FORMATO	CARNÉ CITAS QUIMIOTERAPIA	QM-FO-0004	3	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-11-23	BUC, BOG, TUN	QM


LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS							Código: GC-FO-0016	
							Versión: 03	
							Página 3 de 3	
Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/08				
PROCESO:		QUIMIOTERAPIA						
IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN	
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO
FORMATO	EVALUACION PSICOLOGIA	QM-FO-0005	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2013-02-26	BUC	QM
FORMATO	HISTORIA CLINICA PSICOLOGIA	QM-FO-0006	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-17	BOG	QM
FORMATO	HOJA DE REGISTRO DE EXTRAVASACION	QM-FO-0007	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-24	BUC, BOG, TUN	QM, HO, CE
FORMATO	ASPECTOS IMPORTANTES SOBRE QUIMIOTERAPIA	QM-FO-0008	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-07-16	BUC, BOG, TUN	QM, HO
FORMATO	HISTORIA NUTRICIONAL	QM-FO-0009	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-03	BUC, BOG	QM
FORMATO	DISENTIMIENTO INFORMADO	QM-FO-0010	3	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2013-01-28	BUC, BOG, TUN	QM, CE, HO
FORMATO	EVALUACION TERAPIA OCUPACIONAL	QM-FO-0011	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-03	BUC, BOG	QM
FORMATO	EVOLUCION GRUPO DE APOYO	QM-FO-0012	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-25	BUC, BOG	QM
FORMATO	CONTROL ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	QM-FO-0013	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2013-01-29	BUC, BOG, TUN	QM
FORMATO	HOJA DE EVOLUCION ACTIVIDADES GRUPO DE APOYO	QM-FO-0014	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-08-15	BOG	QM
FORMATO	PLANEACION DE CHARLAS Y ACTIVIDADES GRUPO DE APOYO	QM-FO-0016	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-08-15	BOG	QM
FORMATO	PLANILLA DE ASISTENCIA CONSULTAS Y ACTIVIDADES GRUPO DE APOYO	QM-FO-0017	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-08-15	BOG, TUN	QM
FORMATO	ORIENTACION Y FORMACION GRUPO DE APOYO	QM-FO-0018	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-13	BUC	QM
FORMATO	EVOLUCIÓN MÉDICA	QM-FO-0020	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-09-26	BUC, BOG	QM
FORMATO	SEGUIMIENTO DE ADHERENCIA	QM-FO-0021	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2012-10-09	BOG, TUN	QM
FORMATO	LISTA DE CHEQUEO ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICAMENTOS	QM-FO-0022	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Médico	2013-01-10	BUC, BOG, TUN	QM, HO

Procesos de Apoyo

✓ Proceso de Talento Humano


	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS		Código: GC-FO-0016
			Versión: 03
			Página 1 de 2
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012/11/08	
PROCESO:	TALENTO HUMANO		


IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN	
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO
Caracterización	Talento Humano	TH-CR-0001	03	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional de Talento Humano	2013-02-05	BUC,BOG, TUN	Talento Humano
Procedimiento	Procedimiento Talento Humano	TH-PR-0001	05	Director Nacional de Calidad	Coordinador de Talento Humano	2013-03-07	BUC,BOG, TUN	Talento Humano
Instructivo	Instructivo de formación de Talento Humano	TH-IN-0001	04	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional de Talento Humano	2013-02-05	BUC,BOG, TUN	Talento Humano
Instructivo	Instructivo de dotación de Talento Humano	TH-IN-0002	03	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional de Talento Humano	2012-11-14	BUC,BOG, TUN	Talento Humano
Formato	Descripción de cargo	TH-FO-0001	02	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional de Talento Humano	2012-10-29	BUC,BOG, TUN	Talento Humano, Todos los procesos
Formato	Evaluación de desempeño	TH-FO-0003	01	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional de Talento Humano	2012-08-01	BUC,BOG, TUN	Talento Humano
Formato	Control de capacitaciones y/o entrenamiento	TH-FO-0004	01	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional de Talento Humano	2012-10-31	BUC,BOG, TUN	Todos los procesos
Formato	Evaluación de eficacia de capacitaciones y/o entrenamiento	TH-FO-0005	01	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional de Talento Humano	2012-11-27	BUC,BOG, TUN	Talento Humano
Formato	Registro Inducción de personal	TH-FO-0006	02	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional de Talento Humano	2012-09-04	BUC,BOG, TUN	Talento Humano
Formato	Programación de Vacaciones	TH-FO-0007	01	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional de Talento Humano	2012-11-15	BUC,BOG, TUN	Talento Humano
Formato	Solicitud de capacitaciones	TH-FO-0009	01	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional de Talento Humano	2012-11-19	BUC,BOG, TUN	Talento Humano
Formato	Solicitud de personal	TH-FO-0010	03	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional de Talento Humano	2013-02-26	BUC,BOG, TUN	Talento Humano, todos los procesos

	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS		Código: GC-FO-0016
			Versión: 03
			Página 2 de 2
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012/11/08	
PROCESO:	TALENTO HUMANO		

IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN	
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO
Formato	Consentimiento informado para el manejo de la documentación de la hoja de vida	TH-FO-0012	02	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional de Talento Humano	2012-09-25	BUC,BOG, TUN	Talento Humano
Formato	Verificación de referencias laborales	TH-FO-0013	03	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional de Talento Humano	2013-02-27	BUC,BOG, TUN	Talento Humano
Formato	Check list de Contratación	TH-FO-0014	02	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional de Talento Humano	2012-09-25	BUC,BOG, TUN	Talento Humano
Formato	Comunicación de Vacaciones	TH-FO-0015	01	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional de Talento Humano	2012-12-17	BUC,BOG, TUN	Todos los procesos Talento Humano
Formato	Solicitud de permiso	TH-FO-0016	03	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional de Talento Humano	2012-12-13	BUC,BOG, TUN	Talento Humano
Formato	Retiro Laboral	TH-FO-0017	01	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional de Talento Humano	2012-12-28	BUC,BOG, TUN	Todos los procesos
Formato	Cronograma actividades de formación	TH-FO-0018	03	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional de Talento Humano	2012-10-31	BUC,BOG, TUN	Talento Humano
Formato	Control de extintores	TH-FO-0019	02	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional de Talento Humano	2012-09-25	BUC,BOG, TUN	Talento Humano
Formato	Acta de entrega de dotación	TH-FO-0020	02	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional de Talento Humano	2012-10-22	BUC,BOG, TUN	Talento Humano
Formato	Control de trabajo	TH-FO-0021	02	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional de Talento Humano	2012-09-25	BUC,BOG, TUN	Talento Humano
Formato	Visita clientes externos	TH-FO-0022	02	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional de Talento Humano	2012-09-24	BUC,BOG, TUN	Talento Humano
Formato	Entrega de Carnet	TH-FO-0024	01	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional de Talento Humano	2012-09-25	BUC,BOG, TUN	Talento Humano

✓ **Proceso Infraestructura y Mantenimiento**

	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS						Código: GC-FO-0016	
							Versión: 03	
							Página 1 de 2	
Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/08				
PROCESO:	INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO							
IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN	
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO
Caracterización	Proceso Infraestructura y Mantenimiento	IM-CR-0001	3	Director Nacional de Calidad	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	2013-02-07	BUC, BOG, TUN	IM
Procedimiento	Control de Activos	IM-PR-0001	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	2012-09-14	BUC, BOG, TUN	IM
Procedimiento	Mantenimiento	IM-PR-0002	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	2012-09-14	BUC, BOG, TUN	IM
Procedimiento	Metrología	IM-PR-0003	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	2013-02-13	BUC, BOG, TUN	IM
Formato	Reporte Mantenimiento Equipos	IM-FO-0001	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	2012-09-07	BUC, BOG, TUN	IM
Formato	Protocolo de mantenimiento por equipo	IM-FO-0002	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	2012-12-11	BUC, BOG, TUN	IM
Formato	Programación y control de mantenimientos, calibración y calificación	IM-FO-0003	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	2013-01-30	BUC, BOG, TUN	IM
Formato	Gestión mantenimiento correctivo	IM-FO-0004	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	2012-09-07	BUC, BOG, TUN	Todos los procesos
Formato	Reporte Baja de equipo	IM-FO-0005	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	2012-09-07	BUC, BOG, TUN	IM

	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS						Código: GC-FO-0016	
							Versión: 03	
	Aprobó: Director Nacional de Calidad						Fecha de Aprobación: 2012/11/08	
PROCESO:	INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO							
IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN	
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO
Formato	Verificación de equipos	IM-FO-0006	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	2012-12-13	BUC, BOG, TUN	IM
Formato	Hoja de vida de equipo	IM-FO-0007	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	2012-09-07	BUC, BOG, TUN	IM
Formato	identificacion equipos stiker	IM-FO-0008	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	2011-11-28	BUC, BOG, TUN	IM
Formato	inventairo equipos	IM-FO-0009	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	2012-09-07	BUC, BOG, TUN	IM
Formato	Asignación y/o traslado de equipos y/o elementos	IM-FO-0010	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	2013-02-01	BUC, BOG, TUN	IM y TH
Formato	Cronograma infraestructura	IM-FO-0011	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	2012-09-07	BUC, BOG, TUN	IM
Formato	Reporte daños infraestructura	IM-FO-0012	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	2012-09-07	BUC, BOG, TUN	Todos los procesos
Formato	Control de entrega de equipos a mantenimiento y prestamo interno de equipos	IM-FO-0013	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	2012-09-07	BUC, BOG, TUN	Todos los procesos
Formato	Verificación de básculas	IM-FO-0014	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	2013-02-13	BUC	IM
Formato	reasignación de areas	IM-FO-0016	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	2012-09-07	BUC, BOG, TUN	IM
Formato	Control mantenimiento infraestructura	IM-FO-0017	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	2012-10-12	BUC, BOG, TUN	IM

✓ **Proceso Financiera**

	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS						Código: GC-FO-0016	
							Versión: 03	
							Página 1 de 1	
Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/08				
PROCESO:		FINANCIERA						
IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN	
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO
CARACTERIZACION	FINANCIERA	FI-CR-0001	4	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional Financiero	2013-02-07	BUC, BOG, TUN	FI
INSTRUCTIVO	REVISIÓN DE FACTURAS DE VENTAS EMITIDAS POR TERCEROS	FI-IN-0001	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional Financiero	2012-10-31	BUC, BOG, TUN	FI
FORMATO	ENTREGA DE FACTURAS A FINANCIERA	FI-FO-0001	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional Financiero	2013-03-08	BUC, BOG, TUN	FI, SF


✓ **Proceso TICS**

	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS						Código: GC-FO-0016	
							Versión: 03	
							Página 1 de 1	
Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/08				
PROCESO:		TICS						
IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN	
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO
Caracterización	Proceso TICS	TI-CR-0001	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional TICS	2012-10-30	BUC, BOG, TUN	TI
Manual	Políticas de seguridad informatica	TI-MA-0001	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional TICS	2012-09-14	BUC, BOG, TUN	TI
Formato	seguimiento desarrollo de software	TI-FO-0001	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional TICS	2012-09-17	BUC, BOG, TUN	TI
Formato	Comprobación y mantenimiento del sistema de respaldo eléctrico	TI-FO-0002	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Nacional TICS	2012-12-07	BUC	TI

✓ Proceso Autorizaciones y Facturación

	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS						Código: GC-FO-0016	
							Versión: 03	
							Página 1 de 1	
Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/08				
PROCESO:		AUTORIZACIONES Y FACTURACION						
IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZADO EN	
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO
CARACTERIZACION	AUTORIZACIONES Y FACTURACION	AU-CR-0001	3	Director Nacional de Calidad	Coordinador Regional de Autorizaciones y Facturación	2013-02-07	BUC, BOG, TUN	AU
PROCEDIMIENTO	AUTORIZACIONES	AU-PR-0001	3	Director Nacional de Calidad	Coordinador Regional de Autorizaciones y Facturación	2013-03-08	BUC, BOG, TUN	AU
PROCEDIMIENTO	FACTURACION	AU-PR-0002	5	Director Nacional de Calidad	Coordinador Regional de Autorizaciones y Facturación	2013-03-08	BUC, BOG, TUN	AU
PROCEDIMIENTO	RESPUESTA A GLOSA Y/O DEVOLUCIÓN	AU-PR-0003	2	Director Nacional de Calidad	Coordinador Regional de Autorizaciones y Facturación	2013-02-13	BUC, BOG, TUN	AU
INSTRUCTIVO	FACTURACION CONTRATO FAMISANAR	AU-IN-0001	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Regional de Autorizaciones y Facturación	2012-09-25	BOG, TUN	AU
FORMATO	AUTORIZACION DE SERVICIOS	AU-FO-0001	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Regional de Autorizaciones y Facturación	2012-08-16	BUC, BOG, TUN	AU, CE, QM, HO
FORMATO	BASE DE DATOS USUARIOS NUEVOS POR ASEGURADORA	AU-FO-0002	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Regional de Autorizaciones y Facturación	2012-08-16	BUC, TUN	AU
FORMATO	GLOSAS Y DEVOLUCIONES	AU-FO-0003	3	Director Nacional de Calidad	Coordinador Regional de Autorizaciones y Facturación	2013-02-11	BUC, BOG, TUN	AU
FORMATO	CONSOLIDADO FACTURACIÓN	AU-FO-0004	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Regional de Autorizaciones y Facturación	2012-09-14	BUC, BOG, TUN	AU
FORMATO	LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTACION	AU-FO-0005	1	Director Nacional de Calidad	Coordinador Regional de Autorizaciones y Facturación	2013-01-10	BUC	AU, HO

✓ Proceso de compras


	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS					Código: GC-FO-0016		
						Versión: 03		
						Página 1 de 1		
Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/08				
PROCESO:		COMPRAS						
IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN			UTILIZACIÓN	
TIPO	NOMBRE	CODIGO	VERSION	REVISÓ	APROBÓ	FECHA APROBACIÓN	SEDE	PROCESO
CARACTERIZACION	COMPRAS	CP-CR-0001	4	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Administrativo y Financiero	2013-01-31	BUG, BOG, TUN	Todos
PROCEDIMIENTO	Procedimiento de compras	CP-PR-0002	2	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Administrativo y Financiero	2012-09-14	BUG, BOG, TUN	Todos
GUIA	Guía evaluación seleccion reevaluación proveedores	CP-G-0001	2	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Administrativo y Financiero	2012-11-19	BUG, BOG, TUN	Compras y Gestion Calidad
FORMATO	Requerimiento Productos Estrategicos	CP-FO-0001	3	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Administrativo y Financiero	2012-11-19	BUG, BOG, TUN	Servicio Farmacéutico
FORMATO	Requerimiento Productos Multiplicadores	CP-FO-0002	3	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Administrativo y Financiero	2012-11-19	BUG, BOG, TUN	Todos
FORMATO	Orden de compra Productos Estrategicos	CP-FO-0003	3	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Administrativo y Financiero	2012-11-19	BUG, BOG, TUN	Compras
FORMATO	Selección de proveedores	CP-FO-0004	1	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Administrativo y Financiero	2012-11-19	BUG, BOG, TUN	Compras
FORMATO	Evaluación y reevaluación proveedores productos críticos	CP-FO-0005	1	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Administrativo y Financiero	2012-11-19	BUG, BOG, TUN	Compras y Servicio farmacéutico
FORMATO	Evaluación y reevaluación proveedores servicios críticos	CP-FO-0006	1	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Administrativo y Financiero	2012-11-19	BUG, BOG, TUN	Todos
FORMATO	Verificación de productos y servicios	CP-FO-0007	1	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Administrativo y Financiero	2012-11-19	BUG, BOG, TUN	Todos
FORMATO	Orden de compra	CP-FO-0009	3	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Administrativo y Financiero	2012-11-19	BUG, BOG, TUN	Compras
FORMATO	Requerimientos servicios	CP-FO-0010	3	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Administrativo y Financiero	2012-11-19	BUG, BOG, TUN	Todos
FORMATO	Formato inscripcion de proveedores	CP-FO-0014	2	Director Nacional de Calidad	Director Nacional Administrativo y Financiero	2012-11-19	BUG, BOG, TUN	Todos


ANEXO 11. Listado Maestro de Registros de los Procesos

✓ **Proceso Dirección Institucional**

 <p>CENTRO ONCOLÓGICO Comprometidos con la Vida</p>	LISTADO MAESTRO DE REGISTROS				Código: GC-FO-0017
					Versión: 03
	Aprobó: Director Nacional de Calidad				
PROCESO:	Dirección Institucional				
NOMBRE	LUGAR DE ARCHIVO	ACCESO	TIEMPO DE RETENCION	RESPONSABLE	DISPOSICIÓN
Contratos o convenios con sus soportes (propuestas, aclaraciones, correos, contratos o convenios, según aplique)	por del responsable	Gerencia Nacional, Auditores.	durante la vigencia del mismo y un año mas	Responsable comercial	Digitalizar


✓ Proceso Gestión de Calidad

	LISTADO MAESTRO DE REGISTROS				Código: GC-FO-0017	
					Versión: 03	
					Página 1 de 3	
Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/01		
PROCESO:		GESTION DE CALIDAD				
NOMBRE	LUGAR DE ARCHIVO	ACCESO	TIEMPO DE RETENCION	RESPONSABLE	DISPOSICIÓN	
Consolidado acciones correctivas, preventivas y de mejora	carpeta en PC Documentación / Gestion calidad	Audidores Internos y externos, personal de Dirección de Calidad	Permanente	Director Nacional de Calidad	N.A.	
Consolidado auditorias	carpeta en PC Documentación / Gestion calidad	Audidores Internos y externos, personal de Dirección de Calidad	Permanente	Director Nacional de Calidad	N.A.	
Informes Auditoria Interna de Calidad	Archivador de Dirección de Calidad	Audidores Internos y externos, personal de Dirección de Calidad	una año despues de realizada la auditoria	Director Nacional de Calidad	Digitalizar	
Acciones correctivas, preventivas y de mejora, Productos No Conforme	carpeta en PC Director de Calidad	Audidores Internos y externos, personal de Dirección de Calidad	Permanente	Director Nacional de Calidad	N.A.	
Actas comité de Calidad y Revisión por la Dirección	Archivador de Dirección de Calidad	Audidores Internos y externos, personal de Dirección de Calidad	(2 años) una año despues de realizado el comité	Director Nacional de Calidad	Digitalizar	
Registros relacionados con eventos adversos	Archivador de gestión de calidad y en sistema	Director Nacional de calidad	1 año	Director Nacional de Calidad	Digitalizar	
Entrega de copias controladas	Archivador de Dirección de Calidad	Director Nacional de calidad	1 año	Director Nacional de Calidad	Eliminar	
Evaluación de desempeño del auditor Interno	Archivador de Dirección de Calidad	Director Nacional de calidad	1 año	Director Nacional de Calidad	Digitalizar	
Lista de verificación	Archivador de Dirección de Calidad	Director Nacional de calidad	1 año	Director Nacional de Calidad	Digitalizar	
Plan de Auditorias Internas de Calidad	Archivador de Dirección de Calidad	Director Nacional de calidad	una año despues de realizada la auditoria	Director Nacional de Calidad	Digitalizar	


	LISTADO MAESTRO DE REGISTROS				Código: GC-FO-0017
					Versión: 03
					Página 2 de 3
Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/01	
PROCESO:	GESTION DE CALIDAD				
NOMBRE	LUGAR DE ARCHIVO	ACCESO	TIEMPO DE RETENCION	RESPONSABLE	DISPOSICIÓN
Producto No conforme	carpeta en PC Director de Calidad	Audidores Internos y externos, personal de Dirección de Calidad	Permanente	Director Nacional de Calidad	N.A.
Programación auditoria	Archivador de Dirección de Calidad	Director Nacional de calidad	1 año	Director Nacional de Calidad	Digitalizar
Solicitud de Documentos	Archivador de Dirección de Calidad	Director Nacional de calidad	1 año	Director Nacional de Calidad	Eliminar
Hoja de vida auditores externos que realicen auditorias internas de calidad	Archivador de Dirección de Calidad	Director Nacional de calidad	Permanente	Director Nacional de Calidad	N.A.
Listados maestros de documentos de cada proceso	Carpeta en PC Director de Calidad	Audidores Internos y externos, personal de Dirección de Calidad	Permanente	Director Nacional de Calidad	N.A.
Lista de verificación a Banco de sangre	Archivador de Dirección de Calidad	Auditor Medico- Director Nacional de Calidad	1 años	Auditor Médico	Digitalizar
Lista de verificación a laboratorios clinicos	Archivador de Dirección de Calidad	Auditor Medico- Director Nacional de Calidad	1 años	Auditor Médico	Digitalizar
Lista de verificación servicios asistenciales hospitalarios	Archivador de Dirección de Calidad	Auditor Medico- Director Nacional de Calidad	2 años	Auditor Médico	Digitalizar
Evaluación de Calidad de historias clinicas	Achivador auditoria medica	Auditor medico	2 años	Auditor Médico	Eliminar
Lista de verificación a proveedores	Archivador de Dirección de Calidad	Auditor Medico- Director Nacional de Calidad	2 años	Auditor Médico	Digitalizar
Lista de verificación servicio de lavanderia	Archivador de Dirección de Calidad	Auditor Medico- Director Nacional de Calidad	2 años	Auditor Médico	Digitalizar
Evaluación de adherencia a guias Oncológicas	Achivador auditoria medica	Auditor medico	2 años	Auditor Médico	Eliminar

	LISTADO MAESTRO DE REGISTROS				Código: GC-FO-0017
					Versión: 03
					Página 3 de 3
Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/01	
PROCESO:	GESTION DE CALIDAD				
NOMBRE	LUGAR DE ARCHIVO	ACCESO	TIEMPO DE RETENCION	RESPONSABLE	DISPOSICIÓN
Lista de verificación cumplimiento de guías y actividades de enfermería	Archivador de Dirección de Calidad	Auditor Medico- Director Nacional de Calidad	2 años	Auditor Médico	Digitalizar
Actas comites Historias clinicas, infección intrahospitalaria, paciente seguro,etica medica, vigilancia epidemiologica, tumores, Farmacia	Archivador de Dirección de Calidad	Auditor Medico- Director Nacional de Calidad	10 años	Auditor Medico- Director Nacional de Calidad	Eliminar

✓ **Proceso Atención al Cliente**


	LISTADO MAESTRO DE REGISTROS				Código: GC-FO-0017
					Versión: 03
					Página 1 de 1
Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/01	
PROCESO:	ATENCIÓN AL CLIENTE				
NOMBRE	LUGAR DE ARCHIVO	ACCESO	TIEMPO DE RETENCION	RESPONSABLE	DISPOSICIÓN
Buzón de sugerencias	Archivador de Atención al Cliente, Todas las sedes	Profesional de Atención al cliente	1 año	Profesional de Atención al cliente	Eliminar
Encuestas de satisfacción	Archivador de Atención al Cliente, Todas las sedes	Profesional de Atención al cliente	1 año en el sistema	Profesional de Atención al cliente	Eliminar
Asociación de Usuarios(inscripción asociación de usuarios, actas, registro de asitencia asociación de usuarios)	Archivador de Atención al Cliente (Bucaramanga)	Profesional de Atención al cliente	1 año	Profesional de Atención al cliente	Eliminar
Seguimiento al tramite de PQRS	C:\Users\Usuario\Desktop\Doc Consulta Externa\Documents\ALBA LUZ PSICOLOGÍA C.O.(Bucaramanga) C:\Users\CENTRONCOL33\Desktop\LEIDY (Bogotá)	Profesional de Atención al cliente	1 año en el sistema	Profesional de Atención al cliente	Eliminar
Seguimiento a la no adherencia al tratamiento	Archivador de Atención al Cliente.(Bucaramanga y Tunja) C:\Users\Usuario\Desktop\BR AYAN 2013 (Bogotá)	Profesional de Atención al cliente	1 año	Profesional de Atención al cliente	Eliminar

✓ Proceso Consulta Externa


	LISTADO MAESTRO DE REGISTROS				Código: GC-FO-0017
					Versión: 03
					Página 1 de 1
Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/01	
PROCESO:	CONSULTA EXTERNA				
NOMBRE	LUGAR DE ARCHIVO	ACCESO	TIEMPO DE RETENCION	RESPONSABLE	DISPOSICIÓN
Control y verificación carro de paro Consulta Externa	Archivo de consulta extrena	Auxiliar de consulta externa	2 años	Auxiliar de consulta externa	Eliminar
Control concentración de soluciones desinfectantes	Archivo de consulta extrena	Auxiliar de consulta externa	1 año	Auxiliar de consulta externa	Eliminar
Solicitud de documentos y control de prestamos de Historias clinicas	Archivo de consulta extrena	Auxiliar de archivo	1 año	Auxiliar de archivo	Eliminar
Seguimiento a la no adherencia al tratamiento	Archivo de consulta extrena	Auxiliar de consulta externa y recepcionista	1 año	Auxiliar de consulta externa y recepcionista	Eliminar
Informe de Cirugias	C:\Documents and Settings\jbossa\Escritorio	Jefe de enfermeria	1 año	Jefe de Enfermeria	Eliminar
Oportunidad asignación citas	C:\Documents and Settings\Prueba\Escritorio	Auxiliar de consulta externa y recepcionista	2 años	Auxiliar de consulta externa y recepcionista	Eliminar


✓ **Proceso Hospitalización**

	LISTADO MAESTRO DE REGISTROS				Código: GC-FO-0017
					Versión: 03
					Página 1 de 1
Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/01	
PROCESO:		HOSPITALIZACIÓN			
NOMBRE	LUGAR DE ARCHIVO	ACCESO	TIEMPO DE CONSERVACION	RESPONSABLE	DISPOSICIÓN
Control de medicamentos y dispositivos médicos	Archivadores en hospitalización	Enfermera Jefe, Auxiliares de enfermería, Auditor Médico, Médico General.	Durante la hospitalización	Enfermero Jefe y auxiliares de enfermería	Destruir
Kardex del paciente	Archivadores en hospitalización	Enfermera Jefe, Auxiliares de enfermería, Auditor Médico, Médico General.	Durante la hospitalización, posteriormente se guarda en archivo de enfermería por 1 año	Enfermero Jefe y auxiliares de enfermería	Destruir
Tarjetas de medicamentos	Archivadores en hospitalización	Enfermera Jefe, Auxiliares de enfermería, Auditor Médico, Médico General.	Durante la hospitalización o el ciclo de quimioterapia.	Enfermero Jefe y auxiliares de enfermería	Destruir
Registros generados durante la quimioterapia hospitalaria que harán parte de la historia clínica y necesarios para Facturación: Notas de enfermería, Control de medicamentos y dispositivos, Consentimientos informados, Escala Morse, Administracion de Medicamentos, Control de drenajes, Control de liquidos administrados, control de glucometrías, Control de transfusión sanguínea, Reporte paraclínicos, Evolución médica, Control de signos vitales, Transporte y movilización de pacientes, Epicrisis, Registro de admisiones hospitalarias, Referencia, Contrarreferencia, Entrega de medicamentos a pacientes, Registro de procedimientos, Hoja de gastos e insumos, Consumo de gases medicinales.	Archivadores en hospitalización	Enfermera Jefe, Auxiliares de enfermería, Auditor Médico, Médico General, Médico especialista	Durante la hospitalización, después se envía a Historia clínica y Facturación	Enfermero Jefe y auxiliares de enfermería	N.A.

	LISTADO MAESTRO DE REGISTROS				Código: GC-FO-0017
					Versión: 03
					Página 1 de 1
Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/01	
PROCESO:	HOSPITALIZACIÓN				
NOMBRE	LUGAR DE	ACCESO	TIEMPO DE	RESPONSABLE	DISPOSICIÓN
Verificación de Hemocomponentes	Archivadores en hospitalización	Enfermera Jefe, Auditor Médico, Médico General	5 años	Enfermero Jefe	Destruir
Control de certificados de defunción	Archivadores en hospitalización	Enfermera Jefe, Médico General	Permanente	Enfermero Jefe	N.A.
Demás registros generados en el tratamiento	Archivadores en hospitalización	Enfermera Jefe, Auxiliares de enfermería, Auditor Médico, Médico General, Médico especialista	Durante la aplicación del ciclo de quimioterapia	Enfermero Jefe	Destruir
Verificación y control de carro de paro, y registro de aperturas del carro de paro.	Carpeta de Carro de paro en archivo de hospitalización.	Enfermera Jefe, Auxiliares de enfermería, Auditor Médico.	2 años	Enfermero Jefe	Destruir
Registro de infecciones extra e intrahospitalarias.	Archivo de Coordinación Médica.	Coordinador Médico, Comité de infecciones	5 años, luego queda permanente en el sistema	Coordinador Médico	N.A.
Relación de pacientes transfundidos	192.168.0.52\hospit alizacion diaria\RELACION PTE TRANSFUNDIDOS Hospitalización	Enfermera Jefe, Coordinador Médico	Permanente	Coordinador Médico	N.A.
Control de pacientes hospitalizados	C:\Documents and settings\Joseluis\Escritorio\Nuevosformatos Autorizaciones en unidad hospitalaria	Auxiliar de autorizaciones y facturación en sede hospitalaria, Auditor Médico	1 año, se envía a Auditoría médica	Auxiliar de autorizaciones y facturación en sede hospitalaria	N.A.
Registro entrega de turnos	Archivadores en hospitalización	Medico general	3 años	Médico general	Destruir
Bitácora de referencia y contrarreferencia.	Archivo de Coordinación médica	Coordinador Médico	2 años, posteriormente 5 años en el sistema	Coordinador Médico	Destruir

✓ Proceso Servicio Farmacéutico

 <p>CENTRO ONCOLÓGICO Comprometidos con la Vida</p>	LISTADO MAESTRO DE REGISTROS				Código: GC-FO-0017
					Versión: 03
	Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/01
PROCESO:	SERVICIO FARMACÉUTICO				
NOMBRE	LUGAR DE ARCHIVO	ACCESO	TIEMPO DE RETENCION	RESPONSABLE	DISPOSICIÓN
Paquete Batch Record (Solicitud de preparaciones, control gasto en la central de mezcla, despacho y alistamiento de medicamentos y dispositivos medicos para la central, entrega de preparaciones, orden de producción para preparaciones, control de calidad a las preparaciones de la central de mezclas, lista de chequeo bach record, Estado limpieza de equipo, Lista de chequeo para la limpieza de la central de mezclas, Estado limpieza de áreas, liberación de linea, Etiqueta de producto Oncológico, Etiqueta de producto No oncológico, Registro de limpieza, Registro actividad cabina flujo laminar, Preparación solución sanitizantes.	Archivo central de mezclas	Personal servicio Farmaceutico y auditores internos de calidad.	5 años	Directora Técnica Nacional del Servicio farmacéutico	Eliminar
Acta Recepción administrativa de medicamentos y dispositivos medicos Y Acta de inspección y recepción de medicamentos	Archivo farmacia todas las sedes	Personal servicio Farmaceutico y auditores internos de calidad. Integrantes Comité de compras	2 año	Regente de farmacia y Directora Técnica Nacional del Servicio farmacéutico	Eliminar

	LISTADO MAESTRO DE REGISTROS				Código: GC-FO-0017
					Versión: 03
	Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/01
PROCESO:	SERVICIO FARMACÉUTICO				
NOMBRE	LUGAR DE ARCHIVO	ACCESO	TIEMPO DE RETENCION	RESPONSABLE	DISPOSICIÓN
Control de temperatura cadena de frio para conservación de medicamentos, control de humedad relativa para medicamentos y control de temperatura ambiente)	Archivo central de mezclas y farmacia todas las sedes	Personal servicio Farmaceutico y auditores internos de calidad.	2 año	Regente de farmacia y Profesional de Producción	Eliminar
Actas de Comité de Farmacia y Terapéutica(Solicitud de concepto técnico servicio farmacéutico,FORAM, Reporte de riesgos de incidentes adversos a dispositivos medicos, Seguimiento de reporte de riesgo de incidente adversos a dispositivos medicos, Solicitud y respuesta de información sobre medicamentos y dispositivos, Cronograma capacitación Farmacovigilancia)	Archivo Gestión de Calidad	Integrantes del comité de farmacia y el personal del servicio farmacéutico.	5 años	Directora Técnica Nacional del Servicio farmacéutico	Eliminar
Acta de entrega de residuos hospitalarios de la Centra de mezclas	Archivo central de mezclas	Personal servicio Farmaceutico.	1 año	Auxiliar de la central de mezclas y profesional de producción.	Eliminar
Perfil farmacoterapeutico (Historia Farmacoterapeutica, oferta de servicios de seguimiento farmacoterapeutico, Intervención Farmaceutica	Archivo farmacia en cada sede	Personal servicio Farmaceutico.	2 año	Regente de farmacia	Eliminar
Reporte de eventualidades en el servicio farmaceutico	Archivo central de mezclas y farmacia en cada sede	Personal servicio Farmaceutico.	1 año	Directora Técnica Nacional del Servicio farmacéutico	Eliminar



LISTADO MAESTRO DE REGISTROS

Código: GC-FO-0017


Versión: 03

Página 1 de 5


Aprobó: Director Nacional de Calidad

Fecha de Aprobación: 2012/11/01


PROCESO:	SERVICIO FARMACÉUTICO				
NOMBRE	LUGAR DE ARCHIVO	ACCESO	TIEMPO DE RETENCION	RESPONSABLE	DISPOSICIÓN
Cronograma de actividades control de plagas, Control de actividades control de plaga, Registro de fumigación para control y saneamiento de plagas	Archivo central de mezclas y farmacia en cada sede	Personal servicio Farmaceutico.	1 año	Directora Técnica Nacional del Servicio farmacéutico	Eliminar
Acta de destrucción de medicamentos vencidos y evaluación de medicamentos para el proceso de destrucción.	Archivo central de mezclas y farmacia en cada sede	Personal servicio Farmaceutico.	1 año	Directora Técnica Nacional del Servicio farmacéutico	Eliminar
Inventario de medicamentos farmacia	Archivo Farmacia en cada sede	Personal servicio Farmaceutico.	2 años	Regente de Farmacia y Directora Técnica Nacional del Servicio farmacéutico	Eliminar
Devolución de medicamentos y dispositivos del área asistencial, Devolución de medicamentos y dispositivos medicos a proveedores	Archivo central de mezclas y Farmacia en cada sede	Personal servicio Farmaceutico.	1 año	Directora Técnica Nacional del Servicio farmacéutico	Eliminar
Orden de producción de Unidosis, Solicitud de medicamentos en Unidosis, Entrega de medicamentos unidosis, control de calidad unidosis, Listado de medicamento para unidosis	Archivo central de mezclas	Personal servicio Farmaceutico.	1 año	Directora Técnica Nacional del Servicio farmacéutico	Eliminar
Certificación recibo de medicamentos externos por aseguradoras.	Archivo farmacia en cada sede	Personal servicio Farmaceutico.	1 años	Regente de Farmacia	Eliminar
Requerimiento de medicamentos y dispositivos medicos a farmacia	Archivo central de mezclas y farmacia en cada sede	Personal servicio Farmaceutico.	1 año	Regente de Farmacia	Eliminar
Ingreso de visitantes a la central de mezclas	Archivo central de mezclas	Personal servicio Farmaceutico.	1 año	Directora Técnica Nacional del Servicio farmacéutico	Eliminar


 <p>CENTRO ONCOLÓGICO Comprometidos con la Vida</p>	LISTADO MAESTRO DE REGISTROS				Código: GC-FO-0017
					Versión: 03
	Aprobó: Director Nacional de Calidad				
PROCESO:	SERVICIO FARMACÉUTICO				
NOMBRE	LUGAR DE ARCHIVO	ACCESO	TIEMPO DE RETENCION	RESPONSABLE	DISPOSICIÓN
Planilla control de pendientes	Archivo farmacia en cada sede	Personal servicio Farmaceutico.	2 años	Regente de Farmacia	Eliminar
Especificaciones del sistema de aire central de mezclas	Archivo central de mezclas	Personal servicio Farmaceutico.	1 año	Directora Técnica Nacional del Servicio farmacéutico	Eliminar
Conciliación Retiro de producto del mercado	Archivo central de mezclas y farmacia en cada sede	Personal servicio Farmaceutico.	1 año	Directora Técnica Nacional del Servicio farmacéutico	Eliminar
Registro de información al Transportador	Archivo central de mezclas y farmacia en cada sede	Personal servicio Farmaceutico.	1 año	Directora Técnica Nacional del Servicio farmacéutico	Eliminar
Recepción de mezclas	Archivo central de mezclas y farmacia en cada sede	Personal servicio Farmaceutico.	1 año	Directora Técnica Nacional del Servicio farmacéutico	Eliminar
Registro prueba de llenado de medios de cultivos	Archivo central de mezclas	Personal servicio Farmaceutico.	1 año	Directora Técnica Nacional del Servicio farmacéutico	Eliminar
Registro de mantenimiento cabina de flujo laminar, Registro de mantenimiento de equipos, Diferencial de presión.	Archivo central de mezclas	Personal servicio Farmaceutico.	1 año	Directora Técnica Nacional del Servicio farmacéutico	Eliminar
Cronograma control de sanitizantes	Archivo central de mezclas	Personal servicio Farmaceutico.	1 año	Directora Técnica Nacional del Servicio farmacéutico	Eliminar
Análisis microbiológico de ambiente, Control de microbiológico de superficie, Validación llenado aseptico	Archivo central de mezclas	Personal servicio Farmaceutico.	1 año	Directora Técnica Nacional del Servicio farmacéutico	Eliminar

✓ Proceso Quimioterapia


		LISTADO MAESTRO DE REGISTROS				Código: GC-FO-0017
						Versión: 03
						Página 1 de 1
Aprobó: Director Nacional de Calidad					Fecha de Aprobación: 2012/11/01	
PROCESO:		QUIMIOTERAPIA				
NOMBRE	LUGAR DE ARCHIVO	ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN	RESPONSABLE	DISPOSICIÓN	
Registros generados durante la aplicación del tratamiento que harán parte de la historia clínica y necesarios para facturación. (Formatos y documentos del sistema)	Sistema y Archivadores en quimioterapia ambulatoria.	Jefe departamento enfermería, Enfermera Jefe, Auxiliar de enfermería, Médico general, Médico especialista, Auditor médico, Coordinador médico, Auditores internos de calidad.	Durante el ciclo de quimioterapia, despues se envia a Historia clínica y facturación	Jefe departamento enfermería, Auxiliar de enfermería, Enfermera jefe	N.A.	
Evolución del grupo de apoyo en Bucaramanga (Formato QM-FO-0012)	Archivadores en quimioterapia ambulatoria	Jefe departamento enfermería, Enfermera Jefe, Auxiliar de enfermería, Médico general, Médico especialista, Auditor médico, Coordinador médico, Auditores internos de calidad, Grupo de apoyo	Durante el ciclo de quimioterapia, despues se envia a Historia clínica y facturación	Jefe departamento enfermería, Auxiliar de enfermería, Enfermera jefe	N.A.	
Registros del grupo de apoyo Bogotá (Formatos 0006, 0009, 0011, 0012, 0017)	Archivador quimioterapia ambulatoria	Grupo de apoyo integral en Bogotá	Durante el ciclo de quimioterapia o consulta, despues se envia a Historia clínica y/o facturación	Grupo de apoyo integral Bogotá	N.A.	
Control de quimioterapias aplicadas (Bucaramanga, QM-FO-0003)	Sistema en quimioterapia ambulatoria	Jefe departamento de enfermería, Enfermero jefe, auditor medico, Director Nacional de calidad	Durante el año	Jefe departamento enfermería, Medico general (Tunja)	Destruir	
Control y verificación del carro de paro	Archivadores en quimioterapia ambulatoria	Jefe departamento enfermería, Enfermera Jefe, Auxiliar de enfermería, Auditor médico	2 años	Jefe departamento enfermería, Enfermera Jefe (Bogotá)	Destruir	
Seguimiento de adherencia (Bogotá)	Archivo en recepción 706	Auxiliar de enfermería, Enfermera Jefe, Coordinador Médico, Auditor Médico	1 año	Auxiliar de enfermería	Destruir	

✓ Proceso Talento Humano

		LISTADO MAESTRO DE REGISTROS				Código: GC-FO-0017
						Versión: 03
						Página 1 de 2
Aprobó: Director Nacional de Calidad					Fecha de Aprobación: 2012/11/01	
PROCESO:		TALENTO HUMANO				
NOMBRE	LUGAR DE ARCHIVO	ACCESO	TIEMPO DE RETENCION	RESPONSABLE	DISPOSICIÓN	
Soporte hoja de vida	Archivador de Talento Humano en todas las sedes	Profesional de Talento Humano (Bucaramanga) Profesional Administrativa y Financiera (Bogotá) Director Regional Administrativo y Financiero (Tunja) Auditores.	Mientras exista relación laboral y 1 año mas despues de finalizada dicha relación.	Profesional de Talento Humano (Bucaramanga) Profesional Administrativa y Financiera (Bogotá) Director Regional Administrativo y Financiero (Tunja)	Eliminar	
Registros anexos a la Hoja de Vida (Evaluación de desempeño, inducción de personal, base de datos, solicitud de personal, control de contratación, consentimiento informado para el manejo de la documentación de la hoja de vida, verificación de referencias laborales, chek list contratación, evaluación de eficacia de las capacitaciones-entrenamiento, solicitud de permiso, Comunicación de vacaciones, Retiro Laboral).	Archivador de Talento Humano en todas las sedes	Profesional de Talento Humano (Bucaramanga) Profesional Administrativa y Financiera (Bogotá) Director Regional Administrativo y Financiero (Tunja) Auditores.	Mientras exista relación laboral y 1 año mas despues de finalizada dicha relación.	Profesional de Talento Humano (Bucaramanga) Profesional Administrativa y Financiera (Bogotá) Director Regional Administrativo y Financiero (Tunja)	Eliminar	
Control Capacitaciones y/o entrenamiento	Archivador de Talento Humano en todas las sedes	Profesional de Talento Humano (Bucaramanga) Profesional Administrativa y Financiera (Bogotá) Director Regional Administrativo y Financiero (Tunja) Auditores.	2 años	Profesional de Talento Humano (Bucaramanga) Profesional Administrativa y Financiera (Bogotá) Director Regional Administrativo y Financiero (Tunja)	Eliminar	
Programación de vacaciones	Archivador de Talento Humano en todas las sedes	Profesional de Talento Humano (Bucaramanga) Profesional Administrativa y Financiera (Bogotá) Director Regional Administrativo y Financiero (Tunja) Auditores.	1 año	Profesional de Talento Humano (Bucaramanga) Profesional Administrativa y Financiera (Bogotá) Director Regional Administrativo y Financiero (Tunja)	Eliminar	

	LISTADO MAESTRO DE REGISTROS				Código: GC-FO-0017
					Versión: 03
Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/01	
PROCESO:		TALENTO HUMANO			
NOMBRE	LUGAR DE ARCHIVO	ACCESO	TIEMPO DE RETENCION	RESPONSABLE	DISPOSICIÓN
Solicitud de capacitaciones	Archivador de Talento Humano en todas las sedes	Profesional de Talento Humano (Bucaramanga) Profesional Administrativa y Financiera (Bogotá) Director Regional Administrativo y Financiero (Tunja) Auditores.	1 año	Profesional de Talento Humano (Bucaramanga) Profesional Administrativa y Financiera (Bogotá) Director Regional Administrativo y Financiero (Tunja)	Eliminar
Descripción de cargos	Carpetas de cada una de los procesos	Todo el personal	Mientras exista el cargo	Profesional de Talento Humano (Bucaramanga) Profesional Administrativa y Financiera (Bogotá) Director Regional Administrativo y Financiero (Tunja)	Eliminar
Copaso(actas, programas,control de extintores,cronograma de actividades de formación, conformación de las brigadas, plan de emergencia, entre otros)	Archivador de Talento Humano en todas las sedes	Profesional de Talento Humano (Bucaramanga) Profesional Administrativa y Financiera (Bogotá) Director Regional Administrativo y Financiero (Tunja) Auditores.	Durante la vigencia	Profesional de Talento Humano (Bucaramanga) Profesional Administrativa y Financiera (Bogotá) Director Regional Administrativo y Financiero (Tunja)	Eliminar
Acta entrega de Dotación	Archivador de Talento Humano en todas las sedes	Profesional de Talento Humano (Bucaramanga) Profesional Administrativa y Financiera (Bogotá) Director Regional Administrativo y Financiero (Tunja) Auditores.	2 años	Profesional de Talento Humano (Bucaramanga) Profesional Administrativa y Financiera (Bogotá) Director Regional Administrativo y Financiero (Tunja)	Eliminar
Control horas extras	Archivador de Talento Humano en todas las sedes	Profesional de Talento Humano (Bucaramanga) Auditores.	1 año	Profesional de Talento Humano (Bucaramanga)	Eliminar
Visitas de clientes externos	Archivador de Talento Humano en todas las sedes	Profesional de Talento Humano (Bucaramanga)	1 año	Profesional de Talento Humano (Bucaramanga)	Eliminar
Entrega de carnet	Archivador de Talento Humano en todas las sedes	Profesional de Talento Humano (Bucaramanga) Profesional Administrativa y Financiera (Bogotá) Director Regional Administrativo y Financiero (Tunja) Auditores.	1 año	Profesional de Talento Humano (Bucaramanga) Profesional Administrativa y Financiera (Bogotá) Director Regional Administrativo y Financiero (Tunja) Auditores.	Eliminar

✓ Proceso Infraestructura y Mantenimiento

 <p>CENTRO ONCOLÓGICO Comprometidos con la Vida</p>	LISTADO MAESTRO DE REGISTROS				Código: GC-FO-0017
					Versión: 03
					Página 1 de 1
Aprobó: Director Nacional de Calidad			Fecha de Aprobación: 2012/11/01		
PROCESO:	INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO				
NOMBRE	LUGAR DE ARCHIVO	ACCESO	TIEMPO DE RETENCION	RESPONSABLE	DISPOSICIÓN
Reporte de mantenimiento de equipos	Archivador de infraestructura y mantenimiento	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento (BUC), Profesional administrativo y financiero (BOG), Directora regional administrativa y financiera (TUN)	Hasta 1 año después del fin de la vida útil del equipo	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento (BUC), Profesional administrativo y financiero (BOG), Directora regional administrativa y financiera (TUN)	Eliminar
Protocolo de mantenimiento por equipo	Archivador de infraestructura y mantenimiento	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento (BUC), Profesional administrativo y financiero (BOG), Directora regional administrativa y financiera (TUN)	Hasta 1 año después del fin de la vida útil del equipo	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento (BUC), Profesional administrativo y financiero (BOG), Directora regional administrativa y financiera (TUN)	Eliminar
Programa y control de mantenimiento, calibración y calificación	Sistema	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento (BUC), Profesional administrativo y financiero (BOG), Directora regional administrativa y financiera (TUN)	2 años	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento (BUC), Profesional administrativo y financiero (BOG), Directora regional administrativa y financiera (TUN)	Eliminar
Gestión de mantenimiento correctivo	Archivador de infraestructura y mantenimiento	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento (BUC), Profesional administrativo y financiero (BOG), Directora regional administrativa y financiera (TUN)	Hasta 1 año después del fin de la vida útil del equipo	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento (BUC), Profesional administrativo y financiero (BOG), Directora regional administrativa y financiera (TUN)	Eliminar



LISTADO MAESTRO DE REGISTROS

Código: GC-FO-0017

Versión: 03

Página 1 de 1

Aprobó: Director Nacional de Calidad

Fecha de Aprobación: 2012/11/01

PROCESO:

INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO

NOMBRE	LUGAR DE ARCHIVO	ACCESO	TIEMPO DE RETENCION	RESPONSABLE	DISPOSICIÓN
Reporte de baja de equipos	Archivador de infraestructura y mantenimiento	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento	1 año	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento	Eliminar
Verificacion de equipos	Archivador de infraestructura y mantenimiento	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento (BUC), Profesional administrativo y financiero (BOG), Directora regional administrativa y financiera (TUN)	1 año	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento (BUC), Profesional administrativo y financiero (BOG), Directora regional administrativa y financiera (TUN)	Eliminar
Hoja de vida de equipos	Archivador de infraestructura y mantenimiento	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento (BUC), Profesional administrativo y financiero (BOG), Directora regional administrativa y financiera (TUN)	Hasta 1 año después del fin de la vida util del equipo	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento (BUC), Profesional administrativo y financiero (BOG), Directora regional administrativa y financiera (TUN)	Eliminar
Inventario de equipos	Archivador de infraestructura y mantenimiento	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento (BUC), Profesional administrativo y financiero (BOG), Directora regional administrativa y financiera (TUN)	Permanente	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento (BUC), Profesional administrativo y financiero (BOG), Directora regional administrativa y financiera (TUN)	N.A.
Cronograma de infraestructura	Sistema	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento (BUC), Profesional administrativo y financiero (BOG), Directora regional administrativa y financiera (TUN)	2 años	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento (BUC), Profesional administrativo y financiero (BOG), Directora regional administrativa y financiera (TUN)	Eliminar



LISTADO MAESTRO DE REGISTROS

Código: GC-FO-0017

Versión: 03


Página 1 de 1

Aprobó: Director Nacional de Calidad

Fecha de Aprobación: 2012/11/01

PROCESO: INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO					
NOMBRE	LUGAR DE ARCHIVO	ACCESO	TIEMPO DE RETENCION	RESPONSABLE	DISPOSICIÓN
Reporte de daños infraestructura	Archivador de infraestructura y mantenimiento	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento (BUC), Profesional administrativo y financiero (BOG), Directora regional administrativa y financiera (TUN)	2 año	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento (BUC), Profesional administrativo y financiero (BOG), Directora regional administrativa y financiera (TUN)	Eliminar
Control de entrega a mantenimiento y prestamo de equipos	Archivador de infraestructura y mantenimiento	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento (BUC), Profesional administrativo y financiero (BOG), Directora regional administrativa y financiera (TUN)	1 año	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento (BUC), Profesional administrativo y financiero (BOG), Directora regional administrativa y financiera (TUN)	Eliminar
Asignacion traslado de equipos y elementos	Archivador de infraestructura y mantenimiento	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento (BUC), Profesional administrativo y financiero (BOG), Directora regional administrativa y financiera (TUN)	1 año	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento (BUC), Profesional administrativo y financiero (BOG), Directora regional administrativa y financiera (TUN)	Eliminar
Reasignacion de areas	Archivador de infraestructura y mantenimiento	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento (BUC), Profesional administrativo y financiero (BOG), Directora regional administrativa y financiera (TUN)	1 año	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento (BUC), Profesional administrativo y financiero (BOG), Directora regional administrativa y financiera (TUN)	Eliminar
Control de mantenimiento infraestructura	Archivador de infraestructura y mantenimiento	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento (BUC), Profesional administrativo y financiero (BOG), Directora regional administrativa y financiera (TUN)	Permanente	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento (BUC), Profesional administrativo y financiero (BOG), Directora regional administrativa y financiera (TUN)	N.A.
Planos de las instalaciones físicas	Sistema	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento	Permanente	Coordinadora de infraestructura y mantenimiento	N.A.

✓ **Proceso Financiera**

 <p>CENTRO ONCOLÓGICO Comprometidos con la Vida</p>	LISTADO MAESTRO DE REGISTROS				Código: GC-FO-0017
					Versión: 03
					Página 1 de 1
Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/01	
PROCESO:	FINANCIERA				
NOMBRE	LUGAR DE ARCHIVO	ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN	RESPONSABLE	DISPOSICIÓN
Registros de entrega de facturas a financiera	Archivo financiera	Coordinador Nacional Financiero, Auxiliar	6 meses	Coordinador Nacional financiero	Eliminar
Copias de las facturas y soportes definidos (Registros) en el procedimiento de facturación. (B/manga)	Archivo de Financiera.	Coordinador Nacional Financiero, Auxiliar contable	10 años	Coordinador Nacional financiero	Eliminar
Copias de los soportes (Registros) de tratamientos aplicados enviados en las facturas (Bogotá)	Archivo de Financiera.	Auxiliar de autorizaciones y facturación, Coordinador regional administrativo y financiero.	Hasta que se realice el pago completo por parte de la EPS correspondiente. Se retiene 6 meses más.	Coordinador regional administrativo y financiero	Eliminar
Copias de las facturas Tunja	Archivos de Financiera	Coordinador regional administrativa y financiera, Auxiliar de autorizaciones y facturación	11 años	Coordinador regional administrativa y financiera	Eliminar
Informe de cartera, Informe de proveedores, Informes financieros	Software	Coordinador Nacional Financiero, Auxiliar contable	Permanente	Coordinador Nacional financiero	N.A.
Registros Contables (Comprobante de egresos, recibos de caja, comprobantes de compra, notas contables, comprobantes de cierre, notas crédito, notas debito, cierres de ventas), Informes de caja (reportes de ventas por cajero)	Archivos de Financiera	Coordinador Nacional Financiero, Auxiliar contable	11 años	Coordinador Nacional financiero	Eliminar

✓ Proceso TICS

	LISTADO MAESTRO DE REGISTROS				Código: GC-FO-0017
					Versión: 03
					Página 1 de 1
Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/01	
PROCESO:		TICS			
NOMBRE	LUGAR DE ARCHIVO	ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN	RESPONSABLE	DISPOSICIÓN
Seguimiento desarrollo de software	C:\ Mis documentos\Formatos TIC	Auditorías internas y externas	un año después de entregado el desarrollo	Coordinador Nacional TICS	Eliminar
Comprobación y mantenimiento del sistema de respaldo eléctrico	C:\ Mis documentos\Formatos TIC	Auditorías internas y externas	un año después de realizada la comprobación	Coordinador Nacional TICS	Eliminar

✓ Proceso Autorizaciones y Facturación

	LISTADO MAESTRO DE REGISTROS				Código: GC-FO-0017
					Versión: 03
					Página 1 de 1
Aprobó: Director Nacional de Calidad				Fecha de Aprobación: 2012/11/01	
PROCESO:		AUTORIZACIONES Y FACTURACIÓN			
NOMBRE	LUGAR DE ARCHIVO	ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN	RESPONSABLE	DISPOSICIÓN
Base de datos de usuarios nuevos por aseguradora (BUC, TUN)	Sistema Autorizaciones y facturación.	Auxiliar de autorizaciones y facturación, Coordinador regional de autorizaciones y facturación, Auditor Médico, Coordinador Médico, Gestión de calidad	Permanente	Coordinador Regional de Autorizaciones y Facturación	N.A.
Relación de glosas y devoluciones	Sistema	Coordinador Regional de autorizaciones y facturación, Auditor Médico, Coordinador regional administrativo y financiero (BOG)	Permanente	Coordinador Regional de Autorizaciones y Facturación (B/manga), Coordinador regional administrativo y financiero (Bog)	N.A.



LISTADO MAESTRO DE REGISTROS

Código: GC-FO-0017

Versión: 03

Página 1 de 1

Aprobó: Director Nacional de Calidad


Fecha de Aprobación: 2012/11/01

PROCESO:

AUTORIZACIONES Y FACTURACIÓN

NOMBRE	LUGAR DE ARCHIVO	ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN	RESPONSABLE	DISPOSICIÓN
Registro Consolidación de facturación (Bogotá)	Archivo de autorizaciones y facturación	Auxiliar de autorizaciones y facturación, Coordinador regional administrativo y financiero.	Permanente	Coordinador regional administrativo y financiero	N.A.
Censo diario de hospitalización	Sistema Autorizaciones y facturación en sede hospitalaria	Auxiliar de autorizaciones y facturación en sede hospitalaria, Coordinador Regional de autorizaciones y facturación.	Permanente	Auxiliar de autorizaciones y facturación en sede hospitalaria	N.A.
Paquetes de documentos y soportes de servicios prestados por cada área (Quimioterapia ambulatoria, Hospitalización, Farmacia, Consulta externa y red externa) y registros del grupo de apoyo integral.	Archivo de autorizaciones y facturación	Auxiliar de autorizaciones y facturación, Coordinador regional administrativo y financiero, Coordinador regional de autorizaciones y facturación	Hasta su envío a la EPS correspondiente (B/manga y Tunja). Hasta que se realice la conciliación médica (Bogotá). Posteriormente se envía a archivo de Financiera.	Coordinador regional administrativo y financiero (BOG), Coordinador Regional de Autorizaciones y facturación (B/manga), Auxiliar de Autorizaciones y facturación (Tunja)	N.A.
Informe de caja (reportes de ventas por cajero)	Archivo de autorizaciones y facturación	Auxiliar de autorizaciones y facturación, Coordinador regional administrativo y financiero.	1 año	Coordinador Regional de Autorizaciones y Facturación	Destruir

✓ **Proceso Compras**

	LISTADO MAESTRO DE REGISTROS					Código: GC-FO-0017
						Versión: 03
						Página 1 de 1
Aprobó: Director Nacional de Calidad					Fecha de Aprobación: 2012/11/01	
PROCESO:		COMPRAS				
NOMBRE	LUGAR DE ARCHIVO	ACCESO	TIEMPO DE RETENCION	RESPONSABLE	DISPOSICIÓN	
Actas comité de compras	Archivador Oficina Dirección Nacional Administrativa y Financiera	Directora Nacional Administrativa y Financiera, Directora Técnica Nacional del servicio farmacéutico, Auditores internos de calidad	dos años	Directora Nacional Administrativa y Financiera,	Eliminar	
Requerimiento Productos Estrategicos	Archivador Dirección Técnica Nacional del servicio farmacéutico	Directora Nacional Administrativa y Financiera, Directora Técnica Nacional del servicio farmacéutico, Auditores internos de calidad	dos años	Directora Técnica Nacional del servicio farmacéutico,	Eliminar	
Requerimiento Productos Multiplicadores	Archivadores de : Tunja: Directora regional , Bogotá: Coordinadora Administrativa y Financiera o Profesional Administrativa y Financiera, Bucaramanga: Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	Directora Nacional Administrativa y Financiera, Directores regionales, Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento, Auditores internos de calidad	dos años	Directores regionales, Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento,	Eliminar	
Orden de compra Productos Estrategicos	Archivador Dirección Técnica Nacional del servicio farmacéutico	Directora Nacional Administrativa y Financiera, Directora Técnica Nacional del servicio farmacéutico, Auditores internos de calidad	dos años	Directora Técnica Nacional del servicio farmacéutico,	Eliminar	
Selección de proveedores	Carpeta digital / Documentación/ Compras / evaluación y reevaluación de proveedores	Directora Nacional Administrativa y Financiera, Director Nacional de Calidad, Directora Técnica Nacional del servicio farmacéutico, Auditores internos de calidad	un año	Director Nacional de Calidad	Eliminar	
Evaluación y reevaluación proveedores productos críticos	Carpeta digital / Documentación/ Compras / evaluación y reevaluación de proveedores	Directora Nacional Administrativa y Financiera, Director Nacional de Calidad, Directora Técnica Nacional del servicio farmacéutico, Auditores internos de calidad	un año	Director Nacional de Calidad	Eliminar	



LISTADO MAESTRO DE REGISTROS

Código: GC-FO-0017

Versión: 03

Página 1 de 1


Aprobó: Director Nacional de Calidad

Fecha de Aprobación: 2012/11/01

PROCESO:		COMPRAS			
NOMBRE	LUGAR DE ARCHIVO	ACCESO	TIEMPO DE RETENCION	RESPONSABLE	DISPOSICIÓN
Evaluación y reevaluación proveedores servicios críticos	Carpeta digital / Documentación/ Compras / evaluación y reevaluación de proveedores	Directora Nacional Administrativa y Financiera, Director Nacional de Calidad, Directora Técnica Nacional del servicio farmacéutico, Auditores internos de calidad	un año	Director Nacional de Calidad	Eliminar
Verificación de productos y servicios	Archivadores de : Tunja: Directora regional , Bogotá: Coordinadora Administrativa y Financiera o Profesional Administrativa y Financiera, Bucaramanga: Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	Directora Nacional Administrativa y Financiera, Directores regionales, Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento, Auditores internos de calidad	dos años	Directores regionales, Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento,	Eliminar
Orden de compra, incluye cotizaciones y copia de factuas si aplica	Archivadores de : Tunja: Directora regional , Bogotá: Coordinadora Administrativa y Financiera o Profesional Administrativa y Financiera, Bucaramanga: Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	Directora Nacional Administrativa y Financiera, Directores regionales, Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento, Auditores internos de calidad	dos años	Directores regionales, Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento,	Eliminar
Contratos con las pólizas que le apliquen	Archivadores de : Tunja: Directora regional , Bogotá: Coordinadora Administrativa y Financiera o Profesional Administrativa y Financiera, Bucaramanga: Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	Directora Nacional Administrativa y Financiera, Directores regionales, Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento, Auditores internos de calidad	durante la vigencia de las pólizas y un año mas	Directores regionales, Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento,	Eliminar
Requerimientos servicios	Archivadores de : Tunja: Directora regional , Bogotá: Coordinadora Administrativa y Financiera o Profesional Administrativa y Financiera, Bucaramanga: Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	Directora Nacional Administrativa y Financiera, Directores regionales, Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento, Auditores internos de calidad	dos años	Directores regionales, Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento,	Eliminar
Formato inscripcion de proveedores	Carpeta digital / Documentación/ Compras / proveedores	Directora Nacional Administrativa y Financiera, Director Nacional de Calidad, Directora Técnica Nacional del servicio farmacéutico, Auditores internos de calidad	durante la permanencia del proveedor y un año mas	Director Nacional de Calidad	Eliminar


ANEXO 12. Caracterizaciones de los procesos

✓ Proceso Dirección Institucional


	CARACTERIZACIÓN PROCESO DIRECCION INSTITUCIONAL	CÓDIGO	DI-CR-0001
		VERSIÓN	02
		HOJA	1 de 3

REVISO: Director Nacional de Calidad		APROBO: Gerencia Nacional	
TIPO DE PROCESO:	Estratégico	RESPONSABLE DEL PROCESO:	Director Nacional de Calidad
OBJETIVO DEL PROCESO:	Planear la ejecución de actividades y recursos para la prestación de los servicios de salud de acuerdo a la normatividad vigente, necesidades de los clientes y del Centro Oncológico. Planear, coordinar y ejecutar las actividades de mercadeo de los servicios, asegurando el cumplimiento de los requisitos del cliente.		
ALCANCE DEL PROCESO	Incluye la definición o revisión del mapa estratégico, la misión, visión y estrategia de mercadeo del Centro Oncológico		

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	SALIDA	CLIENTES
<ul style="list-style-type: none"> - Todos los procesos - Competencia - Entes de control: Ministerio de Salud, Supersalud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidades e información de los procesos. - Requisitos de los clientes y legales 	<p>p</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir o revisar los objetivos de los diferentes servicios (se definen o revisan las herramientas y se fijan tiempos) 	<ul style="list-style-type: none"> - Gerente Nacional, Directora Nacional Administrativa y Financiera, Director Nacional de Calidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivos definidos o revisados - Tiempos de ejecución 	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los procesos:
<ul style="list-style-type: none"> - Dirección Institucional. - Todos los procesos 	<ul style="list-style-type: none"> - Visión, Misión y política de calidad - Objetivos definidos o revisados - Demanda y oferta de los servicios - Tiempos de ejecución - Análisis de la competencia - Informe de servicios prestados - Costo de servicios prestados 	<p>p</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir o revisar estrategias 	<ul style="list-style-type: none"> - Gerente Nacional, Directora Nacional Administrativa y Financiera, Director Nacional de Calidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Estrategias de la Organización (Administrativas y comerciales) - Necesidades de compras y suministros - Necesidades de recursos: humanos y financieros - Programa de capacitación y/o entrenamiento aprobado - Programa de auditorías internas de calidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los procesos

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DIRECCION INSTITUCIONAL	CÓDIGO	DI-CR-0001
		VERSIÓN	02
		HOJA	2 de 3

Todos los procesos	<ul style="list-style-type: none"> - Estrategias de la Organización (Administrativas y comerciales) - Necesidades de compras y suministros - Necesidades de recursos: humanos y Financieros - Programa de capacitación y/o entrenamiento aprobado - Programa de auditorias 	H	Realizar las estrategias a través de los diferentes procesos	Responsable de procesos	<ul style="list-style-type: none"> - Resultados de los procesos y estrategias 	Dirección institucional Todos los procesos
Dirección institucional	<ul style="list-style-type: none"> - Demanda y oferta de los servicios - Estrategia comercial - Programación de visitas comerciales - Portafolio de servicios 	H	Realizar visitas comerciales	Gerente Nacional y responsable comercial	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidades de servicios - Actualizaciones de portafolio, en caso necesario. 	Todos los procesos
Clientes externos Dirección institucional	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidades de servicios - Directrices para elaborar las propuestas - Análisis de factibilidad de prestación de servicios 	H	Elaborar o ajustar y presentar propuestas a los cliente	Gerente Nacional y responsable comercial	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidades de ajuste a las propuestas - Propuesta aprobada 	Cliente externo Procesos de servicios

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DIRECCION INSTITUCIONAL	CÓDIGO	DI-CR-0001
		VERSIÓN	02
		HOJA	4 de 3

REQUISITOS (CLIENTE, LEY, ORGANIZACIÓN, NTC ISO 9001-2008)		DOCUMENTOS Y REGISTROS APLICABLES
<u>CLIENTE EXTERNO:</u> N.A.	<u>ORGANIZACIÓN:</u> Reglamento interno de trabajo <u>NTC ISO 9001:2008</u> Ver Manual de Calidad "Tabla relación de numerales Vs Documentación". <u>LEY:</u> Ver listado Maestro de Documentos Externos	<ul style="list-style-type: none"> - Ver Listado Maestro de Documentos Internos - Ver Listado Maestro de Registros

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	FECHA APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	2012/07/06	Creación del Documento
2	2012/11/30	Actualización del documento, se incluyeron los ciclos del PHVA en cada actividad, se actualizaron los recursos del proceso y se definieron los requisitos del cliente externo.

✓ **Proceso Gestión de Calidad**

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO	GC-CR-0001
		VERSIÓN	04
		HOJA	1 de 4

REVISO: Profesional de Calidad	APROBO: Director Nacional de Calidad
TIPO DE PROCESO:	Estratégico
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Director Nacional de Calidad
OBJETIVO DEL PROCESO:	Establecer, documentar, implementar, mantener y mejorar continuamente el Sistema de Gestión de Calidad del Centro Oncológico
ALCANCE DEL PROCESO	Este proceso aplica a todos los procesos del SGC, en las actividades de documentación, seguimiento y mejoramiento del sistema. Incluye las auditorías médicas y a proveedores.

PROVEEDORES	ENTRADAS		ACTIVIDADES	RESPONSABLES	SALIDA	CLIENTES
Todos los procesos	Cambios en normatividad legal. Decisiones de la revisión por la dirección. Decisiones estratégicas. Solicitudes de procesos. Cambios en la norma ISO 9001	P	Planear el SGC de acuerdo con el procedimiento planificación del SGC GC-PR-0002	Director Nacional de Calidad	Mapa de procesos y estructura documental actualizada	Dirección Institucional Todos los procesos
Gerencia Nacional Todos los procesos Proveedores	Resultados de revisión por la dirección. Resultado de auditorías anteriores.	P	Realizar programación de auditorías	Director Nacional de calidad Profesional de Calidad Auditor Médico	Programación de auditorías definido. Plan de auditoría	Todos los procesos Proveedores
Todos los procesos.	Información a Documentar	H	Realizar o actualizar la documentación del SGC	Director Nacional de Calidad y responsables de los procesos	Documentación actualizada del SGC	Todos los procesos.
Todos los procesos.	Documentación actualizada del SGC	H	Realizar la implementación del SGC	Director Nacional de Calidad y responsables de los procesos	Registros de la implementación del SGC	Todos los procesos.
Todos los procesos.	Desempeño de los procesos	H	Realizar el seguimiento y/o medición del SGC	Responsables de los procesos	Registros del seguimiento y/o medición	Gestión de Calidad
Dirección Nacional de Calidad	Plan de auditorías, lista de verificación	H	Realizar Auditorías	Director Nacional de calidad Profesional de	Hallazgos de Auditorías. Informes de auditoría. Planes de mejora	Todos los procesos Proveedores




CARACTERIZACIÓN PROCESO DE GESTIÓN DE CALIDAD

CÓDIGO	GC-CR-0001
VERSIÓN	04
HOJA	2 de 4

				Calidad Auditor Médico	(proveedores)	
Todos los procesos.	Resultados de Auditorías Resultados de la Medición de la Satisfacción del Cliente PQRS. Resultados de Indicadores de Gestión No Conformidades Estado de las Acciones Correctivas y Preventivas Acciones de Seguimiento de Revisiones por la Dirección anteriores. Cambios que podrían afectar el S.G.C. Política y Objetivos de la Calidad Recomendaciones para la Mejora de los Procesos	V	Realizar revisión por la Dirección	Gerente Nacional Director Nacional de Calidad	Registro de Revisión por la Dirección, Mejora de la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad y sus procesos, Mejora del servicio en relación con los requisitos del cliente, Necesidades de Recursos.	Todos los procesos.
Gestión de Calidad. Todos los procesos	Programa de auditorías, seguimiento a los procesos, resultado de indicadores	V	Realizar la revisión y verificación del SGC.	Gerente Nacional Director Nacional de Calidad y responsables de los procesos	Registros de auditorías, No conformidades, Productos o servicios no conformes	Gestión de Calidad. Todos los procesos
Todos los procesos	Decisiones de la revisión por la dirección, No conformidades, Productos no conformes.	A	Realizar acciones las acciones correctivas, preventivas y de mejora del SGC	Responsables de los procesos	Planes de acción	Todos los procesos


SEGUIMIENTO Y/O MEDICION	PROCESOS RELACIONADOS	RECURSOS
Auditorías Internas Ver Hoja de Vida de indicadores	Todos los procesos	<ul style="list-style-type: none"> • Instalaciones físicas • Talento Humano • Presupuesto

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO	GC-CR-0001
		VERSIÓN	04
		HOJA	3 de 4

REQUISITOS (CLIENTE, LEY, ORGANIZACIÓN, NTC ISO 9001-2008)		DOCUMENTOS Y REGISTROS APLICABLES
CLIENTE EXTERNO: N.A.	ORGANIZACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • Reglamento interno de trabajo NTC ISO 9001:2008 Ver Manual de Calidad "Tabla relación de numerales Vs Documentación".	<ul style="list-style-type: none"> - Ver Listado Maestro de Documentos Internos - Ver Listado Maestro de Registros
	LEY: Ver listado Maestro de Documentos Externos	


CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	FECHA APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	2011/11/02	Creación del Documento
2	2012/08/08	<ul style="list-style-type: none"> - Se actualizó el objetivo. - Se redefinieron las actividades para evidenciar el planear, hacer, verificar y actuar del SGC
3	2012/12/17	Actualización del documento, se incluyeron los ciclos del PHVA en cada actividad, se actualizaron los recursos del proceso y se redefinieron algunas actividades del proceso. Se incluyó la auditoria medica y la auditoria a proveedores
4	2013/01/28	Se incluyó los resultados de la revisión por la dirección.

✓ **Proceso Atención al Cliente**

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE	CÓDIGO	AC-CR-0001
		VERSIÓN	03
		HOJA	1 de 2

REVISÓ: Director Nacional de Calidad	APROBÓ: Líder de Atención al Cliente
TIPO DE PROCESO:	Misional
OBJETIVO DEL PROCESO:	Brindar al usuario orientación y apoyo para la realización de los trámites administrativos relacionados con la atención de los servicios de salud, conocer su satisfacción frente a los servicios recibidos y responder oportunamente las solicitudes presentadas por los usuarios.
ALCANCE DEL PROCESO	Inicia desde el suministro de información al cliente hasta la realización y tabulación de la información.

PROVEEDORES	ENTRADAS		ACTIVIDADES	RESPONSABLES	SALIDA	CLIENTES
Servicios asistenciales	Información básica para conocimiento del usuario. Elementos que permitan evaluar la atención prestada a cliente.	P	Planear la Atención al Cliente	Líder de Atención al cliente(Bogotá), Profesional de atención al cliente(Bucaramanga), Directora Regional Administrativa y Financiera (Tunja).	Información para el cliente. Métodos de recolección de información.	Usuario
Servicios asistenciales	Información para el cliente.	H	Direccionamiento y Suministro de Información al cliente	Auxiliar del Call center (Bogotá), Recepcionista (Bucaramanga y Tunja)	Información solicitada o requerida	Usuario
Usuario, proveedores	Formato buzón de sugerencias PQRS, Cartas, Quejas verbales, Llamadas. Tutelas y Derechos de petición	H	Recepción PQRS, Tutelas y Derechos de petición	Líder de Atención al cliente(Bogotá), Profesional de atención al cliente(Bucaramanga), Directora Regional Administrativa y Financiera (Tunja)	Seguimiento al trámite de PQRS, Evaluación proceso PQRS.	Atención al Cliente
Atención al Cliente	Formato buzón de sugerencias PQRS, Formato de Seguimiento al trámite de PQRS, Tutelas, Derechos de Petición.	H	Direccionamiento de Quejas	Profesional de atención al cliente (Bucaramanga), Líder de atención al Cliente (Bogotá), Directora Regional Administrativa y Financiera (Tunja)	Carta o correo electrónico, Copia o escaneo de la PQRS. Seguimiento al trámite de PQRS	Responsable del proceso afectado. Atención al cliente
					Tutelas y derechos de petición (físicas o vía mail)	Asesor Jurídico

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE	CÓDIGO	AC-CR-0001
		VERSIÓN	03
		HOJA	2 de 2

Usuario	Carta o correo electrónico con la PQRS. Tutela, derecho de petición.	H	Respuesta y seguimiento al cliente	Responsable del proceso afectado	Respuesta en medio físico o vía mail.	Atención al Cliente
Responsable del proceso afectado				Profesional de atención al cliente (Bucaramanga), Líder de atención al Cliente (Bogotá), Directora Regional Administrativa y Financiera (Tunja)	Seguimiento al trámite de PQRS.	Servicios asistenciales. Dirección Institucional.
Procesos misionales	Encuesta de satisfacción	H	Recopilar información de la percepción del usuario	Responsable recopilar información	Encuesta de satisfacción diligenciada	Atención Cliente
Usuario	Encuesta de satisfacción diligenciada	H	Realizar Tabulación e informe	Profesional de Atención al cliente (Bucaramanga), Líder de atención al Cliente (Bogotá), Directora Regional Administrativa y Financiera (Tunja).	Tabulación e informe	Atención Cliente Gestión Calidad
Atención Cliente	Tabulación				Informe	Gestión Calidad
Gestión de Calidad EPS Entes certificadores	Todas las actividades del proceso, indicadores definidos, Auditorías internas de calidad, Auditorías externas.	V	Realizar seguimiento y/o medición al proceso	Responsable del proceso	Resultados de auditorías, Resultados de indicadores, registro de revisión por la dirección, No conformidades, Productos o servicios no conformes	Dirección institucional, Gestión de calidad

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE	CÓDIGO	AC-CR-0001
		VERSIÓN	03
		HOJA	3 de 2

Gestión de Calidad EPS Dirección institucional	Resultados de: indicadores, auditorías y revisión por la dirección. No conformidades, Productos o servicios no conformes.	A	Realizar acciones correctivas, preventivas y de mejora	Responsable del proceso	Acciones correctivas, preventivas y de mejora.	Dirección institucional, Gestión de calidad
--	---	---	---	-------------------------	--	--

SEGUIMIENTO Y/O MEDICION	PROCESOS RELACIONADOS	RECURSOS
Indicadores Auditorías Internas y externas Revisión por la dirección PQRS	<ul style="list-style-type: none"> Gestión de Calidad Quimioterapia Consulta Externa Hospitalización Servicio Farmacéutico Dirección Institucional 	<ul style="list-style-type: none"> Papelería. Equipos de Comunicaciones, cómputo e impresión. Archivador.

REQUISITOS (CLIENTE, LEY, ORGANIZACIÓN, NTC ISO 9001-2008)	DOCUMENTOS Y REGISTROS APLICABLES
<p>CLIENTE EXTERNO:</p> <ol style="list-style-type: none"> Oportunidad y claridad de la información recibida. Oportunidad y claridad de la respuesta recibida 	<p>ORGANIZACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reglamento interno de trabajo <p>NTC ISO 9001:2008 Ver Manual de Calidad "Tabla relación de numerales Vs Documentación".</p> <p>LEY: Ver listado Maestro de Documentos Externos</p> <ul style="list-style-type: none"> Ver Listado Maestro de Documentos Internos Ver Listado Maestro de Registros


CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	FECHA APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	2012/09/03	Creación del Documento
2	2012/10/31	Se redefinió el alcance del proceso, se incluyeron los ciclos del PHVA en cada actividad, se definieron los requisitos del cliente externo.
3	2013/02/04	Se aclararon las responsabilidades de cada actividad en cada una de las sedes.

✓ **Proceso Consulta Externa**

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	AC-CR-0001
		VERSIÓN	03
		HOJA	1 de 2

REVISÓ: Director Nacional de Calidad	APROBÓ: Coordinador Medico
TIPO DE PROCESO:	Misional
OBJETIVO DEL PROCESO:	Proporcionar servicios de consulta externa en la especialidad de Oncología con calidad, calidez y oportunidad.
ALCANCE DEL PROCESO:	Este proceso involucra las actividades de asignación de citas y atención integral de usuarios con patologías neoplásicas.

PROVEEDORES	ENTRADAS		ACTIVIDADES	RESPONSABLES	SALIDA	CLIENTES
EPS, Médicos especialistas, Dirección institucional	Contratos con las EPS, Base de datos EPS	P	Planear la prestación del servicio	Coordinador Médico	Requerimientos de dotación, de personal y de infraestructura.	Compras Infraestructura y mantenimiento, Talento Humano
Especialistas. Infraestructura y mantenimiento,	Insumos y papelería. Agendas de los especialistas. Disponibilidad de consultorios. Paciente pendientes por programar	H	Programación de agendas médicas y disponibilidad con alistamiento de consultorios	Auxiliar Archivo y Auxiliar Call Center (Bogotá), Recepcionista (Bucaramanga) Auxiliar de consulta externa (Bucaramanga y Tunja)	Agendas médicas, Consultorios y salas de procedimientos dotados.	Usuario
Usuarios EPS, Procesos misionales	Ordenes de solicitud de servicio, Solicitud de referencia, Autorizaciones EPS, IPS Software de asignación de citas, Base de datos	H	Acceso y verificación del usuario	Auxiliar Call Center (Bogotá), Recepcionista (Bucaramanga), Auxiliar Consulta Externa (Bucaramanga y Tunja)	Usuario con cita asignada software actualizado	consulta externa usuario
Consulta externa Usuario	Cita asignada Base de datos	H	Recepcionar el usuario y acompañante	Auxiliar Call Center (Bogotá), Recepcionista (Bucaramanga) Auxiliar de Consulta Externa (Bucaramanga y Tunja)	Paciente informado y direccionado	Usuario

 <p>CENTRO ONCOLÓGICO Comprometidos con la Vida</p>	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	AC-CR-0001
		VERSIÓN	03
		HOJA	2 de 2

Auxiliar de archivo Auxiliar de consulta externa, Autorizaciones y Facturación	Usuario y Historia clínica, Autorización del Centro Oncológico	H	Atención al usuario	Médicos Especialistas	Historia clínica actualizada. Ordenes de exámenes, medicamentos, procedimientos, quimioterapia. Solicitud de interconsulta.	Usuario Consulta externa
EPS Consulta Externa	Ordenes de procedimientos, Historia clínica, valoración preanestésica Autorización de la EPS, Solicitud programación quirúrgica (Bucaramanga), historia clínica, Copia de documentos y Disponibilidad de sala de cirugía.	H	Programación de cirugías	Jefe Departamento enfermería (Bucaramanga) Auxiliar de Autorización y Facturación(Bogotá), Auxiliar de Consulta Externa(Tunja)	Cirugía programada, autorización de honorarios Recomendaciones.	Usuario
Gestión de Calidad Atención al cliente EPS Entes certificadores	Toda la información del proceso, indicadores definidos, Auditorías internas de calidad, Auditorías externas, PQRS	V	Realizar seguimiento y/o medición al proceso	Responsable del proceso	Resultados de auditorías, Resultados de indicadores, registro de revisión por la dirección, No conformidades, Productos o servicios no conformes	Dirección institucional, Gestión de calidad
Gestión de Calidad EPS Dirección institucional	Resultados de: indicadores, auditorías y revisión por la dirección. No conformidades, Productos o servicios no conformes.	A	Realizar acciones correctivas, preventivas y de mejora	Responsable del proceso	Acciones correctivas, preventivas y de mejora.	Dirección institucional, Gestión de calidad

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO	AC-CR-0001
		VERSIÓN	03
		HOJA	3 de 2

SEGUIMIENTO Y/O MEDICION	PROCESOS RELACIONADOS	RECURSOS
Indicadores Auditorías Internas y externas Revisión por la dirección PQRS	<ul style="list-style-type: none"> • Autorizaciones y facturación • Quimioterapia • Hospitalización • Atención al cliente • Dirección institucional 	<ul style="list-style-type: none"> • Instalaciones físicas • Equipos de medición • Equipos de oficina • Equipos Médicos • Equipo de computo e impresión • Talento Humano • Financiero • Software Janu citas

REQUISITOS (CLIENTE, LEY, ORGANIZACIÓN, NTC ISO 9001-2008)		DOCUMENTOS Y REGISTROS APLICABLES
CLIENTE EXTERNO: 1. Accesibilidad a la consulta 2. Amabilidad y Cordialidad 3. Atención Oportuna 4. Atención profesionalizada 5. Claridad información recibida.	ORGANIZACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • Contratos con las aseguradoras. • Reglamento Interno de Trabajo. • Cumplir con los deberes y derechos de los usuarios. NTC ISO 9001:2008 Ver Manual de Calidad "Tabla relación de numerales Vs Documentación". LEY: Ver listado Maestro de Documentos Externos	<ul style="list-style-type: none"> - Ver Listado Maestro de Documentos Internos - Ver Listado Maestro de Registros

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	FECHA APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	2012/07/05	Creación del Documento
2	2012/10/31	Actualización del documento, se incluyeron los ciclos del PHVA en cada actividad, se definieron los requisitos del cliente externo y se referencia los numerales de la norma al manual de calidad.
3	2013/02/01	Se aclararon actividades del planear y Hacer del proceso de Consulta Externa. Y se definieron los responsables de actividades por sede.

✓ Proceso Hospitalización

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN	CÓDIGO	HO-CR-0001
		VERSIÓN	03
		HOJA	1 de 2

REVISO: Director Nacional de Calidad	APROBO: Coordinador Médico
TIPO DE PROCESO: Misional	RESPONSABLE DEL PROCESO: Coordinador Médico
OBJETIVO DEL PROCESO:	Suministrar de forma segura el servicio de hospitalización a los usuarios.
ALCANCE DEL PROCESO	Este proceso involucra desde la programación de hospitalizaciones y de quimioterapia hospitalaria hasta la aplicación del tratamiento y el egreso del paciente.

PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	SALIDA	CLIENTES
EPS, Médicos especialistas, Dirección institucional	Contratos con las EPS, Base de datos EPS	P Planear la prestación del servicio	Coordinador Médico	Requerimientos de dotación, de personal y de infraestructura	Compras Infraestructura y mantenimiento, Talento Humano
Usuario Autorizaciones y Facturación EPS Consulta externa	Historia Clínica Laboratorios clínicos Exámenes especializados Orden médica, autorización de la EPS Autorización del CEO Fotocopia de documentos Justificación NO POS (si aplica) Disponibilidad de camas, visto bueno de farmacia de disponibilidad de medicamentos.	P Programación de quimioterapia hospitalaria	Médico general Enfermero Jefe, Auxiliares de Enfermería	Quimioterapia hospitalaria programada, Solicitud de preparaciones a la central de mezclas, Requerimiento de medicamentos y dispositivos médicos	Servicio Farmacéutico Usuario
Servicio Farmacéutico	Mezclas oncológicas, medicamentos y dispositivos médicos	H Recepción y revisión de las mezclas oncológicas, medicamentos y dispositivos médicos	Enfermero Jefe, Auxiliares de Enfermería	Mezclas oncológicas revisadas	Usuario

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN	CÓDIGO	HO-CR-0001
		VERSIÓN	03
		HOJA	3 de 2

Proveedor externo de dieta hospitalaria	Solicitud de dietas, Historia Clínica, Evaluación nutricional	H	Verificación y distribución de dietas	Nutricionista, Servicios generales	Dieta suministrada	Usuario
Médico Especialista	Orden médica	H	Remisión del paciente crítico a Institución de mayor complejidad según procedimiento de referencia y contrarreferencia	Médico general y Especialista, Enfermero jefe, Auxiliar enfermería	Aceptación del paciente en la otra entidad	EPS y Red de EPS
Médico especialista	Orden médica	H	Egreso del paciente de su unidad	Jefe de enfermería, Auxiliares de enfermería, Médico General	Historia clínica con registro de enfermería, laboratorios e imágenes diagnósticas	Consulta Externa
					Copia Epicrisis, Fórmula médica, Ordenes de laboratorio, Orden de cita de control, Entrega de Medicamentos a usuarios, Boleta de salida	Usuario
					Devolución de medicamentos y/o dispositivos	Servicio Farmacéutico
			Egreso de la unidad Hospitalaria	Auxiliar de Autorizaciones y Facturación	Boleta de salida, Control de pacientes hospitalizados, Censo diario	Autorizaciones y Facturación
Autorizaciones y facturación, Consulta Externa, Cliente-Usuario, Servicio farmacéutico, Quimioterapia	Todos los registros y documentos Utilizados	H	Cierre del Ciclo Hospitalario y envío de documentos.	Enfermero Jefe	Toda la documentación organizada para la Historia Clínica y Facturación, Lista de chequeo documentación y Lista de chequeo egreso del paciente	Autorizaciones y Facturación
Gestión de Calidad EPS Entes certificadores y gubernamentales Atención al cliente	Toda la información del proceso, Indicadores definidos, Auditorías internas de calidad, Auditorías externas, PQRS	V	Realizar seguimiento y/o medición al proceso	Responsable del proceso	Resultados de auditorías, Resultados de indicadores, registro de revisión por la dirección, No conformidades, Productos o servicios no conformes	Dirección institucional, Gestión de calidad

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN	CÓDIGO	HO-CR-0001
		VERSIÓN	03
		HOJA	4 de 2

Gestión de Calidad EPS Dirección institucional	Resultados de indicadores, auditorías y revisión por la dirección. No conformidades, Productos o servicios no conformes.	A	Realizar acciones correctivas, preventivas y de mejora	Responsable del proceso	Acciones correctivas, preventivas y de mejora	Dirección institucional, Gestión de calidad
---	---	---	--	-------------------------	---	--

SEGUIMIENTO Y/O MEDICION	PROCESOS RELACIONADOS	RECURSOS
Indicadores Auditorías Internas Auditorías Externas Revisión por la dirección PQRS	<ul style="list-style-type: none"> Quimioterapia Servicio Farmacéutico Autorizaciones y facturación Gestión de calidad Dirección institucional Consulta externa 	<ul style="list-style-type: none"> Medios de comunicación Equipo de cómputo e impresión Software Muebles hospitalarios Almacén de medicamentos Equipos biomédicos

REQUISITOS (CLIENTE, LEY, ORGANIZACIÓN, NTC ISO 9001-2008)		DOCUMENTOS Y REGISTROS APLICABLES
<u>CLIENTE EXTERNO:</u> 1. Oportunidad en la atención. 2. Claridad información recibida. 3. Seguridad en la aplicación del procedimiento. 4. Atención profesionalizada.	<u>ORGANIZACIÓN:</u> Reglamento Interno de trabajo <u>NTC ISO 9001:2008</u> Ver Manual de Calidad "Tabla relación de numerales Vs Documentación". <u>LEY</u> Ver listado Maestro de Documentos Externos	<ul style="list-style-type: none"> - Ver Listado Maestro de Documentos Internos - Ver Listado Maestro de Registros


CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	FECHA APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	2012/09/17	Creación del Documento
2	2012/10/29	Actualización del documento, se incluyeron los ciclos del PHVA en cada actividad, se actualizaron los recursos del proceso, se definieron los requisitos del cliente externo y se redefinieron algunas actividades del proceso.
3	2013/01/31	Modificación en el planear del proceso.

✓ **Proceso Servicio Farmacéutico**

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE SERVICIO FARMACEUTICO	CÓDIGO	SF-CR-0001
		VERSIÓN	03
		HOJA	1 de 4

REVISO: Director Nacional de Calidad		APROBO: Director Nacional Técnico Científico	
TIPO DE PROCESO:	Misional	RESPONSABLE DEL PROCESO:	Directora Técnica Nacional del Servicio farmacéutico
OBJETIVO DEL PROCESO:	Disponer de los medicamentos y dispositivos médicos- quirúrgicos requeridos por el Centro Oncológico de manera oportuna y segura.		
ALCANCE DEL PROCESO	Este proceso involucra las actividades de entrega de medicamentos, dispositivos médicos-quirúrgicos y preparación de mezclas oncológicas y no oncológicas.		

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	SALIDA	CLIENTES
FARMACIA					
Infraestructura y mantenimiento	Software de Inventario Elementos y equipos de almacenamiento Equipos de medición	P Planear la prestación del servicio	Directora Técnica Nacional del Servicio Farmacéutico (Bucaramanga). Químico Farmacéutico (Bogotá y Tunja)	Infraestructura y equipos adecuados para la prestación del servicio	Servicios asistenciales
Hospitalización y Quimioterapia	Inventarios, SF-FO-0044 Formato requerimiento de medicamentos y dispositivos médicos a farmacia(Bucaramanga y Bogotá).	H Solicitar medicamentos y dispositivos médico-quirúrgicos.	Directora Técnica Nacional del Servicio Farmacéutico (Bucaramanga), Químico Farmacéutico(Bogotá y Tunja)	CP-FO-0001 Requerimiento de productos estratégicos. CP-FO-0003 Orden de Compra de productos estratégicos.	Compras Proveedor
Proveedores locales y Nacionales	Facturas Compra. CP-FO-0003 Orden de Compra de productos estratégicos.	H Recepción y almacenamiento de Medicamentos y dispositivos médico-quirúrgicos.	Químico Farmacéutico(Bogotá y Tunja) Regente de Farmacia(Bogotá y Bucaramanga)	SF-FO-0010 Acta de inspección y de recepción de medicamentos. SF-PR-0035 Procedimiento de Recepción Técnica administrativa.	Farmacia

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE SERVICIO FARMACEUTICO	CÓDIGO	SF-CR-0001
		VERSIÓN	03
		HOJA	2 de 4

					SF-PR-0029 Procedimiento de muestreo. Registro de medicamentos y dispositivos en el sistema de inventario.	
Consulta externa Hospitalización Quimioterapia	SF-FO-0044 Requerimiento de medicamentos y dispositivos médicos a farmacia, Orden médica, AU-FO-0001 Autorización del Centro Oncológico.	H	Dispensación y Distribución de Medicamentos y dispositivos médico-quirúrgicos, mezclas oncológicas y no oncológicas y Reempaque de unidosis.	Regente de Farmacia (Bucaramanga y Bogotá) Químico Farmacéutico(Bucaramanga y Tunja)	Registro de entrega al usuario generado por el sistema. Entrega al usuario el medicamento.	Usuario Hospitalización Quimioterapia
CENTRAL DE MEZCLAS						
Infraestructura y mantenimiento	Procedimiento de limpieza de área y equipos SF-PR-0011 Equipos e instalaciones	P	Alistamiento de los equipos e instalaciones para las preparaciones	Directora Técnica Nacional del Servicio Farmacéutico	Instalaciones y equipos adecuados para el inicio del proceso	Servicios asistenciales
Hospitalización Quimioterapia	SF-FO-0033 Solicitud de preparaciones a la Central de Mezclas Historia Clínica del Paciente.	P	Recepción de solicitudes de preparación de mezclas. Verificación del perfil Farmacoterapéutico y validación de la solicitud	Profesional de Producción Directora Técnica Nacional del Servicio Farmacéutico. Profesional Control de Calidad	Visto bueno de la solicitud de las preparaciones	Central de Mezclas
Central de Mezclas	SF-FO-0035 orden de producción para preparaciones,	H	Preparación y distribución de mezclas oncológicas y no oncológicas.	Profesional de Producción. Auxiliar de la Central de Mezcla	Mezcla oncológica y no oncológica preparadas	Hospitalización Quimioterapia



CARACTERIZACIÓN PROCESO DE SERVICIO FARMACEUTICO

CÓDIGO	SF-CR-0001
VERSIÓN	03
HOJA	3 de 4

	SF-FO-0032 Despacho y Alistamiento de medicamentos para la central				SF-FO-0031 Registro de entrega de preparaciones	
	SF-FO-0029 Solicitud de medicamentos en unidosis. SF-FO-0028 Orden de producción de unidosis	H	Reempaque y distribución de Unidosis		Unidosis SF-FO-0042 Medicamentos reempacados en unidosis	
Consulta externa	SF-FO-0045 Oferta de servicios de seguimiento farmacoterapeutico, Historia clínica del paciente	H	Atención Farmacéutica	Directora Técnica Nacional del Servicio Farmacéutico. Profesional Control de Calidad. Químico Farmacéutico (Bogotá y Tunja)	SF-FO-0037 Registro de la Historia farmacoterapéutica e intervención farmacéutica SF-FO-0056	Usuario
Gestión de Calidad Atención al cliente EPS Entes certificadores	Toda la información del proceso, indicadores definidos, Auditorías internas de calidad, Auditorías externas, PQRS	V	Realizar seguimiento y/o medición al proceso	Responsable del proceso	Resultados de auditorías, Resultados de indicadores, registro de revisión por la dirección, No conformidades, Productos o servicios no conformes	Dirección institucional, Gestión de calidad
Gestión de Calidad EPS Dirección institucional	Resultados de: indicadores, auditorías y revisión por la dirección. No conformidades, Productos o servicios no conformes.	A	Realizar acciones correctivas, preventivas y de mejora	Responsable del proceso	Acciones Correctivas, preventivas y de mejora.	Dirección institucional, Gestión de calidad

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE SERVICIO FARMACEUTICO	CÓDIGO	SF-CR-0001
		VERSIÓN	03
		HOJA	4 de 4

SEGUIMIENTO Y/O MEDICION	PROCESOS RELACIONADOS	RECURSOS
Indicadores Auditorías Internas y externas Revisión por la dirección PQRS	<ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia • Consulta Externa • Hospitalización • Autorizaciones y Facturación • Dirección Institucional • Gestión de calidad • Atención al cliente 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos de Comunicaciones, cómputo e impresión. • Software inventario • Bodega central de mezclas • Instrumentos de medición • Mobiliario de almacenamiento • Archivador

REQUISITOS (CLIENTE, LEY, ORGANIZACIÓN, NTC ISO 9001-2008)		DOCUMENTOS Y REGISTROS APLICABLES
<u>CLIENTE EXTERNO:</u> 1. Atención amable y cordial. 2. Tiempo de espera mínimo en la atención. 3. Información veraz. 4. Atención oportuna. 5. Existencia de medicamentos requeridos para el tratamiento.	<u>ORGANIZACIÓN:</u> • Reglamento interno de trabajo <u>NTC ISO 9001:2008</u> Ver Manual de Calidad "Tabla relación de numerales Vs Documentación". <u>LEY:</u> Ver listado Maestro de Documentos Externos.	<ul style="list-style-type: none"> - Ver Listado Maestro de Documentos Internos. - Ver Listado Maestro de Registros.

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	FECHA APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	2012-08-30	Creación del Documento
2	2012-10-29	Actualización del documento, se incluyeron los ciclos del PHVA en cada actividad, se definieron los requisitos del cliente externo y se referencia los numerales de la norma al manual de calidad.
3	2013-02-04	Se aclararon las responsabilidades de cada actividad en cada una de las sedes.

✓ Proceso Quimioterapia

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE QUIMIOTERAPIA	CÓDIGO	QM-CR-0001
		VERSIÓN	04
		HOJA	1 de 4

REVISÓ: Director Nacional de Calidad	APROBÓ: Coordinador Médico		
TIPO DE PROCESO:	Misional	RESPONSABLE DEL PROCESO:	Coordinador Médico
OBJETIVO DEL PROCESO:	Suministrar de forma oportuna y segura el procedimiento de quimioterapia a los usuarios.		
ALCANCE DEL PROCESO	Este proceso involucra la programación de citas para quimioterapia y la aplicación del procedimiento		

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	SALIDA	CLIENTES
EPS, Médicos especialistas, Dirección institucional	Contratos con las EPS, Base de datos EPS	P Planear la prestación del servicio	Coordinador Médico	Requerimientos de dotación, de personal y de infraestructura	Compras Infraestructura y mantenimiento, Talento Humano
Usuario Autorizaciones y facturación Consulta Externa EPS	Horarios Disponibles, Autorización de la Aseguradora, Autorización del Centro Oncológico, Fotocopia de la historia clínica, Orden Médica, copia de laboratorios clínicos, copia de justificación NO POS (si aplica), Consentimiento Informado	P Programación del Procedimiento	Jefe Departamento de Enfermería y Auxiliar de Enfermería, Enfermero Jefe	Cita programada, Requerimiento de medicamentos y dispositivos médicos, (*Tunja: Se realiza con la hoja de gastos), Control y certificación de servicios asistenciales, Usuario informado sobre Aspectos importantes de quimioterapia (En Tunja se realiza en la consulta y en la aplicación del procedimiento), Solicitud de preparaciones a la central de mezclas, Carné citas (Tunja: En el momento de la aplicación)	Usuario Servicio Farmacéutico
Servicio Farmacéutico	Mezclas oncológicas, medicamentos y dispositivos médicos	H Recepción y revisión de las mezclas oncológicas, medicamentos y dispositivos médicos	Jefe Departamento de Enfermería, Enfermero Jefe, Auxiliar de Enfermería	Mezclas Oncológicas revisadas	Usuario
Usuario Central de Mezclas	Escala Morse, Evolución Médica, Mezclas Oncológicas, Orden médica, laboratorios clínicos, Planeación de charlas y actividades del grupo de apoyo (Bogotá), Control administración de	H Aplicación de la Quimioterapia	Jefe Departamento de Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Enfermero jefe, Médico General, Grupo de apoyo integral	Notas de enfermería, Epicrisis, Control y Certificación de Servicios Médicos Asistenciales, Evolución médica, Hoja de Gastos e insumos, Disentimiento (si aplica), Control de quimioterapias aplicadas (B/manga y Tunja), Consumo de gases medicinales (Tunja, si aplica), Registros del grupo de apoyo (B/manga y Bogotá)	Usuario Farmacia Consulta Externa



CARACTERIZACIÓN PROCESO DE QUIMIOTERAPIA

CÓDIGO	QM-CR-0001
VERSIÓN	04
HOJA	2 de 4

	medicamentos.					
Autorizaciones Consulta Externa Cliente-Usuario Farmacia	Todos los Registros y documentos Utilizados	H	Cierre de Ciclo de Quimioterapia	Jefe Departamento de Enfermería. Enfermero Jefe, Auxiliar de Enfermería	Paquete a Facturación: Requerimiento de medicamentos y dispositivos médicos (No aplica en Tunja), Control y certificación de servicios asistenciales, Autorizaciones, Orden Médica, Epicrisis, Notas de Enfermería, Hoja de gastos de Quimioterapia, Justificación NO POS.(si aplica), Registros del grupo de apoyo (Bogotá), Consumo de gases medicinales (Tunja, Si aplica) *En Tunja, en caso de contratación por evento controlado no se incluye Epicrisis y notas de enfermería.	Autorizaciones y Facturación
					Paquete a Historia Clínica: Control y certificación de servicios asistenciales, Escala Morse, Epicrisis, Notas de Enfermería, Evolución Médica, Resultado de Exámenes de Laboratorio, Hoja de gastos e insumos, Consentimiento Informado (o disentimiento, si aplica), Lista de chequeo administración de medicamentos, Evolución Grupo de Apoyo (B/manga), Registros del grupo de apoyo (Bogotá)	Consulta Externa
Hospitalización	Formato control carro de paro, stock carro de paro	H	Control de existencias Carro de Paro	Jefe Departamento enfermería, Enfermero Jefe	Carro de paro verificado, Requerimientos de medicamentos y dispositivos médicos a farmacia (si aplica)	Auditoría Médica, Servicio farmacéutico
Gestión de Calidad Atención al cliente EPS Entes certificadores	Toda la información del proceso, Control carro de paro, indicadores definidos, Auditorías internas de calidad, Auditorías externas, PQRS	V	Realizar seguimiento y/o medición al proceso	Responsable del proceso	Resultados de auditorías, Resultados de indicadores, registro de revisión por la dirección, No conformidades, Productos o servicios no conformes	Dirección institucional, Gestión de calidad

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE QUIMIOTERAPIA	CÓDIGO	QM-CR-0001
		VERSIÓN	04
		HOJA	3 de 4

Gestión de Calidad EPS Dirección institucional	Resultados de: indicadores, auditorías y revisión por la dirección, No conformidades, Productos o servicios no conformes.	A	Realizar acciones correctivas, preventivas y de mejora	Responsable del proceso	Acciones correctivas, preventivas y de mejora	Dirección institucional, Gestión de calidad
---	---	---	--	-------------------------	---	---

SEGUIMIENTO Y/O MEDICION	PROCESOS RELACIONADOS	RECURSOS
Indicadores Auditorías Internas Auditorías Externas Revisión por la dirección PQRS	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta Externa • Servicio Farmacéutico • Autorizaciones y facturación • Gestión de calidad • Atención al cliente • Hospitalización 	<ul style="list-style-type: none"> • Instalaciones físicas de servicios de salud • Equipos Biomédicos • Medios de comunicación • Equipo de cómputo e impresión • Carro de paro • Mobiliario

REQUISITOS (CLIENTE, LEY, ORGANIZACIÓN, NTC ISO 9001-2008)		DOCUMENTOS Y REGISTROS APLICABLES
CLIENTE EXTERNO: 1. Oportunidad en la programación. 2. Claridad información. 3. Seguridad en la aplicación del procedimiento. 4. Atención profesionalizada.	ORGANIZACIÓN: •Reglamento interno de trabajo NTC ISO 9001:2008 Ver Manual de Calidad "Tabla relación de numerales Vs Documentación". LEY: Ver listado Maestro de Documentos Externos	- Ver Listado Maestro de Documentos Internos - Ver Listado Maestro de Registros

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	FECHA APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	2012/08/21	Creación del Documento
2	2012/10/29	Actualización del documento, se incluyeron los ciclos del PHVA en cada actividad, se definieron los requisitos del cliente externo.
3	2013/01/31	Actualización con modificación en el Planear del proceso.
4	2013/03/08	Se añade al paquete enviado a Historia Clínica la Hoja de gastos e insumos

✓ Proceso Talento Humano

	CARACTERIZACIÓN PROCESO TALENTO HUMANO	CÓDIGO	TH-CR-0001
		VERSIÓN	03
		HOJA	1 de 3

REVISO: Director Nacional de Calidad		APROBO: Directora Nacional Administrativa y Financiera	
TIPO DE PROCESO:	Apoyo	RESPONSABLE DEL PROCESO:	Coordinadora Nacional de Talento Humano
OBJETIVO DEL PROCESO:	Contar con personal competente que permita realizar las actividades de los diferentes procesos y administrar el talento humano del Centro Oncológico.		
ALCANCE DEL PROCESO	Inicia desde la identificación de necesidades de talento humano e incluye selección, vinculación, inducción, capacitación y evaluación del desempeño.		

PROVEEDORES	ENTRADAS		ACTIVIDADES	RESPONSABLES	SALIDA	CLIENTES
Todos los procesos	Necesidades de capacitación, Novedades de vacaciones	P	Planear actividades	Coordinadora Nacional de Talento Humano	Cronograma de actividades de formación, Programación de vacaciones.	Personal interno
Responsables de procesos	Solicitud de personal Descripción de cargos	H	Revisar Solicitudes de personal y realizar convocatoria interna o externa	Profesional de Talento Humano (Bucaramanga) Profesional Administrativa y Financiera (Bogotá) Director Regional Administrativo y Financiero (Tunja)	Convocatoria	Aspirantes Bolsas de empleo
Candidato	Hoja de vida con soportes	H	Filtrar hojas de vida, Realizar pruebas y entrevistas	Profesional de Talento Humano (Bucaramanga) Profesional Administrativa y Financiera (Bogotá) Director Regional Administrativo y Financiero (Tunja)	Resultado de las pruebas y/o entrevistas (si aplica)	Talento Humano
Talento Humano	Resultados de pruebas y entrevistas.	H	Selección del personal	Coordinadora Nacional de Talento Humano y Profesional de Talento Humano (Bucaramanga) Profesional Administrativa y Financiera (Bogotá) Director Regional Administrativo y Financiero (Tunja)	Afiliaciones de Ley	Personal contratado
			Contratación de Personal	Coordinadora Nacional de Talento Humano (Bucaramanga)	Contrato de trabajo	

	CARACTERIZACIÓN PROCESO TALENTO HUMANO	CÓDIGO	TH-CR-0001
		VERSIÓN	03
		HOJA	2 de 3


Talento Humano	Reglamento interno de trabajo. Descripción del cargo.	H	Realizar inducción del personal	Profesional de talento humano(Bucaramanga) Jefe inmediato del área Profesional Administrativa y Financiera (Bogotá) Director Regional Administrativo y Financiero (Tunja)	Registro de inducción Personal capacitado.	Todos los procesos
Talento Humano	Evaluación del personal, evaluación de competencias.	H	Realizar evaluación del personal	Coordinadora Nacional de Talento Humano (Bucaramanga), Jefe inmediato del área, Directora Nacional Administrativa y Financiera (Bucaramanga)	Resultados de evaluación de desempeño	Responsable de cada proceso, personal interno
Todos los procesos	Resultados de evaluación de desempeño	H	Definir necesidades de Capacitación	Profesional de talento humano (Bucaramanga), Jefe inmediato del área, Profesional administrativo y financiero (Bogotá), Directora Regional Administrativo y Financiero (Tunja)	Programación de capacitaciones	Talento Humano
Todos los procesos	Novedades del personal	H	Revisar novedades de Talento Humano	Profesional de talento humano (Bucaramanga)	Planilla de nómina	Financiera
Responsable interno o externo de la capacitación	Capacitaciones realizadas	V	Evaluación de eficacia de las capacitaciones	Responsable de cada proceso (<i>aplicación de evaluación</i>), Profesional de Talento Humano (Bucaramanga), Profesional administrativo y financiero (Bogotá), Directora Regional Administrativo y Financiero (Tunja).	Resultado de la evaluación	Personal interno Todos los procesos
Gestión de Calidad Entes certificadores	Toda la información del proceso, Resultado de la evaluación de eficacia de las capacitaciones,	V	Realizar seguimiento y/o medición al proceso	Coordinadora Nacional de Talento Humano(Bucaramanga)	Resultados de auditorías, Resultados de indicadores, registro de revisión por la dirección, No conformidades,	Dirección institucional, Gestión de calidad

	CARACTERIZACIÓN PROCESO TALENTO HUMANO	CÓDIGO	TH-CR-0001
		VERSIÓN	03
		HOJA	3 de 3

	Indicadores definidos, Auditorías internas de calidad, Auditorías externas.				Productos o servicios no conformes	
Gestión de Calidad Dirección institucional	Resultados de: indicadores, auditorías y revisión por la dirección. No conformidades, Productos o servicios no conformes.	A	Realizar acciones correctivas, preventivas y de mejora.	Coordinadora Nacional de Talento Humano(Bucaramanga)	Acciones Correctivas, preventivas y de mejora.	Dirección institucional, Gestión de calidad

Nota: para la realización del planear del proceso, Bogotá y Tunja reportan las necesidades de capacitación y las novedades de vacaciones y se consolidan en Bucaramanga.


SEGUIMIENTO Y/O MEDICION	PROCESOS RELACIONADOS	RECURSOS
Indicadores Auditorías Internas y externas Revisión por la dirección	Todos los procesos	<ul style="list-style-type: none"> • Instalaciones físicas • Equipo de cómputo e impresión. • Papelería. • Medios de comunicación • Archivero

	CARACTERIZACIÓN PROCESO TALENTO HUMANO	CÓDIGO	TH-CR-0001
		VERSIÓN	03
		HOJA	4 de 3

REQUISITOS (CLIENTE, LEY, ORGANIZACIÓN, NTC ISO 9001-2008)		DOCUMENTOS Y REGISTROS APLICABLES
<u>CLIENTE EXTERNO:</u> N/A	<u>ORGANIZACIÓN:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Reglamento interno de trabajo. <u>NTC ISO 9001:2008</u> Ver Manual de Calidad "Tabla relación de numerales Vs Documentación". <u>LEY:</u> Ver listado Maestro de Documentos Externos	<ul style="list-style-type: none"> - Ver Listado Maestro de Documentos Internos - Ver Listado Maestro de Registros

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	FECHA APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	2012/07/05	Creación del Documento
2	2012/10/30	Actualización del documento, se incluyeron los ciclos del PHVA en cada actividad, se definieron los requisitos del cliente externo y se referencia los numerales de la norma al manual de calidad.
3	2013/02/05	Actualización de los responsables de las actividades del proceso de Talento Humano en cada sede. Se agregó Nota al final de las actividades

✓ **Proceso Infraestructura y Mantenimiento**

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO	CÓDIGO	IM-CR-0001
		VERSIÓN	03
		HOJA	Página 1 de 4

REVISÓ: Director Nacional de Calidad		APROBO: Director Regional Administrativo y Financiero	
TIPO DE PROCESO:	Apoyo	RESPONSABLE DEL PROCESO:	Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento
OBJETIVO DEL PROCESO:	Garantizar el funcionamiento y mantenimiento de los equipos, infraestructura e inmobiliario del centro Oncológico Ltda.		
ALCANCE DEL PROCESO	Incluyen los equipos Biomédicos, los equipos del Servicio Farmacéutico, Equipos de cómputo, Mantenimiento civil, Eléctrico, Mecánico y Electrónico.		

PROVEEDORES	ENTRADAS		ACTIVIDADES	RESPONSABLES	SALIDA	CLIENTES
Todos los procesos	Inventario de equipos. Hoja De vida del equipo, Reporte de Infraestructura	P	Realizar el Cronograma de Mantenimiento y Calibración.	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento.	Cronograma de Mantenimiento, Programación y control de Mantenimiento, Calificación y Calibración, cronograma de infraestructura.	Infraestructura y Mantenimiento
Infraestructura y Mantenimiento, Proveedor Externo	Cronograma de Mantenimiento, Calibración	H	Gestionar y Ejecutar el Cronograma de Mantenimiento Preventivo, Correctivo y Calibración.	Proveedor Externo, Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento.	Reporte de Mantenimiento de Equipos. Reporte del Proveedor. Resultado de la Calibración.	Todos los procesos
Infraestructura y Mantenimiento.	Gestión de Mantenimiento Correctivo.	H	Recibir y revisar las solicitudes de mantenimiento correctivo y emitir concepto técnico sobre las mismas	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento.	Gestión de Mantenimiento Correctivo	Todos los procesos
Infraestructura y Mantenimiento, Proveedor Externo	Gestión de Mantenimiento Correctivo	H	Realizar y Verificar las actividades de Mantenimiento Correctivo	Proveedor Externo, Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento.	Reporte del proveedor externo (si aplica), Reporte de Mantenimiento de Equipos	Todos los procesos



CARACTERIZACIÓN PROCESO DE INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO

CÓDIGO	IM-CR-0001
VERSIÓN	03
HOJA	Página 2 de 4

Proveedores Externos, Infraestructura y Mantenimiento	Equipos nuevos, Documentación del Equipo, Formato Hoja de Vida de Equipos, Inventario de Equipos, Formatos de Identificación de Equipos.	H	Registrar Activos y definir protocolo de Mantenimiento	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento.	Hoja de vida del Equipo, Inventario de Equipos general y por Área, Equipo rotulado, Protocolo de Mantenimiento por Equipo.	Infraestructura y Mantenimiento y demás procesos
	Equipos y Documentaciones.	H	Realizar Inventarios de las Sedes.	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento. Profesional administrativo y financiero (Bogotá). Coordinador administrativo y Financiero (Tunja)	Hoja de vida del equipo, Inventario de Equipos general y por Área, Equipo rotulado.	
	Reportes de Proveedores, Gestión de Mantenimiento Correctivo, Hoja de Vida de Equipo, Inventario de Equipos, Equipo.	H	Baja de equipos, Reporte a Contabilidad y Eliminación del Inventario.	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento.	Reporte Baja de Equipo y Copia a Financiera	Financiera
Empresas de Fumigación y control de plagas	Programación de la empresa de Fumigación con las fechas de visita	H	Programación de fumigaciones y control de plagas	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento. Profesional administrativo y financiero (Bogotá). Coordinador administrativo y Financiero (Tunja)	Fumigación y control de plagas e informe de las mismas.	Todos los procesos
Gestión de Calidad EPS Entes certificadores y gubernamentales Atención al cliente	Toda la información del proceso, Auditorías internas de calidad, Auditorías externas, PQRS	V	Realizar seguimiento y/o medición al proceso	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	Resultados de auditorías, registro de revisión por la dirección, No conformidades, Productos o servicios no conformes	Dirección institucional, Gestión de calidad


	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO	CÓDIGO	IM-CR-0001
		VERSIÓN	03
		HOJA	Página 3 de 4

Gestión de Calidad EPS Dirección institucional	Auditorías y revisión por la dirección. No conformidades, Productos o servicios no conformes.	A	Realizar acciones correctivas, preventivas y de mejora	Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento	Acciones correctivas, acciones preventivas, acciones de mejora	Dirección institucional, Gestión de calidad
---	---	---	---	--	--	--

Nota: en la actividad de baja de equipos, Bogotá y Tunja reportan a Bucaramanga donde se reporta a Contabilidad y se elimina de inventario. La calibración de equipos se gestiona desde Bucaramanga; Bogotá y Tunja reportan la realización y conservan las hojas de vida de cada equipo con sus soportes.


SEGUIMIENTO Y/O MEDICION	PROCESOS RELACIONADOS	RECURSOS
Auditorías externas Auditorías Internas Revisión por la dirección PQRS	Todos los procesos	<ul style="list-style-type: none"> Equipo de cómputo e impresión Equipos de medición Bodegas, almacenes

REQUISITOS (CLIENTE, LEY, ORGANIZACIÓN, NTC ISO 9001-2008)		DOCUMENTOS Y REGISTROS APLICABLES
<u>CLIENTE EXTERNO:</u> N.A.	<u>ORGANIZACIÓN:</u> Reglamento interno de trabajo <u>NTC ISO 9001:2008</u> Ver Manual de Calidad "Tabla relación de numerales Vs Documentación". <u>LEY:</u> Ver listado Maestro de Documentos Externos	<ul style="list-style-type: none"> Ver Listado Maestro de Documentos Internos Ver Listado Maestro de Registros

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO	CÓDIGO	IM-CR-0001
		VERSIÓN	03
		HOJA	Página 4 de 4

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	FECHA APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	2012/09/14	Creación del Documento
2	2012/10/30	Actualización del documento, se incluyeron los ciclos del PHVA en cada actividad, se actualizaron los recursos del proceso, se definieron los requisitos del cliente externo y se redefinieron algunas actividades del proceso.
3	2013/02/07	En la actividad de “Realizar inventarios de las sedes” se incluyeron los responsables de Bogotá y Tunja. En la actividad de “Programación de fumigaciones y control de plagas ” se incluyeron los responsables de Bogotá y Tunja. Se incluyó la Nota al final de las actividades

✓ Proceso Financiera

	CARACTERIZACIÓN PROCESO FINANCIERA	CÓDIGO	FI-CR-0001
		VERSIÓN	04
		HOJA	1 de 3


REVISO: Director Nacional de Calidad	APROBO: Coordinadora Nacional Financiera
TIPO DE PROCESO:	Apoyo
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Coordinadora Nacional Financiera
OBJETIVO DEL PROCESO:	Gestionar y suministrar la información financiera de forma oportuna y confiable, que permita la toma de decisiones efectivas y el cumplimiento de la normatividad vigente.
ALCANCE DEL PROCESO:	Aplica a todas las actividades financieras realizadas por la organización.

PROVEEDORES	ENTRADAS		ACTIVIDADES	RESPONSABLES	SALIDA	CLIENTES
Dirección institucional Entes gubernamentales EPS Proveedores Clientes	Informes requeridos Fechas de entrega de Informes Cuentas por pagar Cuentas por cobrar a clientes	P	Programación de actividades	Coordinadora Nacional financiera	Planeación de pago a proveedores Planeación de recaudo Asignación de recursos para pago Programación de entrega de informes	Proveedores Clientes Dirección Institucional Entes gubernamentales
Terceros Autorizaciones y Facturación Bancos Talento Humano	Facturas emitidas por terceros, Facturas de venta a las EPS, Extractos bancarios mensuales, Reporte de nómina, Leyes tributarias	H	Contabilizar información	Coordinadora Nacional financiera y Auxiliar contable	Registros recolectados, revisados, organizados y contabilizados; Relación de nómina por pagar, cuentas por pagar y de cuentas por cobrar, Disponibilidad de recursos financieros. Informe Diario de caja, Informe de bancos, Flujo de Caja, Estado de Resultados, Balance general, Informes a entes gubernamentales	Dirección Institucional Entes Gubernamentales Entidades Bancarias
			Realizar informes de gestión	Coordinadora Nacional financiera		
Clientes y EPS	Cuentas por cobrar, Informe de cartera	H	Gestión de cartera	Coordinador Nacional Financiero (B/manga), Coordinador administrativo y financiero (Bogotá y Tunja)	Recaudo y Cobro a los clientes. (En Tunja y Bogotá se hace gestión de cartera pero no se hace recaudo)	Dirección Institucional
Auditoría Médica, Autorizaciones y Facturación	Acta de conciliación y/o respuesta de objeción	H	Levantamiento de Nota crédito	Coordinadora Nacional financiera	Reversión de la glosa	EPS

	CARACTERIZACIÓN PROCESO FINANCIERA	CÓDIGO	FI-CR-0001
		VERSIÓN	04
		HOJA	2 de 3

Autorizaciones y Facturación	Informe de auditoría de cuentas y/o Emisión de Glosa al proveedor, y/o Acta de conciliación	H	Registro de glosas emitidas	Auxiliar contable	Nota contable Carta original y copia al proveedor con la Glosa	Proveedores
Proveedores, Dirección Institucional	Informe Diario de caja, Informe de bancos, Flujo de caja, Informe de cuentas por pagar, Instrucciones de gerencia, Facturas de proveedores	H	Ejecución de pagos y Obligaciones financieras	Coordinadora Nacional financiera	Comprobantes de egresos, Consignaciones, Pago de nómina, Cheques y transferencias bancarias.	Proveedores Empleados Entidades Bancarias Demás sedes del Centro Oncológico
			Reporte de pagos a proveedores	Coordinadora Nacional financiera y Auxiliar contable		
Todos los procesos	Toda la Contabilidad de la empresa	H	Elaboración y Presentación de Informes a la Gerencia	Coordinadora Nacional Financiera, Revisor Fiscal	Análisis de la Situación Financiera de la Empresa.	Dirección Institucional
Talento Humano	Novedades de Nomina	H	Liquidación y pago de nómina	Coordinadora Nacional Financiera, Auxiliar Contable	Liquidación y pago	Empleados
	Carta de Renuncia o despido, Formato de Nómina, Contrato del empleado		Liquidación de personal retirado			Personal retirado
Gestión de Calidad EPS Entes certificadores y gubernamentales	Toda la información del proceso, Auditorías internas de calidad, Auditorías externas Revisoría fiscal y revisión por la dirección.	V	Realizar seguimiento y/o medición al proceso	Responsable del proceso	Resultados de auditorías, registro de revisión por la dirección, Informe de revisoría fiscal, No conformidades, Productos o servicios no conformes	Dirección institucional, Gestión de calidad
Gestión de Calidad EPS Dirección institucional	Resultados de auditorías internas y externas, Informe de revisoría fiscal, No conformidades, Productos o servicios no conformes.	A	Realizar acciones correctivas, preventivas y de mejora	Responsable del proceso	Acciones correctivas, acciones preventivas y acciones de mejora	Dirección institucional, Gestión de calidad

Nota: El proceso en su totalidad se realiza en la sede principal Bucaramanga, en las sedes de Bogotá y Tunja solo se ejecuta la relación de facturas y la gestión de cartera sin recaudo, el cual se realiza en la sede principal.

	CARACTERIZACIÓN PROCESO FINANCIERA	CÓDIGO	FI-CR-0001
		VERSIÓN	04
		HOJA	3 de 3

SEGUIMIENTO Y/O MEDICION	PROCESOS RELACIONADOS	RECURSOS
Auditorías Internas Revisoría Fiscal Auditorías de entes gubernamentales Revisión por la Dirección	Autorizaciones y Facturación Gestión de calidad Dirección institucional Talento Humano	Medios de Comunicación Mobiliario de oficina Papelería Equipo de Cómputo e impresión Software

REQUISITOS (CLIENTE, LEY, ORGANIZACIÓN, NTC ISO 9001-2008)		DOCUMENTOS Y REGISTROS APLICABLES
<u>CLIENTE EXTERNO:</u> N/A	<u>ORGANIZACIÓN:</u> Reglamento Interno de Trabajo <u>NTC ISO 9001:2008</u> Ver Manual de Calidad "Tabla relación de numerales Vs Documentación". <u>LEY:</u> Ver listado Maestro de Documentos Externos	<ul style="list-style-type: none"> - Ver Listado Maestro de Documentos Internos - Ver Listado Maestro de Registros

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	FECHA APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	2012/09/18	Creación del Documento
2	2012/10/29	Actualización del documento, se incluyeron los ciclos del PHVA en cada actividad, se redefinieron algunas actividades y se definieron los requisitos del cliente externo.
3	2013/01/30	Modificación en una actividad del proceso
4	2013/02/07	Se aclara en la actividad "gestión de cartera" lo que hacen en la sede de Bogotá y Tunja. Se agrega la Nota al final de las actividades

✓ **Proceso TICS**

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE TICS	CÓDIGO	TI-CR-0001
		VERSIÓN	02
		HOJA	1 de 2

REVISO: Director Nacional de Calidad		APROBO: Coordinador Nacional TICS	
TIPO DE PROCESO:	Apoyo	RESPONSABLE DEL PROCESO:	Coordinador Nacional TICS
OBJETIVO DEL PROCESO:	Realizar o hacer seguimiento y control a los desarrollos o programas requeridos por el centro oncológico y preservar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información de las bases de datos, con el fin de apoyar a la Organización en el cumplimiento de las actividades		
ALCANCE DEL PROCESO	Aplica a tecnologías de información (software) y comunicaciones (redes, internet, enlaces de transmisión de datos)		

PROVEEDORES	ENTRADAS		ACTIVIDADES	RESPONSABLES	SALIDA	CLIENTES
Diferentes dependencias Proveedor externo	Solicitudes de desarrollo	P	Realizar cronograma de desarrollo o solicitar cronograma y entregables al proveedor externo	Coordinador Nacional TICS	Cronograma de desarrollo	Proceso TICS
Proceso TICS o Proveedor externo	Cronograma de desarrollo	H	Realizar Desarrollo	Coordinador Nacional TICS	Desarrollo.	Dependencia solicitante
Proveedor externo	Cronograma de desarrollo	H	Realizar interventoría a desarrollos realizados por terceros	Coordinador Nacional TICS	Informe de interventoría	Proceso TICS
Proceso TICS o Proveedor externo	Desarrollo	H	Entregar desarrollo. Se entrega el desarrollo al solicitante y se realizan las pruebas de funcionamiento.	Coordinador Nacional TICS Proveedor Externo	Desarrollo con pruebas de funcionamiento	Dependencia solicitante
Proceso TICS	Listado de servidores	H	Realizar copias de seguridad de servidores	Coordinador Nacional TICS	copia de seguridad	Proceso TICS

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE TICS	CÓDIGO	TI-CR-0001
		VERSIÓN	02
		HOJA	2 de 2

Gestión de Calidad EPS Entes certificadores y gubernamentales	Toda la información del proceso, Auditorías internas de calidad, Auditorías externas, Revisión por la dirección	V	Realizar seguimiento y/o medición al proceso	Responsable del proceso	Resultados de auditorías, registro de revisión por la dirección, No conformidades, Productos o servicios no conformes	Dirección institucional, Gestión de calidad
Gestión de Calidad EPS Dirección institucional	Auditorías y revisión por la dirección. No conformidades, Productos o servicios no conformes.	A	Realizar acciones correctivas, preventivas y de mejora	Responsable del proceso	Acciones correctivas, preventivas y de mejora	Dirección institucional, Gestión de calidad

SEGUIMIENTO Y/O MEDICION	PROCESOS RELACIONADOS	RECURSOS
Auditorías Internas Auditorías externas Revisión por la dirección	• Todos los procesos	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de computo e impresión • Equipos de comunicaciones • Mobiliario

REQUISITOS (CLIENTE, LEY, ORGANIZACIÓN, NTC ISO 9001-2008)	DOCUMENTOS Y REGISTROS APLICABLES
<p>CLIENTE EXTERNO: N.A.</p> <p>ORGANIZACIÓN: Reglamento interno de trabajo</p> <p>NTC ISO 9001:2008 Ver Manual de Calidad "Tabla relación de numerales Vs Documentación".</p> <p>LEY: N.A.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ver Listado Maestro de Documentos Internos - Ver Listado Maestro de Registros


VERSIÓN	FECHA APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	2012/09/14	Creación del Documento
2	2012/10/30	Actualización del documento, se incluyeron los ciclos del PHVA en cada actividad, se actualizaron los recursos del proceso, se definieron los requisitos del cliente externo.

✓ **Proceso Autorizaciones y Facturación**


	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE AUTORIZACIONES Y FACTURACIÓN	CÓDIGO	AU-CR-0001
		VERSIÓN	03
		HOJA	1 de 2

REVISÓ: Director Nacional de Calidad	APROBO: Coordinador Regional de Autorizaciones y Facturación
TIPO DE PROCESO:	Apoyo
OBJETIVO DEL PROCESO:	Controlar y verificar la autorización de los servicios prestados por el Centro Oncológico Ltda.; así como las actividades que permitan realizar de manera oportuna, confiable y veraz la facturación de los servicios prestados en el Centro Oncológico.
ALCANCE DEL PROCESO	Todos los servicios prestados por el Centro Oncológico Ltda.
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Coordinador Regional de Autorizaciones y Facturación


PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	SALIDAS	CLIENTES
Cientes, Entes gubernamentales Dirección institucional	Contratos, acuerdos con las EPS y EPSS, Normatividad, Bases de datos, Tarifas	P Planear realización del proceso	Coordinador Regional de autorizaciones y facturación, Coordinadora administrativa y financiera (Bogotá) Coordinadora administrativa y financiera (Tunja)	Información actualizada	Financiera EPS
Red externa	Costos de atención de especialistas, costos de proveedores	P Definición y Ajuste de tarifas a las EPS	Coordinador Regional de autorizaciones y facturación, Coordinadora de Infraestructura y mantenimiento, Coordinadora administrativa y financiera (Bogotá), Coordinadora administrativa y financiera (Tunja)	Oferta de tarifas de servicios	EPS
AUTORIZACIONES					
Usuarios EPS	Módulo de Autorizaciones, Autorización del Servicio de la EPS FIRMADA por el usuario o generada por la WEB de la EPS o Base de datos EPSS (Para evento controlado), Orden médica original y/o copia (en caso requerido), Fotocopia de Historia Clínica, Justificación NO POS (si aplica), Bases de datos y/o acuerdos con la EPS, Acuerdo de la CRES.	H Solicitud de Autorización del Centro Oncológico	Auxiliar de Autorizaciones y Facturación	Autorización del Centro Oncológico	Usuarios

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE AUTORIZACIONES Y FACTURACIÓN	CÓDIGO	AU-CR-0001
		VERSIÓN	03
		HOJA	2 de 2

Hospitalización (Bucaramanga)	Original y copia de fórmula médica	H	Solicitud de autorización para medicamentos de hospitalización	Auxiliar de autorizaciones y facturación en Hospitalización	Autorización Centro Oncológico, Copia de la fórmula médica	Servicio Farmacéutico
EPS, Usuario	Módulo de caja, Valor de la cuota moderadora y copagos	H	Recaudo de Copagos y Cuotas moderadoras	Auxiliar de Autorizaciones y Facturación	Recibo de pago.	Usuario
Usuarios	Modulo caja: Reporte de ventas por cajero	H	Entrega de recaudo diario	Auxiliar de autorizaciones y facturación	Dinero ingresado durante el día, Reporte de ventas por cajero	Financiera
Usuarios	Módulo de Caja: Reporte de ventas por cajero en el mes	H	Reporte de Caja mensual	Coordinadora administrativa y financiera (Bogotá y Tunja)	Informe mensual de gastos	Financiera
FACTURACIÓN						
Quimioterapia Hospitalización Consulta Externa Servicio Farmacéutico	Requisitos de contratos, Paquetes de documentos procedentes de: Quimioterapia, Servicio Farmacéutico, Hospitalización y Consulta externa.	H	Organizar facturas y soportes por mes.	Coordinador regional de Autorizaciones y Facturación, Auxiliares de autorizaciones y facturación (B/manga y Tunja), Coordinadora administrativa y financiera (Bogotá)	Facturas revisadas y Separadas por EPS con sus comprobantes	EPS
Quimioterapia Hospitalización Consulta Externa Servicio Farmacéutico	Facturas organizadas y Validación de RIPS	H	Radicación de cuentas	Coordinador Regional de Autorizaciones y Facturación, Auxiliar de autorizaciones y facturación (B/manga, Tunja), Coordinadora administrativa y financiera (Bogotá)	Validación de RIPS en medio magnético, Factura con soportes. Listado de las facturas a radicar por cada EPS.	EPS

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE AUTORIZACIONES Y FACTURACIÓN	CÓDIGO	AU-CR-0001
		VERSIÓN	03
		HOJA	3 de 2

EPS	Facturas con los sellos de las EPS de recibido. Listado de facturas de cada EPS	H	Informe de Facturación a Financiera	Coordinador Regional de Autorizaciones y Facturación, Coordinadora administrativa y financiera (Bogotá), Directora regional administrativa y financiera (Tunja)	Consolidado facturación (Bogotá), Listado de las Facturas radicadas, Informe general de cada sede	Financiera
Red externa	Factura del proveedor, Detallado de la factura, Autorización CEO con el soporte del servicio autorizado, Orden médica, Soporte de la realización del servicio autorizado	H	Auditoría de cuentas Proveedores	Coordinador Regional de Autorizaciones y Facturación, Coordinadora administrativa y financiera (Bogotá), Auditor Médico (Tunja)	Informe de auditoría de cuentas y/o Emisión de Glosa al proveedor, acta de conciliación (si aplica)	Financiera, Proveedor
EPS	Glosas y/o devoluciones	H	Auditoría de cuentas EPS	Coordinador Regional de Autorizaciones y Facturación, Auditor médico (Bucaramanga y Tunja), Coordinadora administrativa y financiera (Bogotá)	Aceptación o Negación con soportes respectivos, radicación de los soportes, acta de conciliación (si aplica)	Financiera, EPS

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE AUTORIZACIONES Y FACTURACIÓN	CÓDIGO	AU-CR-0001
		VERSIÓN	03
		HOJA	5 de 2

REQUISITOS (CLIENTE, LEY, ORGANIZACIÓN, NTC ISO 9001-2008)		DOCUMENTOS Y REGISTROS APLICABLES
<p><u>CLIENTE EXTERNO:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agilidad en la atención y en la generación de facturas. 2. Información veraz y oportuna 	<p><u>ORGANIZACIÓN:</u> Reglamento Interno de trabajo</p> <p><u>NTC ISO 9001:2008</u> Ver Manual de Calidad "Tabla relación de numerales Vs Documentación".</p> <p><u>LEY:</u> Ver listado Maestro de Documentos Externos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ver Listado Maestro de Documentos Internos - Ver Listado Maestro de Registros


CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	FECHA APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	2012/09/03	Creación del Documento
2	2012/10/31	Actualización del documento, se incluyeron los ciclos del PHVA en cada actividad, se redefinieron algunas actividades y se definieron los requisitos del cliente externo.
3	2013/02/07	Se ajustaron actividades correspondientes a las actividades realizadas por las sedes de Bogotá y Tunja.

✓ **Proceso Compras**

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE COMPRAS	CÓDIGO	CP-CR-0001
		VERSIÓN	4
		HOJA	1 de 3


REVISO: Director Nacional de Calidad	APROBO: Director Nacional Administrativo y Financiero
TIPO DE PROCESO:	Administrativo
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Directora Nacional Administrativa y Financiera
OBJETIVO DEL PROCESO:	Proveer con oportunidad, calidad y precios razonables los productos y servicios requeridos por el Centro Oncológico para garantizar su óptimo funcionamiento.
ALCANCE DEL PROCESO	Este proceso involucra las actividades de compra de productos y servicios del Centro Oncológico Ltda.

PROVEEDORES	ENTRADAS		ACTIVIDADES	RESPONSABLES	SALIDA	CLIENTES
Dirección institucional Todos los procesos	Decisiones estratégicas, Necesidades de compra, convenios institucionales	P	Realizar o revisar lineamientos para la gestión de compras	Directora Nacional Administrativa y Financiera	Lineamientos de compra	Todos los procesos
Todos las dependencias y/o sedes	requerimiento de productos y/o servicios multiplicadores y/o estratégicos, aprobado por el respectivo responsable de dependencia y/o sede	H	Gestionar la compra. Se realiza la gestión de compra aplicando el procedimiento de compras	Responsable de la compra	Orden de compra, contrato	Proveedor externo
Proveedor externo	Orden de compra, producto/servicio y factura, remisión u orden de compra, contrato	H	Recepción y verificación de productos y/o servicios adquiridos	Responsable de recepción de productos y/o servicios	Factura, verificación de recepción de productos.	Financiera
Productos y/o servicios adquiridos	Requerimientos de productos y servicios estratégicos o multiplicadores de otras, Órdenes de compra, producto/servicio	H	Distribuir a otras sedes	Responsable de la compra	Productos	Diferentes sedes o dependencias
Proveedor externo	Información de proveedor, información de reevaluación de proveedor	H	Realizar evaluación, selección o reevaluación de proveedores.	Responsable de la compra. Comité de compras	Resultado de evaluación, selección y reevaluación	Proveedores

 <p>CENTRO ONCOLÓGICO Comprometidos con la Vida</p>	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE COMPRAS	CÓDIGO	CP-CR-0001
		VERSIÓN	4
		HOJA	2 de 3

Gestión de Calidad Entes certificadores	Resultados de recepción de productos o servicios, Auditorías internas de calidad, Auditorías externas.	V	Realizar seguimiento y/o medición al proceso	Directora Nacional Administrativa y Financiera	No conformidades, Productos o servicios no conformes, resultados del seguimiento	Dirección institucional, Gestión de calidad
Gestión de Calidad Dirección institucional	Resultados de indicadores, auditorías y revisión por la dirección. No conformidades, Productos o servicios no conformes.	A	Realizar acciones correctivas, preventivas y de mejora	Directora Nacional Administrativa y Financiera	Acciones correctivas, preventivas y de mejora.	Dirección institucional, Gestión de calidad


SEGUIMIENTO Y/O MEDICION	PROCESOS RELACIONADOS	RECURSOS
Auditorías Internas y externas Revisiones por la Dirección, Evaluación de proveedores	• Todos los procesos	<ul style="list-style-type: none"> Equipo de computo e impresión Mobiliario Medios de comunicación

	CARACTERIZACIÓN PROCESO DE COMPRAS	CÓDIGO	CP-CR-0001
		VERSIÓN	4
		HOJA	3 de 3

REQUISITOS (CLIENTE, LEY, ORGANIZACIÓN, NTC ISO 9001-2008)		DOCUMENTOS Y REGISTROS APLICABLES
<u>CLIENTE EXTERNO:</u> N.A.	<u>ORGANIZACIÓN:</u> Reglamento interno de trabajo <u>NTC ISO 9001:2008</u> Ver Manual de Calidad "Tabla relación de numerales Vs Documentación". <u>LEY:</u> Ver listado Maestro de Documentos Externos	<ul style="list-style-type: none"> - Ver Listado Maestro de Documentos Internos - Ver Listado Maestro de Registros

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSION	FECHA APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	2012/07/04	Creación del Documento
2	2012/09/14	Se incluyeron los temas de evaluación, selección y reevaluación de proveedores.
3	2012/11/19	Actualización del documento, se incluyeron los ciclos del PHVA en cada actividad, se actualizaron los recursos del proceso y se redefinieron algunas actividades del proceso.
4	2013/01/31	Se incluyó la remisión en la actividad de Recepción y verificación de productos y/o servicios adquiridos. Se modificó el responsable de las actividades de verificar y actuar.

ANEXO 13. Formato Solicitud de Preparaciones

 <p>CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i></p>	<h2>SOLICITUD DE PREPARACIONES</h2>	Código: SF-FO-0033 Versión: 02 Página 1 de 1
Aprobó: Director Nacional Técnico Científico		Fecha de Aprobación: 2012-08-15

CIUDAD		FECHA DE SOLICITUD	
SERVICIO		FECHA DE APLICACIÓN	

No	N° HIST. CLINICA	PACIENTE	SERVICIO	MEDICAMENTO	DOSIS	(mg-UI)	MEDIO	VOLUMEN (ml)	TTO	DIA	OBSERVACIONES	
TOTAL DE PREPARACIONES SOLICITADAS												

ELABORADO POR

NOMBRE _____

FIRMA _____

FECHA _____

RECIBIDO POR

NOMBRE _____

FIRMA _____

FECHA _____


APROBADO POR

NOMBRE _____


FIRMA _____

FECHA _____

ANEXO 14. Formato Entrega de Preparaciones (Ejemplo)

 ENTREGA DE PREPARACIONES												Código: SF-FO-0031		
												Versión: 05		
												Página 1 de 1		
Aprobó: Director Nacional Técnico Científico						Fecha de Aprobación: 2010-02-18								
CIUDAD	BOGOTÁ		FECHA DE SOLICITUD		29/02/2013		SERVICIO		UQBTA		FECHA DE PREPARACIÓN		28/02/2013	
N° HIST. CLINICA	PACIENTE		MEDICAMENTO	DO SIS	(mg UI)	MEDIO	VOLUMEN (ml)	TTO	DIA	ALMACENAMIENTO	FECHA DE VENCIMIENTO	DISPENSACIÓN		
												FARMACIA	SERVICIO ASISTENCIAL	
20121050	ALBORA GARZON SOSA		5-FLUOROURACILO	705,00	mg	SSN 0,9%	500	1 A 5	5	1-8PC	28/03/13	Jeimp	Jeimp	
80658015	DARIO CHUQUEN GUTIERREZ		5-FLUOROURACILO	705,00	mg	SSN 0,9%	500	1 A 5	5	1-8PC	28/03/13	Jeimp	Jeimp	
21118015	OLINA SOTELO UCHUGO		5-FLUOROURACILO	392,88	mg	SSN 0,9%	300	1 A 5	5	1-8PC	28/03/13	Jeimp	Jeimp	
99736273	GLORIA INES CARRANZA HERNANDEZ		5-FLUOROURACILO	600,00	mg	SSN 0,9%	500	1 A 5	5	1-8PC	28/03/13	Jeimp	Jeimp	
7507989	JULIO ALFONSO AVILA GARCIA		5-FLUOROURACILO	1740,00	mg	SSN 0,9%	500	1 A 5	5	1-8PC	28/03/13	Jeimp	Jeimp	
18225254	JULIO CESAR RUIZ		5-FLUOROURACILO	1165,39	mg	SSN 0,9%	500	1 A 5	5	1-8PC	28/03/13	Jeimp	Jeimp	
19469770	LUIS HERNANDO URREGO MONTAÑA		5-FLUOROURACILO	670,00	mg	SSN 0,9%	500	1 A 5	5	1-8PC	28/03/13	Jeimp	Jeimp	
19639527	PAULINA MUÑOZ TUNAROSA		5-FLUOROURACILO	1000,00	mg	SSN 0,9%	500	1 A 5	5	1-8PC	28/03/13	Jeimp	Jeimp	
1980588363	JENNIFER MICHELLE RODAS CHICA		ILEONICINA	18,00	UI	SSN 0,9%	300	1 Y 15	15	1-8PC	01/03/13	Jeimp	Jeimp	

ANEXO 15. Procedimiento de Consulta Externa

	PROCEDIMIENTO CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO: CE- PR-0001
		VERSIÓN: 03
		PÁGINA: 1 de 6
Aprobó: Coordinador Medico	Fecha de aprobación: 2013-03-07	

1. OBJETIVO

Ofrecer los servicios de salud a los usuarios afiliados a las aseguradoras, de una forma integral, oportuna, segura y accesible.

2. ALCANCE


Este proceso involucra las actividades de asignación de citas y atención integral de usuarios con patologías Oncológicas y Hematológicas.

3. RESPONSABLE

Recepcionista
Auxiliar de Consulta externa
Líder de Atención al cliente
Auxiliar de Archivo

4. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS


- **EPS:** Entidad promotora de salud.
 - **EPSS:** Entidad promotora de Salud Subsidiada.
 - **Inclusión:** Servicio o producto relacionado con la medicina que no es de obligatorio cumplimiento pero por medio del contrato con la EPS y el Centro Oncológico se prestará.
 - **Exclusión:** Servicio o producto relacionado con la medicina que no es de obligatorio cumplimiento pues no está incluido dentro del POS.
 - **POS:** Plan Obligatorio de Salud.
- **Historia clínica:** es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.
- **Orden Médica:** Es la evidencia coherente de una asignación de médica.
 - **Red interna:** Equipo de profesionales en Salud que pertenecen a la organización.

	PROCEDIMIENTO CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO: CE-PR-0001
		VERSIÓN: 03
		PÁGINA: 2 de 6
Aprobó: Coordinador Medico		Fecha de aprobación: 2013-03-07


- **Red externa:** Equipo de profesionales e Instituciones Prestadoras de Salud que no pertenecen a la organización.

5. PROCEDIMIENTO


No.	Actividad	Responsable	Documento y / o registro
1	<p>El usuario llama a solicitar el servicio. Se pide el número de identificación del paciente y se ingresa al sistema.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la consulta es de primera vez, se ingresa al sistema los datos (Apellidos, Nombres, Dirección, Teléfono. Etc.). Y el tiempo de atención de la consulta es de 30 minutos. Se le indica traer copia de la historia clínica antigua, reporte de patología (si aplica) y fotocopia de documentos de identificación para apertura de la historia clínica. • Si la cita es de control o seguimiento entonces se asigna la cita con tiempo de atención de 20 minutos. <p>Una vez asignada la cita informa al usuario la fecha, hora, especialidad y el médico tratante, y le solicita que repita la información dada verificando la claridad de los datos. Además indica al paciente que debe presentarse 20 minutos antes de la hora asignada para la cita, con el fin de legalizar la autorización de la misma y pago de cuota moderadora</p>	<p>Recepcionista Auxiliar Call center Auxiliar de consulta externa</p>	N/A
2	<p>El usuario se presenta a solicitar el servicio, se revisa la patología o la base de datos suministrada por la EPS y demás soportes facilitados por el usuario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la consulta es de primera vez, se deben ingresar al sistema los datos (Apellidos, Nombres, Dirección, 	<p>Recepcionista Auxiliar Call center Auxiliar de consulta externa</p>	<p>AU-FO-0002 Base de datos usuarios nuevos por aseguradora. CE-FO-0008 Formato asignación de citas.</p>

	PROCEDIMIENTO CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO: CE- PR-0001
		VERSIÓN: 03
		PÁGINA: 3 de 6
Aprobó: Coordinador Medico		Fecha de aprobación: 2013-03-07

	<p>Teléfono. Etc.). Y el tiempo de atención de la consulta es de 30 minutos. Se le informa al usuario que el día de la consulta debe traer copia de la historia clínica antigua, reporte de patología (si aplica) y fotocopia de documentos de identificación para apertura de la historia clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la cita es de control o seguimiento entonces se asigna la cita con tiempo de atención de 20 minutos. <p>Se le debe entregar al paciente una vez asignada la cita el registro de asignación de cita CE-FO-0008 completamente diligenciado, en caso de solicitud de cita presencial e informa al paciente que debe presentarse 20 minutos antes de la hora asignada para la cita, con el fin de legalizar la autorización de la misma y pago de cuota moderadora (Si aplica).</p>		
3	Se genera el reporte de citas entre fechas para disponer de las historias clínicas en el respectivo consultorio el día de la cita.	Recepcionista Auxiliar de consulta externa Auxiliar de archivo	CE-FO-0010 Reporte de citas entre fechas
4	Se reporta al encargado de atención al cliente en el formato de Seguimiento no adherencia al tratamiento, la inasistencia del paciente a la consulta.	Recepcionista Auxiliar de consulta externa Auxiliar de archivo	AC-FO-0007 Seguimiento no adherencia al tratamiento
5	El usuario cancela la respectiva cuota moderadora. Sólo cuando el usuario cancele la cuota moderadora (si aplica) se puede pasar a la siguiente actividad.	Auxiliar de Autorización y facturación	Boleta de pago de cuota moderadora y autorización de servicios AU-FO-0001.
6	Se activa la historia clínica, se direcciona al usuario a la sala de espera y se le indica el número de consultorio y el nombre del médico especialista que lo atenderá.	Recepcionista Auxiliar de consulta externa Auxiliar de archivo	N/A
7	El médico llama al paciente por su nombre	Médico Especialista	N/A

	PROCEDIMIENTO CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO: CE- PR-0001
		VERSIÓN: 03
		PÁGINA: 4 de 6
Aprobó: Coordinador Medico		Fecha de aprobación: 2013-03-07

	<p>completo a consulta, saluda amablemente al paciente e inicia la consulta.</p> <p>En caso de que el paciente no responda al llamado se debe esperar 8 minutos para considerar la cita como perdida o no asistida y se procede a llamar al siguiente paciente agendado.</p>		
8	<p>Presta el servicio médico, cierra la historia clínica e informa al usuario y a los familiares su patología y su posible tratamiento si es el caso. Además de brindarle información sobre su enfermedad y dar educación en salud específica para la patología.</p> <p>En caso en que se requiera consentimiento informado o disentimiento informado, deben firmar el paciente y el médico.</p> <p>Para los pacientes Menores de edad, y para personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, el consentimiento o disentimiento lo firmaran los padres, tutores, allegados o el representante legal.</p> <p>Las personas que tienen la competencia de firmar en los casos anteriormente mencionados según lo estipulado por la ley son en el siguiente orden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El cónyuge o compañero permanente - Los hijos legítimos o naturales, mayores de edad. - Los padres legítimos o naturales. - Los hermanos legítimos o naturales, mayores de edad. - Los abuelos y nietos. - Los parientes consanguíneos en línea colateral hasta el tercer grado. - Los parientes afines hasta el segundo 	<p>Médico especialista y grupo de apoyo Integral</p>	<p>Historia clínica actualizada.</p> <p>CE-FO-0004 Consentimiento Informado para procedimientos.</p> <p>QM-FO-0001 Consentimiento informado para la administración de quimioterapia.</p> <p>CE-FO-0009 Consentimiento informado para tratamientos no oncológicos.</p> <p>QM-FO-0010 Disentimiento Informado.</p>

	PROCEDIMIENTO CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO: CE-PR-0001
		VERSIÓN: 03
		PÁGINA: 5 de 6
Aprobó: Coordinador Medico		Fecha de aprobación: 2013-03-07


	grado. El consentimiento informado para la aplicación de quimioterapia se diligencia por protocolo, independiente del número de ciclos que contenga, si hay cambio de protocolo se debe firmar otro consentimiento informado. Durante la consulta el médico deja firmado el consentimiento informado y antes de la realización del procedimiento, el paciente firma y coloca la huella.		
9	Si se requiere se direcciona al usuario a junta médica por medio de una orden médica.	Médico especialista.	Orden medica CE-FO-0007 Historia clínica actualizada.
10	El usuario es remitido a consulta de apoyo Integral.	Grupo de apoyo Integral.	Historia clínica actualizada.
11	Se direcciona al usuario a la red externa con el fin de realizar el procedimiento requerido por el médico especialista.	Médico especialista.	Orden médica CE-FO-0007 Evolución Medica CE-FO-0001.
12	Recoge las historias clínicas del consultorio y se entregan a archivo.	Auxiliar de Consulta Externa. Auxiliar de archivo.	N/A

6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA DE APROBACION	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	2012-07-26	Creación del documento
2	2013-01-11	Actualización del documento inclusión del tiempo en la oportunidad de la asignación de la cita, la política de "llamado de paciente" al momento de pasar de sala de espera al consultorio médico y el tiempo de atención en cita. Se aclaro lo relacionado con las firmas del consentimiento informado. Se incluyo la verificación de la información suministrada por el personal de asignación de citas y la entrega del registro de asignación de citas CE-FO-0008 en caso de solicitud de cita presencial.
3	2013-03-07	Se incluyo la forma como se debe diligenciar el consentimiento informado para la administración de Quimioterapia y se adjuntaron los siguientes formatos: - Consentimiento informado para la administración de la Quimioterapia QM-FO-0001 - Consentimiento informado para tratamientos no oncológicos CE-FO-0009. - Disentimiento Informado QM-FO-0010

ELABORA	REVISA	APRUEBA
Coordinador Medico	Director Nacional de Calidad	Coordinador Medico

ANEXO 16. Procedimiento Custodia y Préstamo de Historias Clínicas

	PROCEDIMIENTO CUSTODIA Y PRESTAMO DE HISTORIAS CLINICAS	Código: CE- PR-0003
		Versión: 03
		Página: 1 de 5
Aprobó: Coordinador Medico		Fecha de aprobación: 2013-03-08

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos para el manejo y conservación de las Historias clínicas, teniendo en cuenta la normatividad legal vigente aplicable y para el préstamo de historias clínicas a los usuarios y personal autorizado del Centro Oncológico Ltda.

2. ALCANCE

Aplica a los procesos y cargos autorizados para manipular, custodiar ó prestar historias clínicas del Centro Oncológico Ltda.

3. RESPONSABLE

Auxiliares de Archivo
Auxiliar de Consulta Externa

4. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS


- **Historia Clínica:** es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.
- **Conservación de Documentos:** Proceso con el que se podrá garantizar el adecuado mantenimiento documental, pues se contemplan manejos administrativos y archivísticos, uso de materiales adecuados, locales, sistemas de almacenamiento, depósito, unidades de conservación, manipulación y mantenimiento periódico, entre otros factores Reglamento General de Archivos.

5. GENERALIDADES

5.1 CUSTODIA

Normatividad legal

RESOLUCIONES	
Resolución 3905 de 1994 ministerio de salud	Con la cual se reglamenta la Epicrisis como resumen de la historia clínica.
Resolución 1995 de 1999 ministerio de salud	Establece las normas para el manejo de las historias clínicas.

	PROCEDIMIENTO CUSTODIA Y PRESTAMO DE HISTORIAS CLINICAS	Código: CE- PR-0003
		Versión: 03
		Página: 2 de 5
Aprobó: Coordinador Medico		Fecha de aprobación: 2013-03-08

Resolución 058 de 2007 ministerio de salud	Deroga la resolución 1715 de 2005 que modificaba la resolución 1995 de 1999.
ACUERDOS	
Circular 012 de 1992 superintendencia de salud	En la cual se imparten instrucciones a las entidades prestatarias de servicios de salud sobre el manejo de la historia clínica y su obligatoriedad de registro.

Identificación y orden de la historia clínica


Las historias clínicas tendrán el siguiente orden de acuerdo con sus componentes y se separan por grupo de acuerdo con el siguiente cuadro.

	IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO
	EVOLUCIÓN MEDICA
	NOTAS DE ENFERMERÍA
	INF. QUIMIOTERÁPIA Y/O RADIOTERÁPIA
	LABORATORIOS Y/O EXÁMENES ESPECIALIZADOS
	EPICRISIS
	ANEXOS, AUTORIZACIONES, CONSENTIMIENTO INFORMADO, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA, REPORTE DE PATOLOGÍA. PERFIL FARMACOTERAPEÚTICO, INTERVENCIÓN DEL GRUPO DE APOYO INTEGRAL A PACIENTES DE QUIMIOTERAPIA, HOJA DE GASTOS E INSUMOS.

- La identificación de cada historia está dada por el número de identificación y el nombre del paciente plasmado en la portada de la carpeta.
- Las historias clínicas se archivarán en Orden cronológico ascendente o descendente.

Conservación y manejo

- Para garantizar la conservación adecuada de la historia clínica física cada carpeta tendrá un número aproximado de 200 folios (los cuales son equivalentes a un grosor de 2.5 cm aproximadamente.). Si la historia clínica se pasa de este número de folios se abrirá una nueva


	PROCEDIMIENTO CUSTODIA Y PRESTAMO DE HISTORIAS CLINICAS	Código: CE- PR-0003
		Versión: 03
		Página: 3 de 5
Aprobó: Coordinador Medico		Fecha de aprobación: 2013-03-08

carpeta la cual se identificara con la cedula y nombre del paciente y adicionalmente una identificación de tomo respectivo por ejemplo: nombre y cedula del paciente tomo II.


- Cuando se requiera se cambiaran las carpetas deterioradas, se utilizaran ganchos plásticos.
- Las historias clínicas no deben tener ganchos de cosedora, clips o cualquier elemento metálico.
- Si hay un documento en papel químico y legible se debe fotocopiar y eliminar el papel químico.
- No se deben archivar documentos doblados.
- Los documentos a media carta se deben perforar centrados.
- Si hay documentos más pequeños que doble carta, se pega en una hoja reciclable, que quede legible y completa y se perfora en la mitad.
- Documento rotos que no le falte nada, se le debe colocar cinta.
- Si la hoja en el agujero está roto, se debe colocar refuerzos.
- Cuando el documento venga en forma horizontal el agujero se abre en la parte superior.

5.2. PRESTAMO

No.	Actividad	Responsable	Documento y / o registro
PRESTAMO HACIA EL USUARIO			
1	El usuario solicita copia de algunos documentos de la historia clínica.	Usuario	CE-FO-0019 control de solicitud de documentos de historia
2	Se verifican los datos del paciente: nombre, documentos de identificación o autorización al familiar dada por el usuario según sea el	Auxiliar de archivo Auxiliar de Consulta	N/A

	PROCEDIMIENTO CUSTODIA Y PRESTAMO DE HISTORIAS CLINICAS	Código: CE- PR-0003
		Versión: 03
		Página: 4 de 5
Aprobó: Coordinador Medico		Fecha de aprobación: 2013-03-08

	caso. En caso de que soliciten copia de la Historia clínica de paciente fallecido. El familiar (Hijos, conyugue o Compañero Permanente) solicitante debe pasar el requerimiento por escrito, y anexar documento que acredite parentesco y copia del certificado de defunción.	externa	
3	Se informa al usuario que puede pasar por sus documentos dentro de 3 días hábiles después de radicada la solicitud, si es de carácter prioritario se entregara el mismo día.	Auxiliar de archivo Auxiliar de consulta externa	N/A
4	Se ubica la historia clínica en el archivo.	Auxiliar de archivo Auxiliar de consulta externa	N/A
5	Se fotocopian los documentos solicitados por el usuario, se diligencia el formato solicitud de documentos de historia clínica, el usuario firma el recibido y se hace entrega de los documentos. Si se realiza por parte de la institución el cliente realiza el pago correspondiente en caja de las fotocopias.	Auxiliar de archivo Auxiliar de consulta externa	CE-FO-0019 solicitud de documentos de historia
6	Se archiva la historia clínica.	Auxiliar de archivo Auxiliar de consulta externa	N/A
7	En caso de que se niegue el acceso a la historia clínica se informa las razones por las cuales el familiar y/o autorizado no puede acceder a ella.	Coordinador Médico	Carta especificando motivo de por qué se niega la solicitud
PRESTAMO INTERNO			
8	Se recepciona las programaciones de citas de consulta externa, quimioterapia y/o solicitudes de historias clínicas de otros procesos del Centro Oncológico Ltda. Y se diligencia el registro de formato Control préstamo de historias clínicas.	Auxiliar de Consulta externa. Quimioterapia. Hospitalización. Servicio Farmacéutico. Autorización y facturación. Auditoria Medica Coordinador médico.	CE-FO-0020 Control préstamo de historias clínicas
9	Se revisa que el proceso esté autorizado para acceder a las historias clínicas.	Auxiliar de Archivo Auxiliar de consulta	N/A

	PROCEDIMIENTO CUSTODIA Y PRESTAMO DE HISTORIAS CLINICAS	Código: CE- PR-0003
		Versión: 03
		Página: 5 de 5
Aprobó: Coordinador Medico		Fecha de aprobación: 2013-03-08


		externa	
10	Se ubica la historia clínica en el archivo.	Auxiliar de Archivo Auxiliar de Consulta externa	N/A
11	Se entrega la historia clínica al proceso solicitante.	Auxiliar de Archivo Auxiliar de consulta externa	CE-FO-0020 Control préstamo de historias clínicas
12	El proceso solicitante entrega la historia clínica, y la encargada de su custodia las recopila.	Auxiliar de Archivo Auxiliar de consulta externa	CE-FO-0020 Control préstamo de historias clínicas
13	Se revisa que la historia clínica esté completa y se actualizan todos los registros de documentos generados archivándolos en su respectivo lugar.	Auxiliar de Archivo Auxiliar de consulta externa	N/A
14	Se archiva la historia clínica.	Auxiliar de Archivo Auxiliar de consulta externa	N/A
15	Se niega el acceso a las historias clínicas y se informa las razones del caso.	Coordinador Médico	Comunicado especificando motivo de por qué se niega la solicitud

6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA DE APROBACION	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	2012-10-19	Creación del documento
02	2013-02-12	Actualización de la actividad No 2, los pasos a realizar para la solicitud de Historia clínica de paciente fallecido.
03	2013-03-08	Se incluye dentro del ítem Identificación y orden de la historia clínica en la sección anexo la Hoja de gastos e insumos.

ELABORA	REVISA	APRUEBA
Coordinador Medico	Director Nacional de Calidad	Coordinador Medico

ANEXO 17. Procedimiento Atención al Cliente

	PROCEDIMIENTO ATENCIÓN AL CLIENTE	Código: AC-PR-0001
		Versión: 04
		Página 1 de 5
Aprobó: Líder de Atención al cliente		Fecha de aprobación: 2013-03-14

1. OBJETIVO

Establecer la metodología a seguir para conocer la percepción del Cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte del Centro Oncológico Ltda., y analizar los resultados obtenidos acerca del desempeño, con el fin de generar mejoramiento al Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos.

2. ALCANCE

Aplica para evaluación de la satisfacción al cliente, la percepción de la queja, sugerencia ó felicitaciones por parte del Centro Oncológico Ltda., hasta la tabulación del la encuesta y solución y/o respuesta de la misma al usuario.

3. RESPONSABILIDADES

Profesional de Atención al cliente y Líder de atención al cliente: recopilar y direccionar todas las quejas, sugerencias ó felicitaciones. Realizar encuestas, tabular los datos y elaborar el "informe de resultados de satisfacción del cliente"

Realizar seguimiento al tratamiento propuesto, monitoreando el cumplimiento de las actividades establecidas, para dar oportuna respuesta a la persona interesada. Periódicamente informa al nivel gerencial sobre el estado de las mismas.

Dueño del proceso afectado: Es responsable de recibir, realizar investigación ó establecer acciones a tomar y dar respuesta de las mismas.

4. DEFINICIONES

Queja o Reclamo: Es una expresión o manifestación de inconformidad o descontento verbal, escrita o por medio electrónico frente a la actuación de un funcionario o la prestación de un servicio por parte de la empresa.


Sugerencia: Propuesta o petición que formula el usuario para el mejoramiento de la prestación del servicio de la empresa.

Felicitación: reconocimiento o satisfacción expresada por el cliente frente a la prestación del servicio.

Nivel de Confianza: Probabilidad de que la estimación efectuada se ajuste a la realidad.

5. LINEAMIENTOS GENERALES

- La apertura del buzón de sugerencias se realizara cada quince días en la sede de Tunja, la sede de Bucaramanga y Bogotá cada ocho días con el fin de dar respuesta oportuna a las quejas y/o sugerencias. Esto se define de acuerdo a la población asignada de cada sede.
- El tiempo máximo establecido para responder quejas y reclamos es de ocho días calendario.

	PROCEDIMIENTO ATENCIÓN AL CLIENTE	Código: AC-PR-0001
		Versión: 04
		Página 2 de 5
Aprobó: Líder de Atención al cliente		Fecha de aprobación: 2013-03-14


- Las solicitudes de tipo legal, tutelas, derechos de petición o similares, se resolverán en el tiempo que defina dicha solicitud.

6.1. TRATAMIENTO QUEJAS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES

No.	Actividad	Responsable	Documento y / o registro
1	Recepción de quejas, sugerencias y felicitaciones El usuario presenta por medio escrito en el Formato de buzón de sugerencias una queja, sugerencia o felicitaciones.	Profesional de Atención al cliente, Directora Regional Administrativa y Financiera, Líder de Atención al cliente.	Formato de buzón de sugerencias AC-FO-0001
2	Redireccionamiento de la solicitud Se informa al área respectiva o al líder de cada proceso la queja, sugerencia o felicitaciones presentada por el usuario, para que realice el tratamiento respectivo.	Líder de Atención al Cliente, Directora Regional Administrativa y Financiera, Profesional de Atención al cliente	N.A.
3	Realizar el tratamiento Se realiza el tratamiento respectivo, se definen las acciones y se envía la respuesta a atención al cliente.	Responsable de cada proceso	N.A.
4	Enviar respuesta Se envía respuesta por escrito o correo electrónico a la persona que presentó la queja o sugerencia.	Profesional de atención al cliente, Líder de Atención al cliente, Directora Regional Administrativa y Financiera.	Respuesta al cliente
6	Revisión mensual Se realiza una revisión mensual de las quejas y reclamos presentados para determinar la recurrencia de las mismas y la efectividad de las acciones correctivas y/o preventivas.	Líder de Atención al Cliente, Profesional de Atención al cliente, Directora Regional Administrativa y Financiera.	N.A.

6.2. DEFINICIÓN TAMAÑO DE MUESTRA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

El número de encuestas de satisfacción al usuario será determinadas mensualmente, mediante la siguiente fórmula:

	PROCEDIMIENTO ATENCIÓN AL CLIENTE	Código: AC-PR-0001
		Versión: 04
		Página 3 de 5
Aprobó: Líder de Atención al cliente		Fecha de aprobación: 2013-03-14

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

N	Tamaño de la población
Z	Nivel de Confianza
p	Proporción de unidades con la características de interés (%confiabilidad)
q	Proporción de unidades complementarias
d	Precisión
n	Tamaño de la muestra

- **Metodología del muestreo:**


Muestreo aleatorio simple: Es aquel en que cada elemento de la población tiene la misma probabilidad de ser seleccionado para integrar la muestra.

• **Nivel de Confianza:**

Para las sedes de Bucaramanga y Tunja Se establece un nivel de confianza de un 99% con un Z= 2.576.

Para la sede de Bogotá, se establece un nivel de confianza de un 90% con un Z=1.645.

	q	Z
Si la seguridad Z_{α} fuese del 90% el coeficiente sería 1.645	0,9	1,645
Si la seguridad Z_{α} fuese del 95% el coeficiente sería 1.96	0,95	1,96
Si la seguridad Z_{α} fuese del 97.5% el coeficiente sería 2.24	0,975	2,24
Si la seguridad Z_{α} fuese del 99% el coeficiente sería 2.576	0,99	2,576

	PROCEDIMIENTO ATENCIÓN AL CLIENTE	Código: AC-PR-0001
		Versión: 04
		Página 5 de 5
Aprobó: Líder de Atención al cliente		Fecha de aprobación: 2013-03-14

NOTA: Esta fórmula se encuentra en la tabla de Excel llamada “Definición del Tamaño de la Muestra para encuesta” en la documentación SGC proceso Atención al cliente.

6.3. SATISFACCIÓN DEL CLIENTE INSTITUCIONAL


Se encuesta anualmente a los clientes Institucionales “Aseguradoras” con quienes se tiene convenio para prestación de servicio en Centro Oncológico Ltda.

7. CONTROL DE CAMBIOS


VERSION	FECHA DE APROBACION	DESCRIPCION DE CAMBIOS REALIZADOS
1	2011-11-02	Creación del documento
2	2012-10-19	Actualización del documento
3	2013-02-12	Se actualizaron los responsables de las actividades de cada sede y el tiempo de apertura de buzón.
4	2013-03-14	Se incluyo la definición del tamaño de la muestra a tomar en cada seda.

ELABORA	REVISAS	APRUEBA
Profesional de Atención al cliente	Director Nacional de Calidad	Líder de Atención al cliente

ANEXO 18. Formato Encuesta Satisfacción Cliente Institucional (Ejemplo)

	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN EPS, EPS-S		Código: AC-FO-0001	
			Versión 01	
			Página 1 de 1	
Aprobó: Líder Atención al Cliente		Fecha de Aprobación: 2013-02-08		
<p>Para el Centro Oncológico es muy importante conocer su opinión sobre los servicios prestados, por lo tanto le agradecemos responder las siguientes preguntas. Con sus respuestas nos ayuda a mejorar nuestros servicios.</p>				
Nombre Entidad	CONFEMALCO ANTIOQUIA			
Nombre de quien responde la encuesta	JOHN JAIRO LÓPEZ			
Cargo	COORDINADOR REGIONAL			
Fecha	22. MARZO. 2013	Telefono	314003509	
Por favor marque con una "X" su respuesta				
1. Según su percepción cual es el nivel de satisfacción de sus afiliados con la IPS Centro Oncológico Ltda?	Altamente satisfecho	Satisfecho.	Poco satisfecho.	Nada satisfecho.
		X		
2. Considera que las instalaciones donde el Centro Oncológico Ltda presta el servicio son:	Excelentes	Buenas	Regulares	Malas
		X		
3. El Centro Oncológico entrega la facturación en la fecha establecida:	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
		X		
4. Las solicitudes realizadas por la EPS al Centro Oncológico son tramitadas oportunamente:	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
		X		
5. Sus afiliados han manifestado dificultades con el servicio prestado por Centro Oncológico Ltda.?	No	SI	En caso afirmativo describa cuales.	
		X	OPORTUNIDAD	
6. ¿Tiene alguna recomendación para mejorar la prestación del servicio del Centro Oncológico Ltda.?				

ANEXO 19. Formato Encuesta de Satisfacción

	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN					Código: AC-FO-0004
						Versión 03
	Aprobó: Líder Atención al Cliente					Fecha de Aprobación: 2012-11-14

Para el centro oncológico es muy importante saber su opinión sobre los servicios prestados, por eso le agradecemos responder las siguientes preguntas. Con sus respuestas nos ayuda a mejorar nuestros servicios.

Nombres completos					
Fecha				Telefono	
correo electrónico				Celular	

1. Califique su satisfacción con el servicio recibido:	Autorizaciones	Farmacia	Quimioterapia	Consulta Externa	Atencion usuario	Hospitalizacion
Altamente satisfecho.						
Satisfecho.						
Regular						
Poco satisfecho.						
Nada satisfecho.						

2. Califique la atención del personal que lo atendió:	Autorizaciones	Farmacia	Quimioterapia	Consulta Externa	Atencion usuario	Hospitalizacion
Excelente						
Bueno						
Regular						
Malo						

3. Califique la atención del médico que lo atendió	Excelente	Bueno	Regular	Malo	N.A.

4. Califique el servicio de entrega de medicamentos	Excelente	Bueno	Regular	Malo	N.A.

5. Califique la facilidad al momento de solicitar la cita o tratamiento.	Excelente	Bueno	Regular	Malo	N.A.

6. Se cumplió con el tiempo establecido para la programación de la cita o tratamiento.	Si	No

7. Considera usted que las instalaciones donde fue atendido son:	Excelentes	Buenas	Regulares	Malas


8. El tiempo transcurrido entre la hora asignada para la cita o tratamiento y el momento en que lo atendieron fue:	A la hora exacta.	Menos de 10 minutos.	Entre 10 y 15 minutos.	Entre 15 y 20 minutos.	Más de 20 minutos.

9. Califique su satisfacción frente a la información recibida:	Altamente satisfecho.	Satisfecho.	Regular.	Poco satisfecho.	Nada satisfecho.

10. ¿Tuvo alguna dificultad o inconsistencia con el pago de la cuota moderadora?:	Si	No
Si la respuesta es sí, explique la dificultad:		

11. ¿Tiene alguna recomendación para mejorar la prestación del servicio del Centro Oncológico?:

ANEXO 20. Procedimiento de Mantenimiento

 <p>CENTRO ONCOLÓGICO Comprometidos con la Vida</p>	PROCEDIMIENTO DE MANTENIMIENTO	Código: IM-PR-0002
		Versión: 02
		Página 1 de 3
Aprobó: Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento		Fecha de aprobación: 2012/09/14

1. OBJETIVO

Realizar oportunamente las actividades necesarias para llevar a cabo el mantenimiento correctivo y preventivo de equipos, máquinas e infraestructura de acuerdo con las necesidades requeridas por el Centro Oncológico LTDA.

2. ALCANCE.

Incluye los equipos Biomédicos, los equipos del Servicio Farmacéutico, Mantenimiento civil, Eléctrico, Mecánico y Electrónico, y la infraestructura.

3. RESPONSABLE


Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento

4. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS


- **Mantenimiento:** Conjunto de acciones, operaciones y técnicas empleadas con el fin de asegurar la disponibilidad de los equipos y máquinas en servicio durante el mayor tiempo posible, durante el mayor tiempo posible, dentro del mayor grado de confiabilidad y el máximo de nivel de productividad.
- **Mantenimiento Preventivo:** Conjunto de acciones, operaciones y técnicas realizadas en forma metodológica y sistemática sobre un equipo o máquina, con el fin de garantizar las condiciones específicas de funcionamiento, para reducir las posibilidades de ocurrencia de fallas y prolongar el tiempo de vida útil.
- **Mantenimiento Correctivo:** conjunto de acciones, operaciones y técnicas orientadas hacia la restitución de las características de funcionamiento y operación de un equipo o maquina después de ocurrida una falla.

5. PROCEDIMIENTO

No.	Actividad	Responsable	Documento y / o registro
1	Cuando se recibe el equipo se incluye en el Cronograma de mantenimiento preventivo y se revisa anualmente.	Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento	Programación y Control de Mantenimientos, Calibración y Calificación IM-FO-0003
2	15 días antes de la fecha programada para el mantenimiento preventivo se contacta	Coordinadora de Infraestructura y	N.A.

 <p>CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i></p>	PROCEDIMIENTO DE MANTENIMIENTO	Código: IM-PR-0002
		Versión: 02
		Página 2 de 3
Aprobó: Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento		Fecha de aprobación: 2012/09/14

	con el proveedor correspondiente.	Mantenimiento	
3	Solicita cotizaciones de posibles proveedores y selecciona el que se ajuste a las necesidades del mantenimiento en caso de que el proveedor actual no pueda realizar el mantenimiento.	Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento	N.A.
4	Anualmente se realiza una revisión total de la infraestructura, Si es necesario se emite orden de mantenimiento Correctivo y se contacta con el proveedor.	Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento	Cronograma de Infraestructura IM-FO-0011, Reporte de daños de infraestructura IM-FO-0012, Control Mantenimiento Infraestructura IM-FO-0017
5	El proveedor realiza el mantenimiento preventivo programado, y emite su informe técnico donde detalla advertencias, observaciones y arreglos que el equipo requiere, o si es necesario darlo de baja. Se archiva el reporte entregado.	Proveedor	Reporte de Mantenimiento del Proveedor.
6	De acuerdo al resultado del mantenimiento preventivo se procede a la compra de repuestos, o se autoriza al proveedor a corregir los daños encontrados.	Proveedor, Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento	Requerimiento de productos multiplicadores.
7	Con cada mantenimiento se debe diligenciar el Reporte de mantenimiento.	Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento	Reporte de Mantenimiento de Equipos IM-FO-0001
8	Realizar una divulgación verbal de las observaciones encontradas por los proveedores a raíz del mantenimiento preventivo cuando es necesario.	Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento	N.A.
9	Cada responsable de área emite orden de mantenimiento correctivo cuando se requiera y la dirige al Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento.	Líder de proceso, Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento	Gestión de Mantenimiento Correctivo IM-FO-0004
10	La coordinadora de Infraestructura y mantenimiento inspecciona el equipo, o el área afectada para corroborar la necesidad de solicitar mantenimiento por parte del	Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento	Gestión de Mantenimiento Correctivo IM-FO-0004


 <p>CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i></p>	PROCEDIMIENTO DE MANTENIMIENTO	Código: IM-PR-0002
		Versión: 02
		Página 3 de 3
Aprobó: Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento		Fecha de aprobación: 2012/09/14

	proveedor y emite su concepto Técnico.		
11	Se contacta con el proveedor, éste revisa el equipo o infraestructura y emite su reporte técnico especificando si es necesaria la compra de algún repuesto, o dar de baja el equipo.	Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento, Proveedor	Gestión de Mantenimiento Correctivo IM-FO-0004
12	De acuerdo al resultado del mantenimiento correctivo se procede a la compra de repuestos, o se autoriza al proveedor a corregir los daños encontrados.	Proveedor, Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento	Requerimiento de productos multiplicadores.
13	Después de efectuado el mantenimiento se diligencia el reporte de mantenimiento, y el proveedor deja constancia del mismo.	Proveedor, Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento	Reporte de Mantenimiento de Equipos IM-FO-0001, Reporte del Proveedor.
14	Para los equipos biomédicos se trata de establecer un tiempo máximo de 48 horas para que el proveedor haga la revisión.	Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento	
15	En el momento de entrega del equipo o infraestructura reparada, debe estar presente un responsable del área y/o el Coordinador de infraestructura y Mantenimiento para corroborar el correcto funcionamiento del equipo o el arreglo de la infraestructura.	Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento, Responsable de Área	Reporte de mantenimiento de equipos IM-FO-0001, Gestión de mantenimiento correctivo IM-FO-0004

6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA DE REVISIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	22 Noviembre 2011	Creación del Documento
2	2012/09/14	Se unifica en un solo procedimiento el mantenimiento correctivo y preventivo

ANEXO 21. Procedimiento de Metrología

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	PROCEDIMIENTO DE METROLOGIA	Código: IM-PR-0003
		Versión: 02
		Página 1 de 3
Aprobó: Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento		Fecha de aprobación: 2013/02/13

1. OBJETIVO

Controlar los instrumentos de medición para garantizar que proporcionen una información confiable.

2. ALCANCE.

Aplica a todos los instrumentos de medición, que arrojan diagnóstico o medidas requeridas para la prestación adecuada de los servicios.

3. RESPONSABLE

Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento

4. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: es un medio técnico con los cuales se efectúan las mediciones. Estos medios pueden ser unidades materializadas y los aparatos medidores, para efecto de este procedimiento se llamarán equipos de medición.

5. PROCEDIMIENTO


IDENTIFICACIÓN EQUIPOS DE MEDICIÓN

La Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento identifica los equipos de medición que requieren calibración o verificación y se identifican en la hoja de vida y cronograma anual.

Equipo	Rango permitido
Balanza	1 kg
Balanza Pediátrica	500 gr
Termómetro	3 °C
Termohidrómetro	3 cº-3%
Manómetro	0.1kPa

CALIBRACION O VERIFICACIÓN

Para los equipos de medición como lo son termómetros, termohidrómetros y manómetros deberán calibrarse en su totalidad, una vez año como está establecido en el cronograma anual, y para los equipos de medición de masas se calibrara una unidad por tipo la cual servirá para la realización de verificación y soporte constante en el servicio. Así mismo se tendrán masas calibradas con una medida de 2 kg, 5 kg, 10 kg, 20 kg calibradas con el fin de cumplir con la verificación establecida de forma semestral en todos los equipos de medición de masas en el

	PROCEDIMIENTO DE METROLOGIA	Código: IM-PR-0003
		Versión: 02
		Página 2 de 3
Aprobó: Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento		Fecha de aprobación: 2013/02/13

Centro Oncológico. Las cuales estarán guardadas en la bodega de la Coordinación de Infraestructura y Mantenimiento.

La calibración se realizará por medio de un proveedor externo que cumpla con los requerimientos exigidos para el tema de calibración.

La verificación se realizara con el equipo calibrado, se realiza una medición específica con el equipo calibrado y esa misma medición se realiza con el equipo en uso, si la medición es igual o está dentro del rango definido para el equipo se considera que quedo verificado y es apto para uso, de lo contrario se identifica y se saca de uso para el respectivo ajuste o calibración.

AJUSTAR O CALIBRAR EL EQUIPO

Si el equipo requiere ajuste o calibración se realizará con el proveedor definido y en caso de tener que enviarlo se seguirán las recomendaciones emitidas por dicho proveedor para evitar que en el movimiento el equipo se descalibre.

Si el ajuste o calibración se realiza en las instalaciones del Centro Oncológico o fuera de ellas, se exige constancia al proveedor de la trazabilidad de los patrones o procedimientos utilizados.

IDENTIFICACION DE EQUIPOS

Los equipos que se encuentren calibrados o verificados se identificaran con un sticker de color verde.

Si el equipo requiere ajuste o calibración se identifica con un sticker rojo, para que no sea usado hasta tanto se ajuste o calibre.

En todos los casos el sticker contendrá información de nombre del equipo fecha de calibración o verificación y próxima fecha de calibración o verificación.

PLANES DE CONTINGENCIA

En los casos en que se hayan realizado mediciones con equipos que al momento de la verificación no arrojen resultados adecuados o que se haya pasado el tiempo para calibración, se informa al responsable del proceso donde se prestó el servicio para que se tomen las acciones respectivas sobre las mediciones realizadas y/o diagnósticos emitidos.


CONSERVACION DE LOS EQUIPOS

Los equipos calibrados que se utilizaran para realizar las verificaciones se mantendrán en las condiciones de limpieza, ventilación y temperatura adecuadas para preservar su calibración.

6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA DE REVISIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	2012/09/14	Creación del Documento
2	2013/02/13	Actualización del documento

ANEXO 22. Guía de selección, Evaluación y Reevaluación de Proveedores.

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	GUIA SELECCIÓN, EVALUACION Y REEVALUACION DE PROVEEDORES	Código: CP-G-0001
		Versión: 02
		Página 1 de 5
Aprobó: Directora Nacional Administrativa y Financiera		Fecha de Aprobación: 2012/11/19

1. OBJETIVO

Describir los pasos para realizar la evaluación y reevaluación de proveedores de productos o servicios del Centro Oncológico Ltda.

2. ALCANCE

Aplica a los proveedores que ofrezcan productos o servicios críticos para el funcionamiento del Centro Oncológico Ltda.


3. RESPONSABLE

Directora Nacional Administrativa y Financiera
Director Nacional de Calidad
Directora Técnica Nacional del Servicio Farmacéutico
Coordinadores Administrativos y Financieros
Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento

4. DEFINICIONES

Productos o servicios críticos: Productos o servicios que son esenciales para la realización de los procesos misionales del Centro Oncológico, los productos y servicios estratégicos se consideran críticos; los productos y servicios multiplicadores que se consideren críticos se identificarán como tal en el listado de proveedores.

Tipo y grado de control a proveedores: Se tienen definidos dos tipos de control a proveedores: por evaluación - reevaluación y auditorías a proveedores. Por compras se realiza la evaluación – reevaluación numerales 5.3 y 5.4 de este documento; por el proceso de Gestión de Calidad se cuenta con el procedimiento Auditoría a Proveedores. El grado de control se define con la criticidad del producto o servicio, para evaluación y reevaluación está definido en los numerales 5.3 y 5.4 de este documento, las auditorías a proveedores, se definen en el procedimiento de Auditoría a Proveedores

	GUIA SELECCIÓN, EVALUACION Y REEVALUACION DE PROVEEDORES	Código: CP-G-0001
		Versión: 02
		Página 2 de 5
Aprobó: Directora Nacional Administrativa y Financiera		Fecha de Aprobación: 2012/11/19

5. CONTENIDO

5.1 Inscripción de proveedores

Los proveedores que desean ofrecer productos o servicios diligencian el formato inscripción de proveedores CO-FO-0014 y adjuntan la documentación exigida, la cual se hace llegar a los correos y direcciones definidas en el formato.

5.2 Selección de proveedores

A los proveedores que suministren productos o servicios considerados como críticos, se les aplicará el formato selección de proveedores en el cual se califican los siguientes criterios:

Tiempo en el mercado

Condición	Puntaje
Mayor de 10 años	10
Entre 5 y 10 años	5
Menor a 5 años	0

Promedio de tiempo de sus tres mejores clientes

Condición	Puntaje
Mayor de 5 años	10
Entre 3 y 5 años	5
Menor a 3 años	0

Forma de pago

Condición	Puntaje
Mayor o igual a 60 días	10
Entre 30 y 60 días	5
Contado	0


Si el proveedor es persona natural se tendrá en cuenta lo siguiente:

Tiempo en el mercado

Condición	Puntaje
Mayor de 5 años	10
Entre 3 y 5 años	5
Menor a 3 años	0

Promedio de tiempo de sus tres mejores clientes

Condición	Puntaje
Mayor de 4 años	10
Entre 2 y 4 años	5
Menor a 2 años	0

	GUIA SELECCIÓN, EVALUACION Y REEVALUACION DE PROVEEDORES	Código: CP-G-0001
		Versión: 02
		Página 3 de 5
Aprobó: Directora Nacional Administrativa y Financiera		Fecha de Aprobación: 2012/11/19

Forma de pago

Condición	Puntaje
Mayor o igual a 60 días	10
Entre 30 y 60 días	5
Contado	0

Con base en el resultado obtenido se seleccionan los proveedores que se encuentren en la condición de altamente confiable y confiable, de acuerdo con la siguiente tabla.

Condición	Puntaje
Altamente confiable	≥ 25
Confiable	≥ 15 y < 25
Poco confiable	< 15

Los proveedores que de acuerdo a la calificación están como altamente confiables se le dará prioridad al momento de realizar la compra, en caso de que no tengan disponibilidad del producto o servicio se procederá a negociar con el proveedor calificado como Confiable.

Los proveedores calificados como poco confiables no serán tenidos en cuenta para compra. El comité de compras puede en un determinado caso solicitar alguna mejora a un proveedor calificado como poco confiable para proceder a realizar negociaciones. Los que obtengan el resultado de poco confiable no serán tenidos en cuenta.

5.3 Evaluación de Proveedores


Consiste en determinar el nivel de satisfacción del Centro Oncológico con los proveedores que le han suministrado un producto o servicio.

La evaluación se realizará a los proveedores que el Centro Oncológico considere que suministren productos o servicios críticos, de acuerdo con el listado de proveedores.

Esta evaluación se realizará semestralmente.

Se utilizan los formatos CP-FO-0005 evaluación y reevaluación de proveedores productos críticos y CP-FO-0006 evaluación y reevaluación de proveedores Servicios críticos.

La calificación de la evaluación se realizará de la siguiente manera.

	GUIA SELECCIÓN, EVALUACION Y REEVALUACION DE PROVEEDORES	Código: CP-G-0001
		Versión: 02
		Página 4 de 5
Aprobó: Directora Nacional Administrativa y Financiera		Fecha de Aprobación: 2012/11/19

Proveedores que ofrecen productos

Puntaje: Siempre (10) Algunas veces (5) Casi nunca (0)			
criterio	Ponderación	Aspecto a evaluar	
Calidad	30%	Cumplimiento con las especificaciones requeridas	
condiciones de negociación	20%	Cumplimiento del precio acordado	
Entrega	30%	15%	Cumplimiento en las fechas de entrega
		15%	Cumplimiento de las cantidades
Postventa	20%	Atención oportuna a las solicitudes	

Proveedores que ofrecen servicios

puntaje Siempre (10) Algunas veces (5) Casi nunca (0)			
criterio	Ponderación	Aspecto a evaluar	
Calidad	45%	Cumplimiento con las especificaciones requeridas	
condiciones de negociación	20%	Cumplimiento del precio acordado	
Postventa	35%	Atención oportuna a las solicitudes	

Los proveedores de productos estratégicos serán evaluados por el químico farmacéutico con el apoyo del coordinador Administrativo y Financiero (Bogotá y Tunja) y en Bucaramanga por la Directora Técnica Nacional del Servicio farmacéutico.


Los proveedores de productos multiplicadores considerados críticos serán evaluados por el coordinador Administrativo y Financiero (Bogotá y Tunja) y por el Coordinador de Infraestructura y Mantenimiento Bucaramanga.

Los servicios estratégicos y los servicios multiplicadores considerados críticos serán evaluados por el responsable del proceso que se beneficie del servicio.

Con base en el resultado obtenido se define la condición del proveedor de acuerdo con la siguiente tabla.

Condición	Puntaje
Altamente confiable	≥ 8
Confiable	≥ 5 y < 8
Poco confiable	< 5

A los proveedores catalogados como poco confiables, se les solicitará acciones para que mejoren su condición antes de la siguiente compra.

 <p>CENTRO ONCOLÓGICO Comprometidos con la Vida</p>	GUIA SELECCIÓN, EVALUACION Y REEVALUACION DE PROVEEDORES	Código: CP-G-0001
		Versión: 02
		Página 5 de 5
Aprobó: Directora Nacional Administrativa y Financiera		Fecha de Aprobación: 2012/11/19

5.4 Reevaluación de proveedores

La reevaluación de los proveedores que suministren productos o servicios críticos se realizará cada año y se obtendrá el resultado del promedio de las evaluaciones realizadas anteriormente.

6. CONTROL DE CAMBIOS


VERSION	FECHA DE APROBACION	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	2012/09/05	Creación del documento
2	2012/11/19	Se modificó el nombre de la guía para que quedara acorde al orden de lo realizado. Se redefinieron los conceptos de selección, evaluación y reevaluación de proveedores.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Directora Nacional Administrativa y Financiera	Director Nacional de Calidad	Directora Nacional Administrativa y Financiera

ANEXO 23. Formato Descripción de Cargos (Ejemplo)

	DESCRIPCION DE CARGOS	CÓDIGO	TH-FO-0001
		VERSIÓN	02
		HOJA	1 de 2
Aprobó: Coordinadora Nacional de Talento Humano		Fecha de Aprobación: 2012/10/29	

1. IDENTIFICACIÓN DEL CARGO	
Nombre del cargo: COORDINADOR MÉDICO	Cargo del Jefe inmediato: Director Regional / Director Nacional Técnico Científico
Cargos que le reportan: Nutricionista Médico Especialista Médico General Jefe Departamento de Enfermería Terapeuta Ocupacional Psicólogo Profesional Atención al Cliente Auditor Medico	Proceso: Consulta Externa
2. PROPÓSITO GENERAL DEL CARGO:	
Coordinar la prestación efectiva y oportuna de los servicios médicos asistenciales en el interior del Centro Oncológico y en la red adscrita con racionalidad técnica y científica.	
Autoridad para:-	
<ul style="list-style-type: none"> - Autorizar Referencia y contrarreferencia de pacientes. - Aprobar documentación de los procesos de Consulta externa, Quimioterapia y Hospitalización. 	
3. DESCRIPCIÓN DE RESPONSABILIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar y cuantificar los requerimientos técnicos, administrativos, científicos, financieros y recurso humano para la prestación de servicio en cumplimiento del objeto de los contratos firmados con las diferentes administradoras de planes de beneficio. - Coordinar el sistema de referencia y contrarreferencia del Centro Oncológico Ltda. - Asesorar y apoyar técnicamente al Gerente General en la contratación de la red de servicio. - Asesorar al Gerente General con las administradoras de planes de beneficios. - Verificar el cumplimiento de la política de calidad, estándares de calidad, protocolos y modelos de atención del Centro Oncológico. - Ajustar la capacidad de oferta del servicio frente a las variables que presente la demanda del servicio. - Implementar los sistemas de garantía de calidad en pro de mejorar la efectividad y calidad del servicio. - Evaluar los indicadores de calidad en las diferentes áreas operativas del Centro Oncológico - Participar en los programas de capacitación diseñados por el Centro Oncológico. - Participar activamente en los comités de cada departamento. 	

	DESCRIPCION DE CARGOS	CÓDIGO	TH-FO-0001
		VERSIÓN	02
		HOJA	2 de 2
Aprobó: Coordinadora Nacional de Talento Humano		Fecha de Aprobación: 2012/10/29	

- Demás funciones suministradas por su jefe inmediato.

4. PERFIL DEL CARGO:

EDUCACION:
Medico

FORMACION:
Preferiblemente con formación en:

- Microsoft Office
- Conocimiento en seguridad social en salud
- Conocimiento en costos en salud
- Conocimiento en Sistemas de Calidad en salud

HABILIDADES:

- Orientación al Cliente
- Trabajo en equipo
- Comunicación Efectiva
- Liderazgo
- Planificación y seguimiento
- Organización
- Capacidad para toma de decisiones
- Confidencialidad

EXPERIENCIA:

- Preferentemente con experiencia en cargos similares de 3 años

5. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA DE REVISIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
2012-11-01	Se definió la autoridad del cargo.
2013-03-21	Se realizaron modificaciones en la formación y experiencia del cargo.

ANEXO 24. Registros de Capacitaciones Realizadas

- Sede Bogotá, Sistema Gestión de Calidad, Fecha: Julio 12 de 2012.

SERVICIO ADMINISTRATIVO		CONTROL DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES		Código: TH-FO-01
				Versión:
				Página 1 de 1
Dirigido por: <i>Leidy Arciniegas</i>		Juan Cárdenas		Fecha: <i>Julio 12/12</i>
Temas a tratar: <i>Sistema Gestión de Calidad ISO 9000-9001</i>				
No.	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	<i>PAOLA CHICALZA HERRERA</i>	<i>C.C. 02294184</i>	<i>Psicóloga</i>	<i>Paola Chicalza</i>
2	<i>Laura J Salgado B.</i>	<i>CC 252 272 490 B/a</i>	<i>Impresora Operacional</i>	<i>Laura Salgado</i>
3	<i>Jesson A. Borda Proa</i>	<i>CC 1049008436 B/a</i>	<i>Aux Call Center</i>	<i>Jesson Borda</i>
4	<i>Frika Daniela Silva Montaña</i>	<i>CC 1018437661 B/a</i>	<i>Aux Call Center</i>	<i>Frika Silva</i>
5	<i>Diana Carolina Caceres J.</i>	<i>CC 52 675 947 B/A</i>	<i>RECEPCIONISTA</i>	<i>Diana Caceres</i>
6	<i>Juan Sebastian Bustos B.</i>	<i>1015005217</i>	<i>Aux Call Center</i>	<i>Juan Bustos</i>
7	<i>Simon Ortega Camelo</i>	<i>1022352778</i>	<i>Aux Call Center</i>	<i>Simon Ortega</i>
8	<i>Paula Andrea Valencia Sosa</i>	<i>102296623 B/a</i>	<i>Aux Call Center</i>	<i>Paula Valencia</i>
9	<i>Fabio Luciano Acosta</i>	<i>36564197 S/a</i>	<i>Enfermera</i>	<i>Fabio Acosta</i>
10	<i>Jose Rodriguez Celis</i>	<i>1013612637 B/a</i>	<i>Enfermera Aux.</i>	<i>Jose Rodriguez</i>
11	<i>Marcela Cortés</i>	<i>5030306036</i>	<i>Aux Logística</i>	<i>Marcela Cortés</i>
12	<i>Luzmila Ceballos</i>	<i>52117 378 B/a</i>	<i>Aux Enfermería</i>	<i>Luzmila Ceballos</i>
13	<i>Luis Carlos Razo</i>	<i>38714325</i>	<i>Guafurero</i>	<i>Luis Carlos Razo</i>
14	<i>Manuel Rudez Maldonado</i>	<i>1041234719P</i>	<i>Aux de Archivo</i>	<i>Manuel Rudez</i>
15	<i>Sirena A. Conza G</i>	<i>1022324093</i>	<i>S. Generales</i>	<i>Sirena Conza</i>
16	<i>Diana C. Corcuera P</i>	<i>1052399063</i>	<i>Aux Asesorías</i>	<i>Diana Corcuera</i>
17	<i>Yareth Marcela Hernandez</i>	<i>102951117</i>	<i>Aux Archivo</i>	<i>Yareth Hernandez</i>
18	<i>Ylano Castillo</i>	<i>50905121</i>	<i>Aux Asesorías</i>	<i>Ylano Castillo</i>
19	<i>Edna Vargas</i>	<i>41654267</i>	<i>Aux. Enfermería</i>	<i>Edna Vargas</i>
20	<i>Deborah Lopez</i>	<i>57490720</i>	<i>Aux. Recepción</i>	<i>Deborah Lopez</i>
21	<i>Veronica Torres</i>	<i>65774197</i>	<i>Aux. Logística</i>	<i>Veronica Torres</i>
22	<i>Angie Riquelme Arias</i>	<i>102780158</i>	<i>Aux. Formación</i>	<i>Angie Riquelme</i>

- Sede Bogotá, Divulgación Proceso Auditoria Médica, Fecha: 2012-09-12.

SERVICIO ADMINISTRATIVO		CONTROL DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES		Código: TH-FO-0001
				Versión: 02
				Página 1 de 1
Aprobó: <i>Coordinador Nacional de Talento Humano</i>		Fecha de Aprobación: <i>2012-08-24</i>		

DIRIGIDO POR: *LEIDY ARCINIEGAS TILIAN* FECHA Y HORA CAPACITACIÓN: *12/09/2012 - 2:00-4:00*
 TEMAS A TRATAR: *Se divulga el proceso de Auditoria Médica y se revisó la documentación respectiva en la Sede de Bogotá*

No.	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	<i>Ylano Castillo</i>	<i>22734491</i>	<i>Auditor Medico</i>	<i>Ylano Castillo</i>
2	<i>Manuel Rudez Maldonado</i>	<i>51774588</i>	<i>Profesionalidad</i>	<i>Manuel Rudez</i>

- Sede Bogotá, Socialización y liberación del proceso de Quimioterapia, Fecha: 2012-09-14

		CONTROL DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES		Código: TH-FO-0001
				Versión: 02
				Página 1 de 1
Aprobó: Coordinador Nacional de Talento Humano		Fecha de Aprobación: 2012-08-24		
DIRIGIDO POR: Ina Juan Carlos Cardenas		FECHA Y HORA CAPACITACIÓN: Sep 14 2012		
TEMAS A TRATAR: socialización y liberación del Proceso de Quimioterapia				

No.	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Maria Ines Diaz Sandoz	52.355.811	Bta Enfermera Auxiliar	[Firma]
2	Nubia Marcela Cortes Cortes	1.030.566.836	Infermera Auxiliar	[Firma]
3	Maria Ines Acosta	36864199	Enfermera	[Firma]
4	Asterid Tzucro Novareco	22.734.491	Med. Asistente	[Firma]
5	Doris Cadena Posso	30714325	Enfermera	[Firma]
6	Kenneth Rocio Cubides	52158598	Aux. Enfermera	[Firma]
7	FRONSO TORREBRAY	72187014	Coord. medico	[Firma]
8	Martha Rocio Garzon A	51794988	Profesional calidad	[Firma]
9	Roberto Hernandez Rojas	91277354	Director del Calidad	[Firma]
10	Magdalu Carro Poso	71764201	Quimico Farmac	[Firma]
11				

- Sede Bogotá, Sistema Gestión de Calidad, Fecha: 2012-10-12

		CONTROL DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES		Código: TH-FO-0001
				Versión: 02
				Página 1 de 1
Aprobó: Coordinador Nacional de Talento Humano		Fecha de Aprobación: 2012-08-24		
DIRIGIDO POR: Juan Carlos Cardenas - Ledy Alvarez		FECHA Y HORA CAPACITACIÓN: Oct 12 2012		
TEMAS A TRATAR: sistema Gestión de Calidad				

No.	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Angel Enrique Bello Cerna	7.488.551	Atenciones al usuario	[Firma]
2	PAOLA CALCAIDA HERRERA	52.911.814	Psicóloga	[Firma]
3	Juan Carlos Cardenas	52.272.490	Boletín	[Firma]
4	Andrea Maria Jarama	52.970399	Atención al usuario	[Firma]
5	Silvia Patricia Ortega Camacho	1022352778	Asistente	[Firma]
6	Milena Castro Rojas	92195121	Aux. Facturación	[Firma]
7	Olivera Remolina Cortes	37399671	Asistente adm.	[Firma]
8	Nicolas Rueda Cortes	100163005	Aux. Enfermera	[Firma]
9	Marcela Cortes Cortes	1030566836	Aux. Enfermera	[Firma]
10	Maria Ines Diaz Sandoz	52.355.811	Enfermera Auxiliar	[Firma]
11	Doris Cadena Posso	30714325	Enfermera	[Firma]
12	Yolanda Vargas V.	41654267	Aux. Enfermera	[Firma]
13	Wilson Robledo Castro	80.020.021	Aux. Archivos	[Firma]
14	Frika Silvia Montero	1018437661	Aux. Archivos	[Firma]
15	Ledy Paola Diaz Jimenez	53118390	Lider Atención	[Firma]
16	Yessica A. Borda Pico	1019008436	Aux. Calidad	[Firma]
17	Marcelo Jerez	1021.492.918	Aux. calidad	[Firma]
18	Andrés Valencia	1022966630	Atención al usuario	[Firma]
19	Yareth Marcela Hernández	1024515.117	Aux. Facturación	[Firma]
20	Luz Patricia Jerez	52.490.227	Aux. Facturación	[Firma]
21	Manuel Rueda Maldonado	1042347498	Aux. Archivos	[Firma]
22	Martha Rocio Garzon	51794988	Profesional Calidad	[Firma]

- Sede Bogotá, Sistema Gestión de Calidad, Fecha: 2012-10-12

CONTROL DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES		Código: TH-FO-0001
		Versión: 02
		Página 1 de 1
Aprobó: Coordinador Nacional de Talento Humano		Fecha de Aprobación: 2012-08-24
DIRIGIDO POR: <u>Juan Carlos Cardenas y Leidy Arciniegas</u>	FECHA Y HORA CAPACITACIÓN: <u>Oct 12 / 2012</u>	
TEMAS A TRATAR: <u>Sistema Gestión Calidad</u>		

No.	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Angelica Hu Estupian P	52432416	Medico No Cree	<i>[Firma]</i>
2	Gloria Nancy Rios Y	25247098	Profesional Adm. Fin.	<i>[Firma]</i>
3	Angie Bejarano Arias	102070168	Aux. Educación	<i>[Firma]</i>
4	Yazoulla Casas	65774197	Aux. Fortificación	<i>[Firma]</i>
5	Mauricio Caro Forach	71764209	Qto Farmaceutico	<i>[Firma]</i>
6	Jimmy Bustos	52435989	Regente de Farmacia	<i>[Firma]</i>
7	Laura J. Basso G	1013621733	Reg de Farmacia	<i>[Firma]</i>
8	Maria Claudia Cepedez Silva	1098637001	ING. Ambiental.	<i>[Firma]</i>
9				

- Sede Bogotá, Sistema Gestión de Calidad, Fecha: 2014-02-04

CONTROL CAPACITACIONES Y/O ENTRENAMIENTO		CÓDIGO: TH-FO-0004
		VERSIÓN: 01
		PÁGINA: 1 de 2
Aprobó: Coordinador Nacional de Talento Humano		Fecha de aprobación: 2012-10-31

FECHA:	<u>04/02/2013</u>	HORA INICIO:	<u>4:40 pm.</u>	HORA FINALIZACIÓN:	<u>6:30 pm.</u>
LUGAR:	<u>sala @uniminterapia</u>	SEDE:	<u>Bogotá</u>	CIUDAD:	<u>Bogotá</u>
TEMA:	<u>Sistema de Gestión de calidad. SGC.</u>				
CAPACITADOR:	<u>Dr Roberto Hernandez</u>	FIRMA CAPACITADOR:	<i>[Firma]</i>		
OBJETIVO	<u>Juan Carlos Cardenas Leidy Arciniegas Revisar actividades del proceso</u>				

No.	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Mara Jacqueline Diaz Sanchez	52355811	Enfermera Auxo ber	<i>[Firma]</i>
2	Viviana Rivas Horatio	1010162005	Enfermera Aux	<i>[Firma]</i>
3	Jimena Vargas	41654267	Aux: Enfermería	<i>[Firma]</i>
4	Kenneth Cubides Camilo	52158590	Aux Enfermería	<i>[Firma]</i>
5	Doris Cadenia Rosero	30714325	Enfermera	<i>[Firma]</i>
6	Laura Luján Acosta	36564197	Enfermera	<i>[Firma]</i>
7	Martha Rodó Carzon D	517174988	Profesional calidad	<i>[Firma]</i>
8	Asiel y. Suarez Navarro	22756491	Medico solus	<i>[Firma]</i>
9	Angelica Hu Estupian P	52432416	Medico No Cree	<i>[Firma]</i>
10	toz A. Rodriguez Celis	1013612637	Enfermera Aux	<i>[Firma]</i>
11	Esperanza Pulgar Geron	51958227	Química Farmaceutica	<i>[Firma]</i>
12				

- Sede Bogotá, SGC y procedimientos Acciones Correctivas y Preventivas, Fecha: 2013-02-06.

CONTROL CAPACITACIONES Y/O ENTRENAMIENTO		CÓDIGO: TH-FO-0004
		VERSIÓN: 01
		PÁGINA: 1 de 2
Aprobó: Coordinador Nacional de Talento Humano		Fecha de aprobación: 2012-10-31

FECHA:	Feb 6 / 13	HORA INICIO:	5:00 pm.	HORA FINALIZACIÓN:	
LUGAR:	Auditorio	SEDE:	Bogotá	CIUDAD:	Bogotá
TEMA:	+ SGC. + Procedimiento Acciones correctivas y preventivas				
CAPACITADOR:	Juan Carlos Cárdenas - Leidy Acunegas	FIRMA CAPACITADOR:	[Firma]		
OBJETIVO:	Actualización del sistema de Gestión de Calidad. y ubicación documental. Dar a conocer el procedimiento de acciones correctivas y preventivas.				

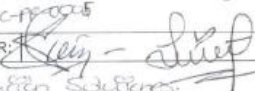
No	NOMBRE	IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
1	Yelina Herrera Montes	374150	Lider de C.E	[Firma]
2	Johana Castilla Doran	49787755	Patronista	[Firma]
3	Samir Barón Aristant	77187067	DR. regional	[Firma]
4	Johana Carolina Caayaga	1022324.093	S. Generales	[Firma]
5	Milena Castro Torres	52795.121	Aux Factura	[Firma]
6	Yineth Marcela Hernandez Hernandez	1024515.117	Aux AutORIZACIONES	[Firma]
7	Laura Karith Salgado Barrera	521212.490	Temperato Operacional	[Firma]
8	PAOLA CHICAIZA HERRERA	52911.814	POICÓLOGA	[Firma]
9	Andrés Osorio Ladino	529902899	Notisionista/g	[Firma]
10	Alberth Rodríguez Olay	103612.637	Enfermera Aux	[Firma]
11	Jacinto Daza Sanchez	52355.811	Enfermera Auxiliar	[Firma]
12	Vicente Ricardo Herbes	1010163005	Aux GERMOMA	[Firma]
13	Patricia Saizman Nury	39048717	Aux enfermeria	[Firma]
14	Hernando Vallbueno	79510344	Enfermera	[Firma]





CONTROL CAPACITACIONES Y/O ENTRENAMIENTO		CÓDIGO: TH-FO-0004
		VERSION: 01
		PÁGINA: 2 de 2
Aprobó: Coordinador Nacional de Talento Humano		Fecha de aprobación: 2012-10-31

16	Luz Lenny Lopez Bion	51490770	Aux Factur	[Firma]
17	Asterid El Nuevo H	22734.402	Medico general	[Firma]
18	Laura I. Bossa G.	1013629.733	AUX. Farmacia	[Firma]
19	Jemine Burtos	52435989	REG FARMACIA	[Firma]
20	Esperanza Palomeo Gortan	51958.207	Quimico Farmaceutico	[Firma]
21	Nancy Herandiz Escobedo	52930.246	Facturadora	[Firma]
22	Yameth Rocio Abides Cantillo	52158598	Aux enfermera	[Firma]
23	Doris Gabriela Pardo	35714321	Enfermera	[Firma]
24	Yolma Vargas	41654.267	Aux. Enfermeria	[Firma]
25	Angelina H. Estupinan P.	52435416	Medico Nocecol	[Firma]
26	Carla Fajalberto Torres	102206670	Aux. GERMOMA	[Firma]
27	Marcela Suarez	1024.492918	Aux Call Center	[Firma]
28	Leidy Porcila Duarte Jimenez	53118340	Lider de Atmnel	[Firma]
29	Maria Lujana Acosta	36564197	Lider Operacional	[Firma]
30	Reginaldo Enrique Gualdamez	71488554	Aux. de facturas	[Firma]
31	Draizer Ortega Camelo	1022352778	Aux Call Center	[Firma]
32	Falka Patricia Silva Montiel	101843661	Aux Archivo	[Firma]
33	Wilson Holgado Astillo	80770.021	Aux Archivo	[Firma]
34	ERNESTO TORRESGROSA HERRERA	72187684	Cooper Medico	[Firma]
35	Martha Rocio Saizman A	51974988	Profesional Calidad	[Firma]
36	Clara Nancy Rios Lopez	25247098	Profesional Administrativo	[Firma]
	Ofelia Romolina Collantes	39399.671	Coord. adm.	[Firma]


- Sede Bogotá, Divulgación Formato SF-FO-0005 Identificación de Soluciones, Fecha: 2013-02-06.

 CONTROL CAPACITACIONES Y/O ENTRENAMIENTO	CÓDIGO: TH-FO-0004
	VERSIÓN: 01
	PÁGINA: 1 de 2
Aprobó: Coordinador Nacional de Talento Humano	
Fecha de aprobación: 2012-10-31	

FECHA:	06/02/2013	HORA INICIO:	08:00 am	HORA FINALIZACIÓN:	10:00 am
LUGAR:	Centro Médico Dakti	SEDE:	Bogotá	CIUDAD:	Bogotá
TEMA:	Divulgación formato SF-FO-0005 Identificación Soluciones y su aplicación. Procedimiento acción correctiva y preventiva.				
CAPACITADOR:	Juan Carlos Cárdenas Vega, Leidy Arciniegas	FIRMA CAPACITADOR:			
OBJETIVO:	Dar a conocer el formato SF-FO-0005 Identificación Soluciones y su aplicación. Dar a conocer procedimiento acción correctiva y preventiva.				



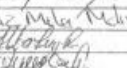

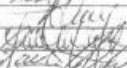
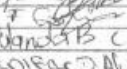
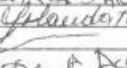







No	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Yineth Marcela Hernández	102455.117	Aux Autorizaciones	
2	Marisol Duarte Acevedo	1090705.440	Aux Autorizaciones	Marisol Duarte A.
3	José Maximiliano López	52400920	As. Técnico	
4	Nicolson Rivas	1010162005	Aux Enfermeras	Nicolson Rivas
5	Jimena Vargas	41654267	ANF: Examen	Jimena J.
6	Esperanza Peláez García	51958207	Química Farmacéutica	Esperanza Peláez
7	Martha Garzon	51334988	Propaganda	
8	ERNESTO TARREROS	72107684	Coord Médico	

- Sede Bucaramanga, Socialización Organigrama, Fecha: 2012-07-19.


 CONTROL DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	GESTIÓN TALENTO HUMANO		Código: TH-FO-0001
	Revisó: DIRECCIÓN NACIONAL DE CALIDAD		Versión:
	Aprobó: DIRECCIÓN NACIONAL ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		Página: 1 de 1
FECHA APROBACIÓN: 02/11/2011			

DIRIGIDO POR: Juan Cárdenas - Leidy Arciniegas FECHA Y HORA CAPACITACIÓN: 19 Julio 5:00 pm
 TEMAS A TRATAR: Socialización Organigrama

ASISTENCIAL

No.	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Rocio Patricia Ruera	63523900	Prof. Tabista Hm	
2	Dora Margarita Mora	63349246	Noticionista	
3	ANDRÉS VÁSQUEZ MORA	190739430	COORD EJ MANI	
4	EDITH PEREIRA F	63324493	COORD ML TALEN	
5	LAURE DÍAZ	13926831	Aux. AFPID	
6	Jorge Jopier	5135453	Dir. Producción	
7	JULIA MOLINA	337226714	COORD ASISTENCIAL	
8	Alba Luz Ramírez Argueta	63491355	Psicóloga	
9	Gloria Escobar Pedrosa	63508782	Aux. FRACTURACION	
10	Hanna Juliana Alvarado	28152658	Aux. CARGAM	
11	Alexandre Arellano T.	63349246	Asesor	
12	Blanca María Pedraza	28203303	Aux. facturación	
13	Belenis María Cárdenas	57739698	Aux. Atención al Cliente	
14	Edith Patricia Delgado	37100161	Aux. Capacitación	
15	OSCAR JAVIER QUINTERO C.	104580765	TICS	
16	Fabry H. Soto	91119911	Aux. Capacitación	
17	Volanda Bustamante Cordero	63507670	Aux. Autorizaciones	Volanda B C
18	Mónica D. Álvarez	63558143	Aux. Autorizaciones	Mónica D. Álvarez
19	Volanda Torres	41750203	Directora Técnica SF	Volanda Torres
20	Martha Cecilia Garza	37547503	Analista Contable	
21	ROSA A ACEVEDO	63335716	Atención al Cliente	Rosa A Acevedo
22	Doris Arzooz Jaramila	632462132	T-O	

- Sede Bucaramanga, Instalación acceso directo a la documentación del SGC, Fecha: 3-4 de Octubre de 2012. Capacitación Acciones Correctivas Preventivas y producto No conforme, Fecha: 28 de Noviembre de 2012.

	CONTROL DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Código: TH-FO-0001
		Versión: 02
		Página 1 de 1
Aprobó: Coordinador Nacional de Talento Humano		Fecha de Aprobación: 2012-08-24

DIRIGIDO POR: Juan Carlos Cárdenas Vega FECHA Y HORA CAPACITACIÓN: Octubre 3-4/2012

TEMAS A TRATAR: Se instala en cada equipo el acceso directo interno y acceso directo WEB a la documentación del Sistema de Gestión de Calidad, se explica como acceder, y se establece el nuevo papel tapiz para cada equipo y protector de pantalla con direccionamiento estratégico de la organización. Se recomienda a los funcionarios su lectura y aprendizaje. Se establece como obligatorio el uso de los nuevos formatos actualizados.


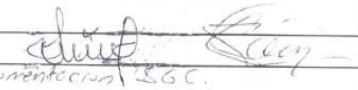
No.	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Jorge Jair Tapias Cortes	51135453	Prof. Producción	[Firma]
2	Alena Buenano	13747408	TC. mezclas	[Firma]
3	PAULA MARCELA PEROY SANCHEZ	52182586	Prof. CALIDAD	[Firma]
4	Balduino Mario A.	37939893	As. Serv. Cliente	[Firma]
5	OSCAR JAVIER QUINTERO CAMARGO	1095810763	ARCHIVO	[Firma]

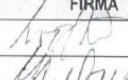
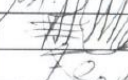

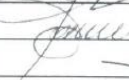

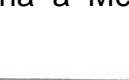
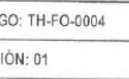
	CONTROL CAPACITACIONES Y/O ENTRENAMIENTO	CÓDIGO: TH-FO-0004
		VERSIÓN: 01
		PÁGINA: 1 de 2
Aprobó: Coordinador Nacional de Talento Humano		Fecha de aprobación: 2012-10-31

FECHA:	28 Noviembre 2012	HORA INICIO:	5:00 PM	HORA FINALIZACIÓN:	6:30 PM
LUGAR:	Cuartel de Antioquia	SEDE:	Hospitalaria	CIUDAD:	Bucaramanga
TEMA:	Acciones correctivas, preventivas y Producto NO conforme.				
CAPACITADOR:	ledy Arredondo y Juan Carlos Cárdenas	FIRMA CAPACITADOR:	[Firmas]		
OBJETIVO	Actualizar herramientas para fortalecer a los procesos en la generación de acciones correctivas, acciones preventivas y acciones de mejora que permitan incrementar el mejoramiento continuo al sistema de la empresa.				


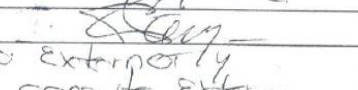
No	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Angela Mª Acosta	1129577167	Médico Rural	[Firma]
2	YANILYANRE ROSA MORA	1102354760	COORDINADORA	[Firma]
3	EDITH ROSA FERRER	63324493	COORDINADORA	[Firma]
4	Yolanda Torres	41750203	Dirección de Neg. S.F	[Firma]
5	Yolanda Aracely Torres	63346622	COORDINADORA	[Firma]
6	Johanna Bossa	379147020	ENFERMERA	[Firma]
7	Elio H. Soria	3792667	Coord. Ry. At. y Fed.	[Firma]
8	Jane Mila Milna	3117499	Asa. Inform.	[Firma]
9	Rene Linares	63523900	Prof. INGENIERIA	[Firma]
10				

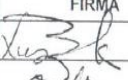
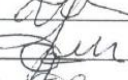
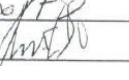


- Sede Bucaramanga, Generalidades SGC y Consentimiento Informado, Fecha: 2012-12-12.

		CONTROL CAPACITACIONES Y/O ENTRENAMIENTO		CÓDIGO: TH-FO-0004	
				VERSIÓN: 01	
				PÁGINA: 1 de 2	
Aprobó: Coordinador Nacional de Talento Humano			Fecha de aprobación: 2012-10-31		
FECHA:	12-12-12	HORA INICIO:	4:00	HORA FINALIZACIÓN:	5pm
LUGAR:	Sede Ambulatorio	SEDE:	Sede Ambulatorio	CIUDAD:	Bucaramanga
TEMA:	Generalidades SGC Consentimiento Informado				
CAPACITADOR:	Loidi Armiesto Millán → Juan Carlos Cordero	FIRMA CAPACITADOR:			
OBJETIVO	- Delimitación de competencias informadas - Importancia de diligenciar los documentos correctamente - Capacitar en puntos clave - Documentación SGC.				


No	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Francisco Comacho	9131514	Médico	
2	Carlos A. Mosquera	15350245	Wido	
3	Alexy María Villalago	73143772	HEMATÓLOGO	
4	Fabio Molino	72200138	Hematólogo	
5	Luz Elena Acevedo	634421441	Exp. Labor	
6	JULIO ANTONIO CORDERO	73569718	CGL	
7	Óscar Fernando Palma C	91072803	Exp. Ambulatorio	
8				

- Sede Bucaramanga, Socialización Proceso Consulta Externa a Médicos especialistas, Fecha: 2013-02-01.

		CONTROL CAPACITACIONES Y/O ENTRENAMIENTO		CÓDIGO: TH-FO-0004	
				VERSIÓN: 01	
				PÁGINA: 1 de 2	
Aprobó: Coordinador Nacional de Talento Humano			Fecha de aprobación: 2012-10-31		
FECHA:	1/02/13	HORA INICIO:	10:00AM	HORA FINALIZACIÓN:	11:00AM
LUGAR:	Ambulatorio	SEDE:	Bucaramanga	CIUDAD:	Bucaramanga
TEMA:	socialización proceso consulta externa y SGC				
CAPACITADOR:	Juan Carlos Cordero	FIRMA CAPACITADOR:			
OBJETIVO	socializar el proceso de consulta externa y modificación del procedimiento consulta externa y sistema de gestión de calidad.				


No	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Luz Elena Acevedo	634421441	Exp. Labor	
2	JULIO ANTONIO CORDERO	73569718	CGL	
3	Óscar Fernando Palma C	91072803	Exp. Ambulatorio	
4	Fabio Molino	72200138	Oncólogo Pediatra	
5	Francisco Bernabé Comacho Uvite	9131514	Médico	

- Sede Bucaramanga, capacitación SGC y preparación de auditoria, Fecha: 11-15 de Febrero de 2013.

	CONTROL CAPACITACIONES Y/O ENTRENAMIENTO	CÓDIGO: TH-FO-0004
		VERSIÓN: 01
		PÁGINA: 1 de 2
Aprobó: Coordinador Nacional de Talento Humano		Fecha de aprobación: 2012-10-31


FECHA:	Semana 11-15 febrero/13	HORA INICIO:	08:00	HORA FINALIZACIÓN:	18:00
LUGAR:	Hospital Páccari	SEDE:	Ambulatoria Hospitalaria	CIUDAD:	Bucaramanga
TEMA:	Capacitación puesto a puesto sobre SGC, preparación de auditoria y manejo de documentos de				
CAPACITADOR:	Juan Carlos Cárdenas - Jedy Arciniegas	FIRMA CAPACITADOR:	<i>[Firma]</i>		
OBJETIVO	Capacitar a todo el personal sobre el SGC y el manejo y ubicación de los documentos				

No	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Belarmino Karín Lagomán	37439893	Aux. Inv y Aut	<i>[Firma]</i>
2	Elvia Gómez Tolosa	63503732	Aux. FAR y aut	<i>[Firma]</i>
3	Judy Johanna Fajardo Fernandez	37840860	Aux. Consulta Ext.	<i>[Firma]</i>
4	Rocio Litania Elena	63523900	Prof. T. H	<i>[Firma]</i>
5	ANUA FARIUZ YASSIN MORA	140235420	COORD IYM	<i>[Firma]</i>
6	Martha Bertrando Arus	37549503	AU Contable	<i>[Firma]</i>
7	Rosio Fojos F.	63324498	COE del Fidec	<i>[Firma]</i>
8	Sandra p. López A	63501940	Aux. Aut y Fact.	<i>[Firma]</i>
9	Ademir Mora Rodriguez	73203303	Aux. Fact y aut	<i>[Firma]</i>
10	Alba Luz Ramirez Priuello	63491355	Psicologa.	<i>[Firma]</i>
11	Daris Dizzell Jeneleño	63462132	T.O	<i>[Firma]</i>
12	Olivia Margarita Mora	63349246	Notición	<i>[Firma]</i>
13	Juan F. Duran	13741751	Enfermera	<i>[Firma]</i>
14	Johanna Bossa Quintero	37947020	Enfermera	<i>[Firma]</i>
15	Adriano Ardila Torres	63346622	Coordinador	<i>[Firma]</i>

	CONTROL CAPACITACIONES Y/O ENTRENAMIENTO	CÓDIGO: TH-FO-0004
		VERSIÓN: 01
		PÁGINA: 2 de 2
Aprobó: Coordinador Nacional de Talento Humano		Fecha de aprobación: 2012-10-31


16	Eligio Baron Aislant	0072210272	Director Nacional TIA	<i>[Firma]</i>
17	Adriano Ardila Torres	63346622	Coordinación	<i>[Firma]</i>
18	Martha Cecilia Bertrando A.	37549503	AU Contable	<i>[Firma]</i>
19	Rosa A Acevedo Gomez	63333716	Recepcion	<i>[Firma]</i>
20	Elvia Gomez Tolosa	63503732	Aux. Aut y FACT	<i>[Firma]</i>
21	Daris Dizzell Jeneleño	63462132	T.O	<i>[Firma]</i>
22	Alba M. Medina Mejia	3772624	Coord Reg Aut y fact	<i>[Firma]</i>
23	Yolanda Torres	41750203	Directora Técnica Val s E	<i>[Firma]</i>
24	Jenny E. Arismendi	30210310	Representante	<i>[Firma]</i>
25	OSMAR DUNDE CASASAL	13926831	Aux. CONSULTA	<i>[Firma]</i>
26	Laura Marcela Peada Sanmiguel	521865186	Asm. cargo Químico	<i>[Firma]</i>
27	Juan Carlos De la Cruz Ruiz	8784682	Químico farmacéutico	<i>[Firma]</i>
28	Fabian Forzi A	71179490	Aux. Inv y aut	<i>[Firma]</i>
29	Johanna Bossa Quintero	37947020	Enfermera	<i>[Firma]</i>
30	Juan Fernando Jussara Duran	13741751	Enfermera	<i>[Firma]</i>
31	Judy Johanna Fajardo	37840860	Aux. Consulta Ext.	<i>[Firma]</i>
32	Henry Buenano Pimiento	13747488	Aux central merces	<i>[Firma]</i>

- Sede Bucaramanga, Preparación al personal para auditoria ICONTEC, Fecha: 2013-02-15.


		CONTROL CAPACITACIONES Y/O ENTRENAMIENTO		CÓDIGO: TH-FO-0004	
				VERSIÓN: 01	
				PÁGINA: 1 de 2	
Aprobó: Coordinador Nacional de Talento Humano				Fecha de aprobación: 2012-10-31	
FECHA:	15 de febrero de 2013	HORA INICIO:	15:00	HORA FINALIZACIÓN:	19:00
LUGAR:	Sede Ambulancia	SEDE:	Bucaramanga	CIUDAD:	Bucaramanga
TEMA:	Auditoria Icontec, manejo y ubicación de documentación, recomendaciones				
CAPACITADOR:	Roberto Hernandez - Jedy Ariniaga - Juan C. Cardenas		FIRMA CAPACITADOR: <i>[Firma]</i>		
OBJETIVO	- Preparar al personal para la auditoria del Icontec - Evaluar y formar al personal con respecto al SGC y al proceso del cual tiene parte				

No	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	ZALCA FANRUS YASSIN MORA	1102354760	COORD I y M	<i>[Firma]</i>
2	Rocio Patricia Riera	63523700	Doc F Talento H	<i>[Firma]</i>
3	Ademir Mora Rodriguez	93203303	Aux. Fact y Aut	<i>[Firma]</i>
4	Belarmino Forin Caamano	37434892	Aux. Fact y Aut	<i>[Firma]</i>
5	Oscar Javier Quintero Camargo	1095810763	Aux. Fact y Aut	<i>[Firma]</i>
6	Amparo Campo Cantillo	1005503389	Aux. Superiores	<i>[Firma]</i>
7	Afonso D Alvarez M	63558143	Aux Bucaramanga	<i>[Firma]</i>
8	Reinald E Sanabria A.	32725627	D. Real Asist y Tm	<i>[Firma]</i>
9	NATALIA BLANCO	63528182	A. ENFERMERIA	<i>[Firma]</i>
10	Oliva Margarita Mora Moreno	63349246	Nutricionista	<i>[Firma]</i>
11	Maria Charla Corredor Silva	1098684601	A. AMBULATORIAL	<i>[Firma]</i>
12	Alba Luz Ramirez Arquele	63491355	Psicólogo	<i>[Firma]</i>


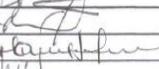


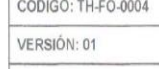
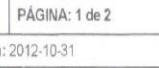
- Sede Tunja, Divulgación organigrama y documentos Gestión de Calidad, Fecha: 2012-04-13.


		CONTROL DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES		Código: TH-FO-0001	
				Versión: 02	
				Página 1 de 1	
Aprobó: Coordinador Nacional de Talento Humano				Fecha de Aprobación: 2012-08-24	
DIRIGIDO POR:		<i>Juan Carlos Cardenas Velazquez</i>		FECHA Y HORA CAPACITACIÓN:	
TEMAS A TRATAR:		<i>Divulgación documentos proceso de compras</i> <i>Divulgación organigrama Versión 2</i> <i>Divulgación documentos Gestión de Calidad.</i>		<i>(Sede Tunja)</i> <i>2012-04-13</i>	
No.	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA	
1	Alicia Teresa Paribecari	52952803	Coord. Regional Atm y Tm	<i>[Firma]</i>	
2	Wilson López R	78305280	coordinador (Medio)	<i>[Firma]</i>	
3					

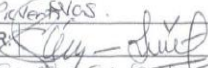
- Sede Tunja, acceso a la documentación del SGC por Dropbox, Fecha: 2012-01-08.









	CONTROL DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES	Código: TH-FO-0001
		Versión: 02
		Página 1 de 1
Aprobó: Coordinador Nacional de Talento Humano		Fecha de Aprobación: 2012-08-24

DIRIGIDO POR: Juan Carlos Cárdenas - Leidy Aráñez FECHA Y HORA CAPACITACIÓN: 08/10/2012 14:00-18:00 Sede Tunja
 TEMAS A TRATAR: - se instaló en cada computador acceso a SGC x dropbox, presentación con direccionamiento estratégico nuevo, acceso web a la documentación, se revisa características del proceso (cumplimiento consulta externa Autorización y facturación) y se unifica con la sede adicionalmente se eliminan formatos redundantes y se establece el uso de los formatos establecidos para todas las sedes.

No.	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	ERIKA JULIETH UMANA B	46 385 376	Medico	
2	Zoraida Barreto Ruiz	40.026.492	Enfermera	
3	Wilson Lopez A	79309280	Medico especialista	
4	Mary Luz Fuy	40.048.851	Aux. facturación y autoriz.	
5	Marina Espino	40.038.333	A. Usuario	
6	Elsa Quintero	23284737	Aux Autorización	
7				


	CONTROL CAPACITACIONES Y/O ENTRENAMIENTO	CÓDIGO: TH-FO-0004
		VERSIÓN: 01
		PÁGINA: 1 de 2
Aprobó: Coordinador Nacional de Talento Humano		Fecha de aprobación: 2012-10-31

FECHA:	<u>5 y 7 de febrero 2013</u>	HORA INICIO:	<u>08:00</u>	HORA FINALIZACIÓN:	<u>18:00</u>
LUGAR:	<u>Sede Tunja</u>	SEDE:	<u>Perija</u>	CIUDAD:	<u>Tunja.</u>
TEMA:	<u>-Ornación formato sf-to-coos Identificación Subsesión - Dar conocer Proceso Proceso Acciones correctivas y Preventivas.</u>				
CAPACITADOR:	<u>Juan Carlos Cárdenas - Leidy Aráñez</u>	FIRMA CAPACITADOR:			
OBJETIVO:	<u>Para conocer el formato sf-to-coos Identificación Subsesión y su aplicación, Socialización del proceso Acciones correctivas y Preventivas</u>				

No	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	FIRMA
1	Marina Espino	40.038.333	Atención Usuario	
2	Año Elsa Quintero	23284737	Aux Autorización	
3	Mary Luz fuy Quintero	40.048.851	Aux. facturación	
4	Doner Mauricio Beltrán Macías	1073232899	Químico Farmacéutico	
5	Erika Julieth Umana Barrios	46 385 376	Medico Especialista	
6	Zoraida Barreto Ruiz	40.026.492	Enfermera	
7	Wilson Lopez Aguilera	79309280	especialista	
8	M Teresa Pardo Becerra	52452803	Directora Regional Gestión Ad y Finanzas	

ANEXO 25. Actas de Reuniones

- Sede Bogotá, Divulgación y liberación del Proceso de Quimioterapia, Fecha: 2012-09-13.

	FORMATO ACTA	Código: GC-FO-0008
		Versión: 1
		Página 1 de 2
Aprobó: Director Nacional Calidad		Fecha de Actualización: 2012/07/04

ACTA No:	001
-----------------	-----


MOTIVO DE REUNION	Divulgación y liberación del proceso Quimioterapia
FECHA	2012-09-13
LUGAR	Quimioterapia Bogotá
HORA DE INICIO	2:15 p.m.
HORA DE TERMINACION	4:45 p.m.

PARTICIPANTES	
NOMBRE	CARGO
Ernesto Torregrosa Hernández	Coordinador Médico
Maria de la Luz Laguna Acosta	Jefe departamento enfermería
Maria Jackeline Díaz Sanchez	Auxiliar de Enfermería
Nubia Marcela Cortes Cortes	Auxiliar de enfermería
Doris Cadena Rosero	Enfermera jefe
Yanneth Rocio Cubides	Auxiliar de enfermería
Roberto Hernandez Macias	Director Nacional de Calidad
Marta Rocio Garzón Anzola	Profesional de Calidad
Astrid Turizo Navarro	Auditor Médico
Mauricio Caro	Químico Farmacéutico
Juan Carlos Cárdenas Vega	Auxiliar de Calidad

ORDEN DE LA REUNION
Revisar y Divulgar proceso de Quimioterapia por parte del Auxiliar de Calidad JUAN CARLOS CÁRDENAS VEGA

DESARROLLO DE REUNION

Se revisa el proceso de quimioterapia, caracterización y los formatos que se diligencian.
 Se define que al momento de la programación de la quimioterapia se entregan los aspectos importantes sobre quimioterapia.
 Formato de programador de citas se tienen preimpresos 1.000 se seguirán utilizando hasta que se agoten las existencias.
 Se elimina la planilla de asistencia.
 El formato de signos vitales lo siguen usando como elemento para tomar datos y pasarlo a las notas

	FORMATO ACTA	Código: GC-FO-0008
		Versión: 1
		Página 2 de 2
Aprobó: Director Nacional Calidad		Fecha de Actualización: 2012/07/04

de enfermería.

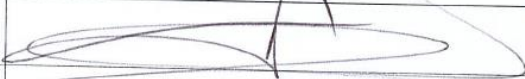


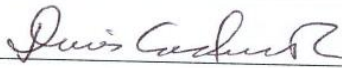
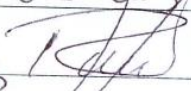
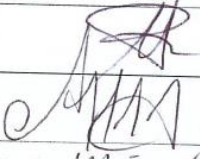
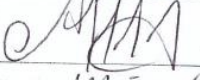
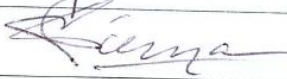
Formato de revisión de carro de paro, queda pendiente definir los colores de naranja o rojo para medicamentos próximos a vencer en que tiempo.

Se da por divulgado el proceso de quimioterapia con los formatos que se requieren utilizar, la forma de diligenciamiento en consenso con los involucrados en la sede.


Se dan recomendaciones sobre el diligenciamiento de los registros y el manejo de la documentación.

Se definieron los siguientes indicadores para el proceso: Oportunidad en la aplicación de la quimioterapia y porcentaje de eventos adversos (exigido por la Supersalud). Queda pendiente revisar con el Director Nacional Técnico Científico que otro indicador a nivel clínico es importante revisar.

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA
Definir semaforización de revisión de carro de paro	Director Nacional de Calidad	2012/09/21
Definir indicadores de tipo clínico a seguir	Director Nacional de Calidad	2012/09/28

PARTICIPANTES	FIRMA
Ernesto Torregrosa Hernández	
Maria de la Luz Laguna Acosta	
Maria Jackeline Diaz Sanchez	
Nubia Marcela Cortes Cortes	Marcela Cortes
Doris Cadena Rosero	
Yanneth Rocio Cubides	Yanneth Cubides 52158008
Roberto Hernández Macías	
Marta Rocio Garzón Anzola	
Astrid Turizo Navarro	
Mauricio Caro	Mauricio Caro
Juan Carlos Cárdenas Vega	

- Sede Bogotá, Revisión documentación proceso Servicio Farmacéutico, Fecha: 9 y 10 de Octubre de 2012.

	FORMATO ACTA	Código: GC-FO-0008
		Versión: 1
		Página 1 de 2
Aprobó: Director Nacional Calidad		Fecha de Actualización: 2012/07/04


ACTA No:	002
----------	-----

MOTIVO DE REUNION	Revisión de la documentación del proceso de servicio Farmacéutico sede Bogotá
FECHA	9 y 10 de octubre de 2012
LUGAR	Farmacia Bogotá
HORA DE INICIO	11:00 a.m. 9 de octubre, 9:00 a.m. 10 de octubre
HORA DE TERMINACION	5:00 p.m. 9 de octubre, 9:20 a.m. 10 de octubre

PARTICIPANTES	
NOMBRE	CARGO
Mauricio Caro	Químico Farmacéutico
Jeimmy Bustos	Regente de Farmacia
Leidy Arciniegas	Auxiliar de Calidad

ORDEN DE LA REUNION
Verificar que se esté llevando la documentación del proceso de servicio Farmacéutico en el área de farmacia sede Bogotá acordada y entregada el día 12 de Septiembre de 2012 al Dr. Mauricio Caro por la Auxiliar de Calidad Leidy Arciniegas Millán.

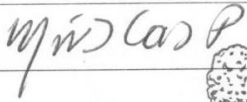

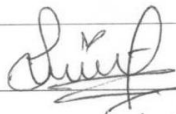

DESARROLLO DE REUNION
<p>Se revisan todos los formatos encontrando irregularidades en los siguientes formatos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formato de unidosis SF-FO-0006, no se están identificando los medicamentos a la hora de entregarlos al paciente, solo lo realizan en caso de pacientes hospitalizados, la razón expuesta de no llevar a cabo la actividad es por la falta de personal. - No se están identificando las soluciones entregadas a Quimioterapia y consulta externa. Formato SF-FO-0005. - Formato acta de destrucción de medicamentos vencidos SF-FO-0009, SF-FO-0014 evaluación de medicamentos para el proceso de destrucción, no se realiza esta actividad y se encuentran medicamentos vencidos del mes de junio, agosto y septiembre. Además se observó que sí se identifican los medicamentos con sticker color rojo, pero en la caja donde se encuentran ubicados no está identificado con el nombre de Medicamentos vencidos. - El formato SF-FO-0010 acta de inspección y recepción de medicamentos no se diligencia por el volumen de medicamentos que llegan a farmacia. No hacen muestreo a los medicamentos que se reciben. - Las cajas que son entregadas a quimioterapia con los respectivos medicamentos y que son identificadas con el formato SF-FO-0013 dispensación de medicamentos por usuarios, se

	FORMATO ACTA	Código: GC-FO-0008
		Versión: 1
		Página 2 de 2
Aprobó: Director Nacional Calidad		Fecha de Actualización: 2012/07/04

encontraron con el formato anterior. En el momento que se detecto el incumplimiento del manejo del nuevo formato se tomo la medida correctiva, es decir se imprimió el formato y se identificaron las cajas.

- El formato costo total usuario farmacia SF-FO-0020, no lo utilizan por que no es necesario. Facturación lleva el manejo y control de lo relacionado con este tema.
- El formato SF-FO-0021 inventario medicamentos de Farmacia, se está llevando pero en el formato anterior.

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA
Incluir la hora de lectura en los Formatos SF-FO-0011, 0012, 0074, que se están utilizando.	Mauricio Caro – Jeimmy Bustos	2012-10-12
Capacitar al personal de las áreas asistenciales en los programas de Tecnovigilancia y Farmacovigilancia	Mauricio Caro	2012-10-24
Implementar el manejo de atención farmacéutica	Mauricio Caro	2012-10-26
Utilizar los demás formatos que no se están llevando a cabo y que le aplican al área de farmacia	Mauricio Caro	2012-10-11
Revisar formatos pendientes y aclararlos con la Dra. Yolanda	Leidy Arciniegas Millán	2012-10-19
Enviar listado maestro de documentos internos a Dr. Mauricio Caro, para identificar más fácilmente los formatos que le aplican solo a farmacia.	Leidy Arciniegas Millán	2012-10-15
Realizar la limpieza de las neveras fijas de medicamentos cada 15 días y dejar el respectivo registro	Mauricio Caro – Jeimmy Bustos	2012-10-24

PARTICIPANTES	FIRMA
Dr. Mauricio Caro	 Mauricio Caro Químico Farmacéutico U. de A. C.C. 71 764 200
Jeimmy Bustos	 Jeimmy Bustos C.C. 52.435.889 Regente Farmacia
Leidy Arciniegas Millán	
Roberto Hernández Macías. Copia del acta	

- Sede Bucaramanga, entrega documentación al proceso servicio farmacéutico, Fecha: 2012-10-19.

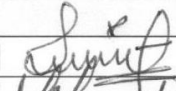
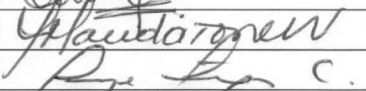
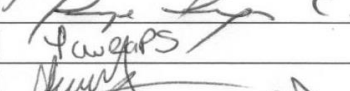
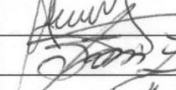
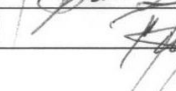


	FORMATO ACTA	Código: GC-FO-0008
		Versión: 1
		Página 1 de 1
Aprobó: Director Nacional Calidad		Fecha de Actualización: 2012/07/04

ACTA No:	004
-----------------	-----

MOTIVO DE REUNION	Entrega de Documentación al proceso del Servicio Farmacéutico
FECHA	2012-10-19
LUGAR	Servicio Farmacéutico sede Bucaramanga
HORA DE INICIO	3:00 p.m.
HORA DE TERMINACION	3:30 p.m.

PARTICIPANTES	
NOMBRE	CARGO
Leidy Arciniegas Millán	Auxiliar de Calidad
Yolanda Torres	Directora Técnica Nacional del Servicio Farmacéutico
Jorge Tapias	Profesional de producción
Laura Prada	Profesional de Control de Calidad
Henry Buenhaño	Auxiliar de la central de mezclas
Sonya Arismendy	Regente de farmacia
Roberto Hernández Macías	Director Nacional de Calidad

ORDEN DE LA REUNION
Entrega de la documentación del proceso de servicio farmacéutico al personal que labora en el servicio farmacéutico por el auxiliar de calidad Leidy Arciniegas Millán. Se dejan carpetas con copias originales de toda la documentación con copia controlada, y en los computadores del personal con acceso a la documentación de los procesos del centro Oncológico Ltda.

PARTICIPANTES	FIRMA
Leidy Arciniegas Millán	
Yolanda Torres	
Jorge Tapias	
Laura Prada	
Henry Buenhaño	
Sonya Arismendy	
Roberto Hernández Macías	

- Sede Bucaramanga, Retroalimentación proceso autorizaciones y facturación, Fecha: 2013-04-23.

	FORMATO ACTA	Código: GC-FO-0008
		Versión: 01
		Página 1 de 3
Aprobó: Director Nacional Calidad		Fecha de Actualización: 2012/07/04

ACTA No:	0001
MOTIVO DE REUNION	Retroalimentación a los procesos de autorizaciones y facturación
FECHA	2013-04-23
LUGAR	Sede Administrativa Centro Oncológico Ltda.
HORA DE INICIO	04:30 pm
HORA DE TERMINACION	05:30 pm

PARTICIPANTES	
NOMBRE	CARGO
Luz Mila Molina Mejía	Coord. Regional de Autorizaciones y Facturación
Belarmina Marín Caamaño	Aux de autorizaciones y Facturación
Sandra López	Aux de autorizaciones y Facturación
Ademir Mora	Aux de autorizaciones y Facturación
Elvia Gómez Tolosa	Aux de autorizaciones y Facturación
Juan Carlos Cárdenas	Ingeniero de Calidad


ORDEN DE LA REUNION
<ul style="list-style-type: none"> • Revisar con cada uno de los integrantes del área el cumplimiento de los procesos establecidos. • Dar a conocer las falencias que se están evidenciando. • Definir compromisos.

DESARROLLO DE REUNION

1. La coordinación regional de autorizaciones y facturación solicializa al grupo del nuevo modelo de atención para los servicios de la Eps Solsalud y el sistema que será establecido por la entidad para el cargue de los servicios, dicho sistema fue presentado por la Eps el día 09 de abril de 2013 a las 07:30 am de la sede nacional a la cual asistió por parte del Centro Oncológico con sede en Bucaramanga el señor **Ademir Mora Rodríguez** y la Señora **Luz Mila Molina Mejía**.

Estamos en espera que sean entregadas las contraseñas e instructivo por para de la Entidad Aseguradora.

2. La coordinación regional de autorizaciones y facturación expone algunas de las falencias que se están presentando en los procesos de autorizaciones, facturación, hospitalización.

	FORMATO ACTA	Código: GC-FO-0008
		Versión: 01
		Página 2 de 3
Aprobó: Director Nacional Calidad		Fecha de Actualización: 2012/07/04

- El cargue doble de servicios al sistema de información
- Códigos de diagnósticos errados
- Usuarios con diferentes diagnósticos
- Datos de usuario mal diligenciados en la creación del mismo o al momento de registrar solicitudes en el sistema.
- Formatos de hospitalización incompletos, no cumplen con lo establecido en el proceso de esta área.
- La facturación de consultas no facturables para las EPS (Comfenalco, Solsalud y Coosalud) están generando glosa y por lo tanto un reproceso.
- El auxiliar de autorizaciones el Señor Ademir Mora manifiesta que algunas de las causales de la generación de fallas es por el volumen de usuarios que se acercan a solicitar nuestros servicios.
- También manifiesta que la demora en la facturación de las consultas realizadas en la sede se debe a la falta de entrega del soporte de la historia clínica por parte de consulta externa.
- La auxiliar de autorizaciones la señora Sandra López manifiesta que cuando el especialista ordena un tratamiento intrahospitalario esta solicitud sale con un código que no corresponde, al hacerle la corrección a mano la Eps no lo acepta y autoriza el solicitado por el medico causando que el usuario al llegar a radicar dicho servicio tenga que ser devuelto a la entidad para que generen el código que si corresponda.
- También solicita que en lo posible cuando llegue un usuario después de las 6 pm o los fines de semana, el personal de enfermería nos colabore con el diligenciamiento de algunos de los datos Básicos registrados en el formato de admisión de hospitalización, con el fin de evitar que este quede en blanco en caso que el usuario que haya ingresado sea remitido a otra institución o fallezca.
- Solicita que el área de consulta externa reporte a admisiones los usuarios que van a consulta con el Dr. Francisco Camacho.
- Se revisa nuevamente el modelo de atención de la EPS SOLSALUD, el cual rige desde el 01 abril de 2013.
- Buscando optimización del tiempo se estableció a partir del día 22 abril 2013, los especialistas generaran 3 impresiones de la historia clínica de consulta externa las cuales se distribuirán de la siguiente manera, una copia original para el usuario, segunda para soporte de autorizaciones y tercera para la carpeta del usuario que reposa en el archivo de la institución.
- La facturación de la consulta externa a partir del día 22 abril de 2013 ya no estará bajo la responsabilidad del autorizador de línea de frente sino del área de facturación.

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA
Solicitar a la coordinación medica apoyo con el depto de enfermería hospitalización en el diligenciamiento de los datos básicos del registro de admisiones y con el área de consulta externa reportar a admisiones de la unidad hospitalaria el usuario que vaya a	Coord regional de autorizaciones y facturación sede Bucaramanga	24/04/2013



FORMATO ACTA

Código: GC-FO-0008

Versión: 01

Página 3 de 3


Aprobó: Director Nacional Calidad

Fecha de Actualización: 2012/07/04


consulta con el Dr. Francisco Camacho.		
Solicitar a la coordinación medica apoyo con los especialistas para el registro correcto de la estancia cuando se trate de manejos intrahospitalarios códigos S11302 u S11301	Coord regional de autorizaciones y facturación sede Bucaramanga	24/04/2013
Los integrantes del área manifiestan que realizaran revisión minuciosa de los procesos al registro de los datos, con el fin de evitar reprocesos de las actividades.	Sandra López, Ademir Mora, Elvia Gómez y Belarmina Marín	
Entrega de listado de medicamentos para manejo del dolor en la modalidad de paquete de la Eps Solsalud, para ser revisado con la Dra. Yolanda Torres	Ademir mora	
Se brindara apoyo al punto de autorizaciones de consulta externa cuando este congestionado.	Integrantes del área	
Se hará entrega de fichos para autorizaciones con el fin de prestar un servicio más organizado.	Coord regional de autorizaciones y facturación sede Bucaramanga	24/04/2013
Se entregara a enfermería hospitalización el formato de admisiones para que este sea diligenciado con los datos básicos.	Sandra López	24/04/2013
Cada día a primera hora el autorizador hará entrega de paquete consulta externa del día inmediatamente anterior al área de facturación debidamente soportado para generar la factura correspondiente.	Ademir Mora	24/04/2013

PARTICIPANTES	FIRMA
Luz Mila Molina Mejía	
Belarmina Marín Caamaño	
Sandra López	
Ademir Mora	
Elvia Gómez Tolosa	
Juan Carlos Cárdenas	

ANEXO 26. Formato Solicitud de documentos (Ejemplo).

		SOLICITUD DE DOCUMENTOS						Código: GC-FO-0014	
								Versión: 02	
								Página 1 de 1	
Aprobo: Director Nacional de Calidad						Fecha de Aprobación: 2012/08/18			
PROCESO:			Consulta Externa						
No.	Nombre del documento	Código	Tipo de Solicitud				Justificación	Solicitado por	
			Copia controlada	Creación	Modificación	Anulación		Nombre	Cargo
1	Oportunidad asignación Citas	CE-FO-0005		X			se crea con la finalidad de tener control en la asignación de citas en cuanto a asistencia, inasistencia, inatención.	Adriana Ardila Torres	Coordinador Medico
2	Control de Medicamentos	CE-FO-0006		X			Se crea con la finalidad de dejar mas claro a los pacientes como se deben tomar los medicamentos.	Luz Elena Caceres	Médico Especialista
3	Consentimiento informado para tratamiento oncológico.	CE-FO-0009		X			Se crea a raíz de la aplicación de Tratamientos no cancer.	Adriana Ardila Torres	Coordinador Medico

ANEXO 27. Procedimiento Control de Producto No Conforme

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Empresarialidad con la Vida</i>	PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME	Código: GC-PR-0003
		Versión: 03
		Página 1 de 3
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012/11/06

1. OBJETIVO

Asegurar que los productos no conformes presentados se identifiquen y controlen para prevenir su uso o entrega no intencional, así como establecer las responsabilidades y autoridades relacionadas con su tratamiento.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica a los productos o servicios no conformes detectados en la prestación de los servicios.

3. RESPONSABLE

Responsables de Procesos


4. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

Producto NO CONFORME: Corresponde a un producto que no cumple con los requisitos.

Verificación: Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que ha cumplido los requisitos especificados.

CONSIDERACIONES

Los eventos adversos presentados en los servicios de consulta externa, hospitalización y quimioterapia se catalogan como productos no conformes, pero se les da tratamiento con el formato QM-FO-0013 formato de notificación de eventos adversos. Dichos eventos adversos están identificados en el "listado de eventos adversos" del proceso de quimioterapia.

	PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME	Código: GC-PR-0003
		Versión: 03
		Página 2 de 3
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012/11/06

La siguiente tabla identifica los productos no conformes, su tratamiento y responsables del mismo.

Servicio / Producto no conforme	Acción	Responsable de liberación y de tomar acciones
Medicamento vencido al momento de la aplicación.	Retirar y eliminar o inactivar	Químico farmacéutico / Regente de Farmacia
Mezcla vencida	Retirar y eliminar o inactivar	Químico farmacéutico
Cancelación de cirugía por motivos internos	Ofrecer disculpas y reprogramar	Jefe Dpto. Enfermería
Mala asignación de la cita (por horario o profesional)	Ofrecer disculpas al usuario, asignarle una nueva cita, de preferencia en el mismo día	Auxiliar de consulta externa Recepcionista
Cancelación de la cita por motivos internos.	Ofrecer disculpas al usuario, asignarle una nueva cita, de preferencia en el mismo día o para la fecha y hora que él determine y haya disponibilidad de especialistas.	Auxiliar de consulta externa Recepcionista

5. PROCEDIMIENTO

No.	Actividad	Responsable	Documento y / o registro
1	Identificar el producto no conforme. Si el producto no conforme es repetitivo puede ser necesario aplicar una acción correctiva.	Responsable del proceso y/o Cargo asignado	N.A.
2	Registrar el producto no conforme e informar al responsable del proceso.	Responsable del proceso y/o Cargo asignado	Formato Producto no conforme GC-FO-0010
3	Definir tratamiento, de acuerdo al producto no conforme identificado, se define el tratamiento a seguir, se asigna responsable y fecha de dicho tratamiento.	Responsable del proceso	Formato Producto no conforme GC-FO-0010
4	Ejecuta acciones para eliminación del producto o servicio no conforme.	Cargo asignado	N.A.
5	Verifica el resultado obtenido de las actividades.	Responsable del proceso	N.A.



PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME

Código: GC-PR-0003

Versión: 03

Página 3 de 3

Aprobó: Director Nacional de Calidad


Fecha de Aprobación: 2012/11/06

6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA DE APROBACION	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	02/11/2011	CREACION DEL DOCUMENTO
2	2012/08/21	<ul style="list-style-type: none"> - Se redefine el alcance solo para el servicio farmacéutico. - Se definen las opciones de tratamiento para el producto no conforme.
3	2012/11/06	<ul style="list-style-type: none"> - Se incluye el tema de eventos adversos. - Se identifican los posibles productos / servicios no conformes. - Se deja sólo al responsable del proceso como responsable de definir el tratamiento al producto no conforme.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Director Nacional de Calidad	Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad

ANEXO 28. Procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas

	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS	Código: GC-PR-0005
		Versión: 03
		Página 1 de 6
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2013/02/08

1. OBJETIVO

Identificar, analizar y eliminar las causas de los problemas potenciales/reales con el fin de tomar las acciones preventivas/correctivas apropiadas para prevenir su ocurrencia.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica para todas aquellas acciones preventivas/correctivas que se generen en los Procesos del Sistema de Gestión de Calidad del Centro oncológico Ltda.

3. RESPONSABLE

Director Nacional de Calidad

4. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

Acción Preventiva: Acción emprendida para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación indeseable y evitar que suceda una no conformidad.

Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

No conformidad: El no cumplimiento de un requisito especificado y debe dar tratamiento.

CONSIDERACIONES

Las acciones de Mejora que se generen por iniciativa del personal interno o externo y las observaciones de las auditorías internas de calidad que apunten a la optimización del proceso, se registran en el formato Acciones de mejora.

5. PROCEDIMIENTO

No.	Actividad	Responsable	Documento y / o registro
1	Identifica la no conformidad potencial/real con base en las siguientes fuentes de información: - Hallazgos de Auditorías Internas de Calidad. - Revisión por la Dirección. - Peticiones, quejas, reclamos de los beneficiarios. - Análisis de indicadores. - Evaluación de Satisfacción del beneficiario.	Equipo Auditor, Responsable del Proceso y/o el personal involucrado.	Fuente de información



**PROCEDIMIENTO DE ACCIONES
CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS**

Código: GC-PR-0005

Versión: 03

Página 2 de 6

Aprobó: Director Nacional de Calidad

Fecha de Aprobación: 2013/02/08

	<ul style="list-style-type: none"> - Productos No Conformes. - Otras fuentes de información. 		
2	Una vez identificada la no conformidad potencial/real se describe en el formato Acciones Correctivas/preventivas	Responsable del Proceso	Acciones Correctivas/Preventivas GC-FO-0001
3	Determinar las causas que originan la no conformidad potencial/real, para lo cual realiza el "Análisis de Causas".	Responsable del Proceso y/o el personal involucrado	Acciones Correctivas/Preventivas GC-FO-0001
4	<p>Establecer y comunicar el Plan de Acción teniendo en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actividades necesarias para prevenir/evitar nuevamente la ocurrencia de la no conformidad potencial/real. - Responsable de la ejecución. - Fecha límite de cada actividad. 	Responsable del Proceso	Acciones Correctivas/Preventivas GC-FO-0001
5	Implementar el Plan de Acción.	Responsable del Proceso	Acciones Correctivas/Preventivas GC-FO-0001
6	Verificar el cumplimiento del Plan de Acción.	Responsable del Proceso	Acciones Correctivas/Preventivas GC-FO-0001
7	<p>Verificar si las acciones tomadas son eficaces. Si se detecta que las acciones realizadas no son eficaces, volver al numeral 3.</p> <p>Nota: Si las acciones correctivas fueron resultado de auditoría interna de calidad, el responsable de verificar la eficacia es el Auditor Interno.</p>	Responsable del Proceso, Auditor Interno	Acciones Correctivas/Preventivas GC-FO-0001
8	<p>Verificar la eficacia del plan de acción.</p> <p>Nota: Si las acciones correctivas fueron resultado de auditoría interna de calidad, el responsable de cerrarla es el Responsable del proceso Gestión de Calidad.</p>	Director Nacional de Calidad, Profesional de Calidad	Acciones Correctivas/Preventivas GC-FO-0001



PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

Código: GC-PR-0005

Versión: 03

Página 3 de 6

Aprobó: Director Nacional de Calidad

Fecha de Aprobación: 2013/02/08


9	Reportar trimestralmente el estado de las Acciones Preventivas/Correctivas al proceso de Gestión de Calidad.	Responsable del Proceso	N.A.
10	Realizar Acciones de Mejora. Cuando por iniciativa del personal interno o externo o por las observaciones generadas por las auditorías internas de calidad, se requieran plantear acciones de mejora que apunten a la optimización de los procesos, se registran en el formato acciones de mejora.	Responsables del Proceso	Acciones de Mejora GC-FO-0008

Generalidades o Consideraciones (DEFINIR)

- Ejemplo de cómo se debe redactar las No conformidades en el Formato Acciones Correctivas y preventivas GC-FO-0001.

COMPONENTE DE LA NO CONFORMIDAD



	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS	Código: GC-PR-0005
		Versión: 03
		Página 4 de 6
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2013/02/08


- Ejemplo de cómo se debe realizar el **Análisis de Causas** de la No conformidad en el Formato Acciones correctiva y Preventiva GC-FO-0001.

Cuadro 2. Diligenciar por el Responsable del Proceso en compañía de los involucrados de la acción correctiva o Preventiva.					
ANÁLISIS DE CAUSAS					
VARIABLE	Aplica		1. ¿Por qué?	2. ¿Por qué?	3. ¿Por qué?
	Si	No			
1. Talento Humano: Aspectos relacionados con el personal tales como: desconocimiento, descuido, olvido.	X		Desconocimiento por parte del personal de que el equipo no se debe usar conectado (batería)		
2. Materiales/Insumos/Equipos Aspectos relacionados con el funcionamiento, desempeño o estado.		X			
3. Medición o Seguimiento: Aspectos relacionados con los controles establecidos en el proceso.		X			
4. Metodología: Aspectos relacionados con el contenido, divulgación y comprensión de la documentación del proceso.	X		<p>1. No se realizó una evaluación de la eficacia de la capacitación en cuanto al uso del desfibrilador. (batería)</p> <p>2. En Tunja no se realizó capacitación.</p> <p>3. No se cuenta con el manual de uso del equipo en español.</p>	<p>1. No se tiene definida la metodología para la realización de la eficacia de la capacitación. (batería).</p> <p>2. En Tunja no hay proveedor que realice el mantenimiento y pudiera capacitar.</p>	
5. Infraestructura Aspectos relacionados con las condiciones físicas de la organización.		X			
6. Factores Externos: Causas generadas por agentes externos a la organización tales como: Eventos de la naturaleza, políticas del gobierno, actos de orden público, normatividad legal.		X			

El método de los porque's busca analizar las posibles causas del problema, a través de preguntarse varias veces: "por qué". Se considera que al no encontrar una nueva respuesta después de varias veces, es lo que permite identificar la verdadera causa raíz del problema.

Cómo se utiliza?

1. Se enuncia el problema en forma clara y objetiva.
2. Una vez que las causas probables han sido identificadas, iniciar el proceso preguntándose "¿por qué?" de cada causa
3. Continuar preguntando hasta encontrar la causa raíz del problema.

	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS	Código: GC-PR-0005
		Versión: 03
		Página 5 de 6
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2013/02/08


- Como redactar las acciones Preventivas
 - Las acciones preventivas están encaminadas a evitar que suceda un incumplimiento, por lo tanto se describirá como si existiera un riesgo de...lo importante es que quede claro lo que se podría incumplir
- **Plan de acción** está encaminado en atacar la causa raíz:
 - La primera actividad del plan de acción debe ser la corrección, es decir lo que se hace inmediatamente es detectada la No conformidad.
 - Se debe describir las actividades que se realizaran.
 - Establecer fechas límites
 - Asignar responsable del cumplimiento de cada una de las actividades del plan.
 - En caso de que las actividades descritas en el plan no estén dando el resultado esperado, se deben replantear.
 - El plan se debe cumplir respetando las fechas.
 - Para saber si la acción fue eficaz, se debe revisar si se eliminó la causa raíz, de lo contrario la acción no fue eficaz, se debe replantear nuevamente un plan de acción.

6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA DE APROBACION	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	2009/02/24	CREACION DEL DOCUMENTO
2	2012/08/01	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizó revisión del procedimiento. • Se cambio el nombre líder de proceso por responsable del proceso. • Se eliminó la actividad de Consolidar y presentar informe del Estado de las acciones a la alta Dirección, ya que forman parte de las entradas de la revisión por la dirección.
3	2013/02/08	<ul style="list-style-type: none"> • Se incluyó explicación para redactar no conformidades. • Se describió ejemplo para realizar el análisis de causas y como realizarlo. •

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Director Nacional de Calidad	Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad


ANEXO 29. Acción Correctiva Cerrada No 006 (Ejemplo)

	ACCIONES CORRECTIVAS/ PREVENTIVAS		Código: GC-FO-0001
			Versión: 03
			Página 1 de 2
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación 2012-11-09	

Cuadro 1. Diligenciar por el Responsable del Proceso la no conformidad. Marque con una (X) el tipo de acción.						
No.	AC-BUC-AIC-006		AC: ACCION CORRECTIVA	X	AP: ACCIÓN PREVENTIVA	
FECHA	AA	MM	DD	PROCESO:	QUIMIOTERAPIA	
	2012	12	05			
REGISTRADA POR:			Coordinadora Médica			
ORIGEN DE LA NO CONFORMIDAD REAL / POTENCIAL (Se marca con una x el origen de la no conformidad)						
Indicadores de calidad		Queja, Reclamo percepción del cliente			Producto No Conforme	Revisión Interna
Revisión por la dirección		Auditoría Externa			Auditorías Internas de Calidad	X Auditoría Médica
DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD REAL/ POTENCIAL						
No se evidencia la metodología unificada y sistemática para el control de inventario de medicamentos de control especial del carro de paro; se encontró de acuerdo al protocolo implementado, cantidades definidas para el stock de adrenalina 10 ampollas y en físico se hallaron 21 ampollas, se preguntó por la periodicidad de control del carro de paro y se menciona que cada 15 días, sin embargo no se encontró las revisiones de acuerdo a esta periodicidad. Incumpliendo la Guía de gestión de carro de paro HO-G-0001 y el stock establecido HO-FO-0014.						
Se da tratamiento a la no conformidad No 9 de informe de la primera auditoría interna de calidad.						

Cuadro 2. Diligenciar por el Responsable del Proceso en compañía de los involucrados de la acción correctiva o Preventiva.						
ANÁLISIS DE CAUSAS						
VARIABLE	Aplica		1. ¿Por qué?	2. ¿Por qué?	3. ¿Por qué?	
	Si	No				
1. Talento Humano: Aspectos relacionados con el personal tales como: desconocimiento, descuido, olvido.	X		Descuido del personal de enfermería en la aplicación de la guía, y descuido en el control del Stock.			
2. Materiales/Insumos/Equipos Aspectos relacionados con el funcionamiento, desempeño o estado.		X				
3. Medición o Seguimiento: Aspectos relacionados con los controles establecidos en el proceso.		X				
4. Metodología: Aspectos relacionados con el contenido, divulgación y comprensión de la documentación del proceso.	X		No se sacaron del stock los medicamentos sobrantes.	Se realizó la revisión del stock la semana anterior a la auditoría.		
5. Infraestructura Aspectos relacionados con las condiciones físicas de la organización.		X				
6. Factores Externos: Causas generadas por agentes externos a la organización tales como: Eventos de la naturaleza, políticas del gobierno, actos de orden público, normatividad legal.		X				

El resultado de este análisis le permitirá establecer un Plan de Acción (Cuadro 3), que se constituye en una herramienta para el mejoramiento continuo en su Proceso.

	ACCIONES CORRECTIVAS/ PREVENTIVAS	Código: GC-FO-0001
		Versión: 03
		Página 2 de 2
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación 2012-11-09


Cuadro 3. Diligenciar el Plan de acción respectivo de acuerdo con el análisis de causas (cuadro 2). La casilla verificación es diligenciada por el Responsable del proceso.

PLAN DE ACCIÓN							
Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA LÍMITE	VERIFICACIÓN		FECHA VERIFICACIÓN	EVIDENCIA
				Cumplió	No Cumplió		
1.	Revisar y ajustar las cantidades de acuerdo al stock de carro de paro aprobado y realizar control	Jefe departamento enfermería	2012/12/06	X		2012/12/06	Registro del control de carro de paro con la periodicidad de acuerdo a la guía, se devolvieron los medicamentos sobrantes, solicitud de medicamentos faltantes con visto bueno de farmacia.
2.	Revisar y socializar la guía de gestión de carro de paro y formatos de control y stock de carro de paro.	Jefe departamento enfermería	2012/12/28	X		2012/12/28	Registro de capacitación realizada archivado en quimioterapia.


Cuadro 4. Para las acciones planteadas que no fueron cumplidas, diligenciar las razones por las cuales no se llevaron a cabo. Se describe el número de la actividad seguida de la justificación respectiva.

JUSTIFICACIÓN
N.A.

Cuadro 5. Lo Diligencia el Responsable del proceso ó el responsable del proceso de Gestión de Calidad cuando las acciones correctivas sean resultantes de auditorías internas de calidad.

¿El Plan de Acción fue Eficaz?				FECHA CIERRE	DD	MM	AA	Firma: (quien realiza la verificación)	
SI	X	NO							
OBSERVACIONES									
Las actividades del plan de acción fueron comprobadas y se evidencia el control periódico del carro de paro según la guía establecida. Se han realizado verificaciones periódicas que permiten evidenciar el control de los carros de paro en las tres sedes.									


ANEXO 30. Acción Preventiva No 002 (Ejemplo)

	ACCIONES CORRECTIVAS/ PREVENTIVAS		Código: GC-FO-0001
			Versión: 03
			Página 1 de 2
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación 2012-11-09	

Cuadro 1. Diligenciar por el Responsable del Proceso la no conformidad. Marque con una (X) el tipo de acción.								
No.	AP-BUC-RIN-002			AC: ACCION CORRECTIVA		AP: ACCIÓN PREVENTIVA	X	
FECHA	AA	MM	DD	PROCESO:	AUTORIZACIONES Y FACTURACION			
	2012	12	18					
REGISTRADA POR:		Coordinadora regional de autorizaciones y facturación						
ORIGEN DE LA NO CONFORMIDAD REAL / POTENCIAL (Se marca con una x el origen de la no conformidad)								
Indicadores de calidad		Queja, Reclamo o percepción del cliente			Producto No Conforme		Revisión Interna	X
Revisión por la dirección		Auditoría Externa			Auditorías Internas de Calidad		Auditoría Médica	
DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD REAL/ POTENCIAL								
Se puede presentar el riesgo de la no facturación de los servicios prestados en la unidad hospitalaria.								

Cuadro 2. Diligenciar por el Responsable del Proceso en compañía de los involucrados de la acción correctiva o Preventiva.					
ANÁLISIS DE CAUSAS					
VARIABLE	Aplica		1. ¿Por qué?	2. ¿Por qué?	3. ¿Por qué?
	Si	No			
1. Talento Humano: Aspectos relacionados con el personal tales como: desconocimiento, descuido, olvido.	X		No se adjuntan todos los soportes de los estudios y procedimientos realizados	Descuido del personal de enfermería a la hora de enviar la documentación.	
2. Materiales/Insumos/Equipos Aspectos relacionados con el funcionamiento, desempeño o estado.		X			
3. Medición o Seguimiento: Aspectos relacionados con los controles establecidos en el proceso.		X			
4. Metodología: Aspectos relacionados con el contenido, divulgación y comprensión de la documentación del proceso.	X		No está definida una metodología para verificar los soportes que deben enviar a facturación.		
5. Infraestructura Aspectos relacionados con las condiciones físicas de la organización.		X			
6. Factores Externos: Causas generadas por agentes externos a la organización tales como: Eventos de la naturaleza, políticas del gobierno, actos de orden público, normatividad legal.		X			

El resultado de este análisis le permitirá establecer un Plan de Acción (Cuadro 3), que se constituye en una herramienta para el mejoramiento continuo en su Proceso.

	ACCIONES CORRECTIVAS/ PREVENTIVAS	Código: GC-FO-0001
		Versión: 03
		Página 2 de 2
Aprobó: Director Nacional de Calidad	Fecha de Aprobación 2012-11-09	

Cuadro 3. Diligenciar el Plan de acción respectivo de acuerdo con el análisis de causas (cuadro 2). La casilla verificación es diligenciada por el Responsable del proceso.

PLAN DE ACCIÓN							
Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA LÍMITE	VERIFICACION		FECHA VERIFICACIÓN	EVIDENCIA
				Cumplió	No Cumplió		
1.	Definir formato de lista de verificación de la documentación a enviar a facturación	Coordinadora regional de autorizaciones y facturación	2012/12/20	X		2012/12/20	Creado el formato AU-FO-0005 y se evidencia su utilización en el envío de documentos.
2.	Realizar capacitación con el fin de dar a conocer la importancia de enviar los documentos completos, utilización del formato creado y los costos asociados al no envío correcto de soportes.	Coordinadora regional de autorizaciones y facturación	2013/05/01				Se realizó la socialización en enero 11 de 2013, en espera de evaluar su eficacia.
3.							
4.							
5.							
6.							


Cuadro 4. Para las acciones planteadas que no fueron cumplidas, diligenciar las razones por las cuales no se llevaron a cabo. Se describe el número de la actividad seguida de la justificación respectiva.

JUSTIFICACIÓN

Cuadro 5. Lo Diligencia el Responsable del proceso ó el responsable del proceso de Gestión de Calidad cuando las acciones correctivas sean resultantes de auditorías internas de calidad.

¿El Plan de Acción fue Eficaz?	FECHA CIERRE	DD	MM	AA	Firma: (quien realiza la verificación)
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
OBSERVACIONES					

ANEXO 31. Formato Inscripción de Proveedores

	FORMATO INSRIPCION PROVEEDORES	Código: CO-FO-0014
		Versión: 03
		Página 1 de 2
Aprobó: Directora Nacional Administrativa y Financiera		Fecha de Aprobación: 2013/01/10

1. Información General

Nombre de la Empresa					
Natural	Jurídica	NIT	C.C.	Número	
Nombre Representante Legal					C.C.
Ciudad	Dirección				
Barrio	Teléfono	FAX			
Página Web	Mail:				

2. Información de contacto

Cargo	Nombre	
Celular	Teléfono	Mail

3. Información Bancaria

Entidad donde tiene la cuenta	Tipo de cuenta	Corriente	Ahorros
Número de cuenta	Titular de la cuenta		
C.C. o NIT del titular	Mail titular		

4. Forma de pago

Contado	30 días	45 días	60 días	Otro, cual?
---------	---------	---------	---------	-------------

5. Respaldo y experiencia


Fecha en la que inicio labores la empresa			
Información de sus tres principales clientes			
Empresa	contacto	Teléfono	Años como proveedor

6. Servicios o productos ofrecidos

Describa en forma resumida los servicios o productos que ofrece	

7. Documentos Generales a adjuntar o a enviar por correo electrónico

Documentos Generales	Empresa	Persona
1. Fotocopia del RUT	X	X
2. Original o copia del Certificado de Cámara de Comercio o existencia y representación legal no mayor a 30 días	X	
3. Fotocopia cedula representante legal	X	X
4. Certificado expedido por el banco donde conste el número, tipo de cuenta y el titular de la misma para realizar los pagos respectivos. No mayor a 30 días.	X	X
5. Dos referencias comerciales con fecha no mayor a 90 días	X	

	FORMATO INSRIPCION PROVEEDORES	Código: CO-FO-0014
		Versión: 03
		Página 2 de 2
Aprobó: Directora Nacional Administrativa y Financiera		Fecha de Aprobación: 2013/01/10

8. Documentos adicionales de acuerdo a los siguientes servicios o productos

Si provee algunas de las siguientes líneas de producto o servicio, debe adjuntar los documentos relacionados y los **Certificados de Calidad si los tienen.**

Producto o Servicio	Documentación requerida
1. Medicamentos	Certificado Buenas prácticas de manufactura y permiso secretaria de salud (para laboratorio farmacéutico). Certificado de capacidad de almacenamiento, si lo tiene y permiso secretaria de salud (para distribuidor mayorista u operador logístico).
2. Dispositivos médico-quirúrgico	Certificado de capacidad de almacenamiento, si lo tiene y permiso secretaria de salud.
3. Servicio de Alimentación	Concepto Sanitario Favorable emitido por la Secretaría de Salud y Medio Ambiente
4. Fumigaciones	Concepto técnico Favorable de la Secretaría de Salud y Medio Ambiente. Hoja de seguridad de los productos utilizados.
5. Traslado asistencial de Pacientes	Certificación de cumplimiento de requisitos de habilitación e inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud
6. Recolección y tratamiento final de residuos no peligrosos	Concepto Técnico Favorable de la Secretaría de Salud y Ambiente, Licencia Ambiental, Aprobación del Plan integral de residuos sólidos por parte de la autoridad ambiental respectiva
7. Recolección y tratamiento final de residuos hospitalarios	Concepto Técnico Favorable de la Secretaría de Salud y Ambiente, Licencia Ambiental, Aprobación del PGIRH por parte de la autoridad ambiental respectiva
8. Metrología	Certificados de Patrones calibrados con trazabilidad, certificados del personal que realiza la calibración y protocolos de calibración.
9. Servicios Profesionales	Hoja de vida con los soportes respectivos
10. Traslado asistencial de Pacientes	Certificación de cumplimiento de requisitos de habilitación o inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud

El formulario debe diligenciarse en su totalidad, a máquina o letra legible. Tanto los documentos generales como los documentos adicionales por producto o servicio exigidos, son de presentación obligatoria.


No se recibirán formularios de inscripción con información incompleta o sin los debidos soportes.

El formulario junto con los documentos requeridos debe entregarse en medio físico o por correo electrónico de la siguiente manera

Bucaramanga	Bogotá
Coordinación de infraestructura y Mantenimiento Calle 52 B No 31-29. Tel 6471706	Coordinación Administrativa y financiera. Calle 97 # 23-37 oficina 621, tel: 6421399
Mail: mantenimiento@centrooncologico.com o gestiondecualidad@centrooncologico.com	Mail: coordadministrativo@centrooncologico.com

Tunja
Coordinación Administrativa y financiera. Avenida Norte No. 47-18 Piso 2 Teléfono: 7437889
Mail: auditoria.centroncol.tunja@hotmail.com

ANEXO 32. Hoja de Vida del Termohigrómetro

	HOJA DE VIDA DE EQUIPO TECNOLOGICOS	Codigo:IM-FO-0007
		Versión: 1
		Página: 1 de 1
Aprobado: Coordinador Infraestructura y Mantenimiento		Fecha de aprobación: 2012/09/07



IDENTIFICACION DEL EQUIPO			
NOMBRE	TERMOHIGROMETRO		
MARCA	EXTECH	MODELO	445703
No.SERIE	SIN IDENTIFICAR	No.INV	CEOBU0048
AREA	CENTRAL DE MEZCLA		

CLASIFICACION POR NIVEL DE RIESGO DEL EQUIPO MÉDICO			
I	<input checked="" type="checkbox"/>	IIA	<input type="checkbox"/>
IIB	<input type="checkbox"/>	III	<input type="checkbox"/>
REGISTRO INVIMA No.	_____		

CARACTERÍSTICAS			
LECTURA	DIGITAL	DIMENSION	109X99X20 MM
RESOLUCION	0,1 C° / 1%	BATERIA	AAA 1.5 V
RANGO DE MEDICION	10 C° A 35 C° / 40% A 66%		

REGISTRO DE INGRESO

TIPO DE ADQUISICIÓN DEL EQUIPO	
PROPIO	<input checked="" type="checkbox"/> COMODATO <input type="checkbox"/>
PRESTADO	<input type="checkbox"/> ARRENDADO <input type="checkbox"/>
FECHA DE INSTALACIÓN	20-nov-12
TIEMPO DE GARANTÍA	1 AÑO

DATOS DEL PROVEEDOR Y DEL FABRICANTE	
FABRICANTE	EXTECH
DIRECCIÓN	N.A.
PROVEEDOR	N.A.
DIRECCIÓN	N.A.

EXISTENCIA DE INFORMACIÓN TÉCNICA	
USUARIO	<input checked="" type="checkbox"/> SERVICIO <input type="checkbox"/>
PARTES	<input type="checkbox"/> SIN INFORMACIÓN <input type="checkbox"/>

PERIODICIDAD DE LA CALIBRACION	
MENSUAL	<input type="checkbox"/> BIMESTRAL <input type="checkbox"/>
TRIMESTRAL	<input type="checkbox"/> ANUAL <input checked="" type="checkbox"/>


ACCESORIOS Y/O SUMINISTROS

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ANEXO 33. Certificado Calibración Termohigrómetro

	METROLABOR LTDA. CERTIFICADO DE CALIBRACION CALIBRATION CERTIFICATE	<small>LABORATORIO Acreditado</small>  09-LAB-036
		NUMERO: MEI-LI-CC 5487 <small>Number:</small>
LABORATORIO: <small>Laboratory</small>	TERMOMETRÍA	
INSTRUMENTO: <small>Instrument</small>	TERMOHIGROMETRO DIGITAL	
FABRICANTE: <small>Manufacturer</small>	EXTECH	
MODELO: <small>Model</small>	445703	
NÚMERO DE SERIE: <small>Serial number</small>	NO IDENTIFICADO	
CÓDIGO INTERNO: <small>Internal code</small>	CEOBU0048	
RANGO DE MEDICIÓN: <small>Measurement range</small>	-10 °C a 60 °C	
SOLICITANTE: <small>Customer</small>	CENTRO ONCOLÓGICO LTDA.	
DIRECCIÓN: <small>Address</small>	CALLE 52 B No. 31 - 29, BUCARAMANGA, SANTANDER - COLOMBIA	
FECHA DE RECEPCIÓN DEL INSTRUMENTO: <small>Date of instrument reception</small>	2011-12-17	
FECHA DE CALIBRACIÓN: <small>Date of Calibration</small>	2012-12-19	
NÚMERO DE PÁGINAS INCLUYENDO ANEXOS: <small>Number of pages and documents attached</small>	DOS (2)	
Firmas Autorizadas: <small>Authorized Signatures</small>		
 Técnico Bryan J. Silva Perdomo, Calibrado por: <i>Calibrated by:</i>	 Ingeniero Mario Andrés Galindo H., Revisado por: <i>Checked by:</i>	
<p><small>Este certificado expresa fielmente el resultado de las mediciones realizadas. No podrá ser reproducido total o parcialmente, excepto cuando haya obtenido permiso por escrito del laboratorio que lo emite. Los resultados contenidos en el presente certificado se refieren al momento y condiciones en que se realizaron las mediciones. El laboratorio que lo emite no se responsabiliza de los perjuicios que puedan derivarse del uso inadecuado de los instrumentos calibrados. El usuario es responsable de la recalibración de sus instrumentos a intervalos apropiados.</small></p> <p><small>This certificate faithfully expresses the results of the measurements. It may not be reproduced in whole or in part, except when you have obtained written permission from the issuing laboratory. The results contained in this certificate refer to the moment and conditions under which measurements were made. The laboratory that it issued is not liable for damages resulting from the improper use of calibrated instruments. The user is responsible for re-calibration of their instruments at appropriate intervals.</small></p>		
<small>Cód.: RG027-04 Versión: 01</small>	<small>Página 1 de 2</small>	<small>Carrera 28A No. 39A - 45 Tel. 3486077 - Fax 2443679 metrolab@metrolabor.net Bogotá, D. C. - Colombia</small>

ANEXO 35. Formato Stock Carro de Paro

		STOCK CARRO DE PARO			Código: HO-FO-0014		
					Versión 03		
					Página 1 de 3		
Aprobó: Coordinador Médico				Fecha de Aprobación: 2013/01/25			
No.	DESCRIPCIÓN	CONC.	F. FTICA	STOCK POR SERVICIO			
				QM/ C.ext	HOSP.	BOG	
MEDICAMENTOS							
1	Adrenalina	1 mg	Amp.	10	15	10	
2	Amiodarona	150 mg	Amp.	4	4	4	
3	Atropina	1 mg	Amp.	5	15	10	
4	Bicarbonato de sodio	10 meq	Amp.	10	12	10	
5	B-metilDigoxina	200mcg	Amp.	4	4	4	
6	Cloruro de Potasio	20 meq	Amp.	5	5	5	
7	Cloruro de Sodio	20 meq	Amp.	5	5	5	
8	Dexametasona	4 mg	Amp.	5	5	5	
9	Dexametasona	8 mg	Amp.	5	5	5	
10	Diazepan	10 mg	Amp.	2	2	2	
11	Dopamina	200 mg	Amp.	3	2	3	
12	Etilefrina (effortil)	10 mg/ml	Amp.	2	2	2	
13	Fenitoina Sodica	250 mg	Amp.	5	5	5	
14	Fentanilo Citrato	0,5 mg/10ml	Amp.	2	3	2	
15	Furosemida	20 mg	Amp.	2	5	5	
16	Gluconato de Calcio	10%	Amp.	4	5	4	
17	Haloperidol	5 mg/ml	Amp.	2	2	2	
18	Hidrocortisona	100 mg	Amp.	5	5	5	
19	Lidocaina sin epinefrina	1%	Amp.	1	1	1	
20	Lidocaina sin epinefrina	2%	Amp.	1	1	1	
21	Lidocaina Jalea	N/A	Tube	1	1	1	
22	Lidocaina Spray	N/A	Spray	1	1	1	
23	MetilPrednisolona	500 mg	Amp.	2	2	2	
24	Metoprolol	5 mg	Amp.	3	2	3	
25	Midazolam	5 mg	Amp.	2	9	3	
26	Morfina	10 mg	Amp.	2	2	2	
27	Naloxona	0,4mg/10 ml	Amp.	1	2	1	
28	Nitroglicerina	50 mg	Amp.	1	1	1	
29	Nitropusiato de Sodio	50 mg	Amp.	2	2	2	
30	Noradrenalina	4 mg	Amp.	2	2	2	
31	Sulfato de Magnesio	20%	Amp.	2	2	2	
SOLUCIONES							
1	Agua esteril	N/A	5 ml	10	10	10	
2	Agua esteril	N/A	500 ml	1	1	1	
3	Cloruro de Sodio	0,90%	500 ml	3	3	3	
4	Dextrosa en agua destilada	10%	500 ml	1	1	1	
5	Dextrosa en agua destilada	5%	500 ml	2	2	2	
6	Dextrosa en agua destilada	50%	500 ml	0	3	0	
7	Solución de Hartman	N/A	500 ml	3	3	3	
ELEMENTOS							
1	Ambu con reservorio-adulto	N/A	Unid.	1	2	1	
2	Ambu Pediátrico	N/A	Unid.	1	2	1	
3	Aspirador	N/A	Unid.	0	1	1	
4	Bombillos de respuesto para el laringoscopio	N/A	Unid.	2	2	2	
5	Buretrol. Equipo para administración de soluciones	N/A	Unid.	4	4	4	



STOCK CARRO DE PARO

Código: HO-FO-0014

Versión 03

Página 2 de 3

Aprobó: Coordinador Médico

Fecha de Aprobación: 2013/01/25

6	Canula de Guedel 1	N/A	Unid.	1	2	1
7	Canula de Guedel 3	N/A	Unid.	1	2	1
8	Canula de Guedel 4	N/A	Unid.	1	2	1
9	Canula de Guedel 5	N/A	Unid.	1	2	1
10	Canulas Nasales de O2 Adulto	N/A	Unid.	2	2	2
11	Canulas Nasales de O2 Pediatrico	N/A	Unid.	2	2	2
12	Cateter Intravenoso 14	N/A	Unid.	3	2	3
13	Cateter Intravenoso 16	N/A	Unid.	3	2	3
14	Cateter Intravenoso 18	N/A	Unid.	3	2	3
15	Cateter Intravenoso 20	N/A	Unid.	3	2	3
16	Cateter Intravenoso 22	N/A	Unid.	3	2	3
17	Cateter Intravenoso 24	N/A	Unid.	3	2	3
18	Desfibrilador	N/A	Unid.	0	1	0
19	Desfibrilador portatil	N/A	Unid.	1	0	1
20	Electrodos de marcapaso trascutáneo	N/A	Unid.	0	10	3
21	Electrodos de piel	N/A	Unid.	0	10	10
22	Equipo Bomba de infusión	N/A	Unid.	4	10	4
23	Equipo llave de 3 vias con extensión	N/A	Unid.	2	2	2
24	Equipo Macrogooteo	N/A	Unid.	4	2	4
25	Equipo Microgooteo	N/A	Unid.	1	2	2
26	Esparadrapo	N/A	Rollo	1	1	1
27	Extensión de anestesia	N/A	Unid.	0	2	2
28	Extensión de oxígeno mas niple	N/A	Unid.	0	2	1
29	Fonendoscopio	N/A	Unid.	0	1	1
30	Gasa esteril	N/A	Unid.	5	5	5
31	Guantes Esteriles 6.5	N/A	Unid.	2	2	4
32	Guantes Esteriles 7	N/A	Unid.	2	2	2
33	Guantes Esteriles 7.5	N/A	Unid.	2	2	2
34	Guantes No Esteriles	N/A	Caja	1	1	1
35	Guía para entubación pediátrico, estéril	N/A	Unid.	1	1	1
36	Guia para entubacion adulto , esteril	N/A	Unid.	1	1	1
37	Hoja Curva para Laringoscopio 1	N/A	Unid.	1	1	1
38	Hoja Curva para Laringoscopio 2	N/A	Unid.	1	2	1
39	Hoja Curva para Laringoscopio 3	N/A	Unid.	1	2	1
40	Hoja Recta para Laringoscopio 1	N/A	Unid.	1	2	1
41	Hoja Recta para Laringoscopio 2	N/A	Unid.	1	2	1
42	Hoja Recta para Laringoscopio 3	N/A	Unid.	1	2	1
43	Humidificador	N/A	Unid.	1	1	1
44	Gel conductora	N/A	Unid.	1	1	1
45	Jeringas 1 ml	N/A	Unid.	5	5	5
46	Jeringas 3 cc	N/A	Unid.	0	3	0
47	Jeringas 5 ml	N/A	Unid.	5	5	5
48	Jeringas 10 ml	N/A	Unid.	5	5	5
49	Jeringas 50 ml	N/A	Unid.	5	0	2
50	Jeringas 20 cc	N/A	Unid.	0	5	3
51	Laringoscopio	N/A	Unid.	2	1	1
52	Llave 3 vias con extensión	N/A	Unid.	0	5	1
53	Mascarillas Laringeas 1	N/A	Unid.	1	1	1
54	Mascarillas Laringeas 2	N/A	Unid.	1	1	1
55	Mascarillas Laringeas 3	N/A	Unid.	1	1	1
56	Mascara de O2 Adulto, esteril	N/A	Unid.	0	1	1



STOCK CARRO DE PARO

Código: HO-FO-0014

Versión 03


Página 3 de 3


Aprobó: Coordinador Médico


Fecha de Aprobación: 2013/01/25


57	Mascara de O2 Pediatrica, esteril	N/A	Unid.	0	1	0
58	Micronebulizador	N/A	Unid.	1	0	0
59	Esparadrapo hipoalergénico (Micropore)	N/A	Rollo	1	1	2
60	Cámara de Hood (Oxihood)	N/A	Unid.	1	1	1
61	Pilas para el Laringo	N/A	Unid.	2	2	2
62	Pinza de Mc Gill, estéril.	N/A	Unid.	0	1	1
63	Sonda de aspiración 14	N/A	Unid.	0	2	2
64	Sonda Nasogastricas 10	N/A	Unid.	1	1	1
65	Sonda Nasogastricas 12	N/A	Unid.	1	1	1
66	Sonda Nasogastricas 14	N/A	Unid.	1	1	1
67	Sonda Nasogastricas 16	N/A	Unid.	1	1	1
68	Sondas de succión adulto.	N/A	Unid.	2	2	2
69	Sondas de succión pediátrico.	N/A	Unid.	2	2	1
70	Sonda Nelaton 8	N/A	Unid.	1	1	1
71	Sonda Nelaton 10	N/A	Unid.	1	1	1
72	Sonda Nelaton 12	N/A	Unid.	0	1	0
73	Sonda Nelaton 14	N/A	Unid.	1	1	1
74	Sonda Nelaton 16	N/A	Unid.	1	1	1
75	Sonda Nelaton 18	N/A	Unid.	1	1	1
76	Tabla rigida para compresiones	N/A	Unid.	1	1	1
77	Tapón Heparinizado	N/A	Unid.	0	1	2
78	Tensiometro	N/A	Unid.	0	1	1
79	Tijeras	N/A	Unid.	1	1	1
80	Tubos Orotraqueales 2.5	N/A	Unid.	2	2	2
81	Tubos Orotraqueales 3	N/A	Unid.	2	2	2
82	Tubos Orotraqueales 4	N/A	Unid.	2	2	2
83	Tubos Orotraqueales 5	N/A	Unid.	2	2	2
84	Tubos Orotraqueales 5.5	N/A	Unid.	2	2	2
85	Tubos Orotraqueales 6	N/A	Unid.	2	2	2
86	Tubos Orotraqueales 6.5	N/A	Unid.	2	2	2
87	Tubos Orotraqueales 7	N/A	Unid.	2	2	2
88	Tubos Orotraqueales 7.5	N/A	Unid.	2	2	2
89	Tubos Orotraqueales 8	N/A	Unid.	2	2	2
90	Tubos Orotraqueales 8.5	N/A	Unid.	2	2	2
91	Ventury adulto	N/A	Unid.	1	1	1
92	Ventury Pediátrico	N/A	Unid.	1	1	1


ANEXO 37. Diagnóstico del SGC Final


DIAGNÓSTICO FINAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA 9001:2008		 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>					
Realizado por: Leidy Yazmin Arciniegas Millán-Juan Carlos Cárdenas Vega		Fecha de realización: Marzo 2013					
No. ISO	REQUISITO	CRITERIOS					OBSERVACIONES
		ND	PI	AC	IM	MC	
		0	1	2	3	4	
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD							
4.1 REQUISITOS GENERALES		Puntaje: 31			Puntaje Máximo: 32		
	El Centro Oncológico establece, documenta y mantiene un sistema de gestión de calidad y mejora continuamente su eficacia de acuerdo con los requerimientos de la NTC ISO 9001:2008					X	
a)	Se determinan los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización,					X	
b)	La empresa determina la secuencia e interacción de los procesos					X	
c)	Se determinan los criterios y los métodos necesarios para asegurar que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces					X	
d)	Se asegura la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de los procesos.					X	
e)	Se realiza seguimiento, medición y el análisis de los procesos.					X	
f)	Se implementa las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de los procesos.					X	
	Se controlan los procesos contratados externamente que afectan la conformidad del servicio.				X		
4.2 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN							
4.2.1 Generalidades		Puntaje: 16			Puntaje Máximo: 16		
a)	Se cuenta con una declaración documentada de una política de calidad y objetivos de calidad,					X	
b)	Existe un manual de calidad.					X	
c)	La empresa tiene documentados los procedimientos y registros requeridos por la NTC ISO 9001:2008,					X	
d)	Existen documentos necesarios para asegurar la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.					X	
4.2.2 Manual de calidad		Puntaje: 16			Puntaje Máximo: 16		
a)	La empresa establece y mantiene un manual de calidad que incluye el alcance del SGC?					X	
b)	El manual de calidad Incluye las exclusiones del apartado 7 y su justificación,					X	
c)	El manual de calidad incluye los procedimientos documentados establecidos para el S.G.C., ó referencia a los mismos					X	
d)	El manual de calidad incluye la descripción de la interacción entre los procesos del S.G.C.					X	
4.2.3 Control de los documentos		Puntaje: 31			Puntaje Máximo: 32		
	Son controlados los documentos y registros requeridos por el SGC.					X	
a)	Existe una metodología para la aprobación de documentos antes de su emisión.					X	
b)	La empresa revisa y actualiza los documentos cuando es necesario y los aprueba nuevamente.					X	


DIAGNÓSTICO FINAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA 9001:2008							
Realizado por: Leidy Yazmin Arciniegas Millán-Juan Carlos Cárdenas Vega		Fecha de realización: Marzo 2013					
No. ISC	REQUISITO	CRITERIOS					OBSERVACIONES
		ND	PI	AC	IM	MC	
		0	1	2	3	4	
c)	La empresa se asegura de que sean identificados los cambios y el estado de revisión actual de los documentos					X	
d)	Se asegura que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentren disponibles en los puntos de uso					X	Carpeta compartida en cada puesto de trabajo
e)	Se asegura que los documentos permanezcan legibles y fácilmente identificables.				X		Este punto aun depende mucho del compromiso de los empleados.
f)	Se asegura que sean identificados los documentos de origen externo y se controla su distribución.					X	
g)	La empresa previene el uso no intencionado de documentos obsoletos, y les aplica una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón.					X	
4.2.4 Control de registros		Puntaje: 11					Puntaje Máximo: 12
	La empresa establece y mantiene registros para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos de la NTC ISO 9001:2008.					X	
	La empresa posee un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros.					X	
	Los registros existentes permanecen legibles, fácilmente identificables y recuperables.				X		Se tomaron medidas a fin de mejorar en este punto, se añadieron recomendaciones en el Procedimiento de control de registros.
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN							
5.1	COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN. La alta dirección proporciona evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del S.G.C., así como son la mejora continua de su eficacia:	Puntaje: 20					Puntaje Máximo: 20
a)	La alta dirección comunica a la empresa la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios,					X	
b)	La alta dirección establece la política de la calidad,					X	
c)	La alta dirección se asegura de que se establecen los objetivos de la calidad,					X	
d)	La alta dirección lleva acabo revisiones del S.G.C.					X	
e)	La alta dirección se asegura de la disponibilidad de recursos.					X	
5.2	ENFOQUE AL CLIENTE	Puntaje: 8					Puntaje Máximo: 8
	La empresa se asegura de que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente.					X	
	Se tiene establecido un método claro para medir la satisfacción del cliente, se controla y se llevan a cabo acciones de mejora.					X	Hay una metodología para medir la satisfacción del cliente, el tamaño de muestra y se corrigió la encuesta de satisfacción. También se evalúa la satisfacción de los clientes institucionales.


DIAGNÓSTICO FINAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA 9001:2008						 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	
Realizado por: Leidy Yazmin Arciniegas Millán-Juan Carlos Cárdenas Vega						Fecha de realización: Marzo 2013	
No. ISO	REQUISITO	CRITERIOS					OBSERVACIONES
		ND	PI	AC	IM	MC	
		0	1	2	3	4	
5.3	POLÍTICA DE LA CALIDAD	Puntaje: 20					Puntaje Máximo: 20
a)	La política de calidad es adecuada al proposito real de la organización,					X	
b)	La política de calidad establece el compromiso de cumplimiento de los requisitos y de mejora continua.					X	
c)	La política de calidad proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad,					X	
d)	Se ha comunicado en la organización la política de calidad y se evidencia su entendimiento por parte del personal y su compromiso por cumplirla.					X	
e)	La política de calidad se revisa y se adecua continuamente.					X	
5.4 PLANIFICACIÓN							
5.4.1 Objetivos de la calidad		Puntaje: 12					Puntaje Máximo: 12
	La alta dirección se asegura de que los objetivos de calidad, incluyendo aquellos necesarios para cumplir los requisitos para el servicio, se establecen en las funciones y los niveles pertinentes dentro de la empresa.					X	
	Los objetivos de calidad son medibles y coherentes con la política de calidad.					X	
	Existe una metodología clara para medir el cumplimiento de los objetivos de calidad y mejorar continuamente los resultados de los mismos.					X	
5.4.2 Planificación del sistema de Gestión de Calidad		Puntaje: 8					Puntaje Máximo: 8
a)	La alta dirección se asegura de que la planificación del S.G.C., se realiza con el fin de cumplir con los requisitos citados en el apartado 4.1, así como los objetivos de calidad,					X	
b)	La dirección se asegura de que se mantiene la integridad del S.G.C., cuando se planifican e implementan cambios en éste.					X	
5.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN							
5.5.1 Responsabilidad y autoridad		Puntaje: 12					Puntaje Máximo: 12
	La alta dirección se asegura de que las responsabilidades y autoridades del personal están definidas y son comunicadas dentro de la empresa.					X	
	El organigrama de la organización es acorde y está claramente socializado en toda la organización.					X	El organigrama fue actualizado y revisado y se encuentra dentro de la documentacion disponible a todo el personal, adicionalmente cada cambio es correctamente divulgado
	Se encuentran documentadas y socializadas las responsabilidades de cada puesto de trabajo.					X	Cada persona tiene acceso a sus perfiles de cargo por medio del servidor que se mantiene actualizado en tiempo real.


DIAGNÓSTICO FINAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA 9001:2008							
Realizado por: Leidy Yazmin Arciniegas Millán-Juan Carlos Cárdenas Vega		Fecha de realización: Marzo 2013					
N.º ISO	REQUISITO	CRITERIOS					OBSERVACIONES
		ND	PI	AC	IM	MC	
		0	1	2	3	4	
5.5.2 Representante de la dirección. Se ha designado un Responsable miembro de la alta dirección que tenga entre sus responsabilidades:		Puntaje: 12					Puntaje Máximo: 12
a)	Asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el S.G.C.					X	
b)	Informar a la alta dirección sobre el desempeño del S.G.C., y de cualquier necesidad de mejora.					X	
c)	Asegurarse que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la empresa.					X	
5.5.3 Comunicación interna		Puntaje: 4					Puntaje Máximo: 4
La alta dirección se asegura de que se establezcan los medios de comunicación apropiados dentro de la organización y que ésta se efectúa considerando la eficacia del S.G.C.						X	
5.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN							
5.6.1 Generalidades		Puntaje: 12					Puntaje Máximo: 12
La alta dirección revisa el S.G.C., de la empresa y se asegura continuamente de que sea conveniente, adecuado y eficaz						X	
La alta dirección incluye en sus revisiones la evaluación de oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el S.G.C., incluyendo la política de calidad y los objetivos de calidad.						X	
Se identifican y mantienen registros de las revisiones realizadas por la dirección						X	
5.6.2 Información de entrada para la revisión. La dirección revisa:		Puntaje: 28					Puntaje Máximo: 28
a)	Los resultados de las auditorías.					X	
b)	La retroalimentación del cliente					X	
c)	Los resultados de los indicadores de desempeño de los procesos y la conformidad del servicio,					X	
d)	El estado de las acciones correctivas y preventivas					X	
e)	Las acciones de seguimiento de revisiones previstas,					X	
f)	Los cambios que podrían afectar al S.G.C.					X	
g)	Las recomendaciones de mejora					X	
5.6.3 Resultados de la revisión. Los resultados de la revisión por la dirección incluye las decisiones y las acciones a tomar con respecto a:		Puntaje: 12					Puntaje Máximo: 12
a)	La mejora de la eficacia del S.G.C., y sus procesos,					X	
b)	La mejora del servicio en relación con los requisitos del cliente,					X	
c)	Las necesidades de recursos.					X	
6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS							
6.1 PROVISIÓN DE RECURSOS		Puntaje: 8					Puntaje Máximo: 8
a)	La Organización determina y proporciona los recursos necesarios para implementar y mantener el S.G.C., y mejorar continuamente su eficacia,					X	
b)	La empresa proporciona los recursos necesarios para aumentar la satisfacción del cliente y cumplir sus requisitos.					X	


DIAGNÓSTICO FINAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA 9001:2008		 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>					
Realizado por: Leidy Yazmin Arciniegas Millán-Juan Carlos Cárdenas Vega		Fecha de realización: Marzo 2013					
No. ISO	REQUISITO	CRITERIOS					OBSERVACIONES
		ND	PI	AC	IM	MC	
		0	1	2	3	4	
6.2 RECURSOS HUMANOS							
6.2.1 Generalidades		Puntaje: 3			Puntaje Máximo: 4		
	El personal que realiza trabajos que afecten la calidad del servicio tiene la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas.				X		La organización está desarrollando capacitaciones constantemente para adecuar a las personas con las exigencias de sus cargos.
6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia		Puntaje: 20			Puntaje Máximo: 20		
a)	La empresa determina la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afecten la calidad del servicio,					X	
b)	La empresa proporciona formación o toma otras acciones para lograr la competencia necesaria,					X	
c)	La empresa evalúa la eficacia de las acciones tomadas,					X	
d)	La empresa se asegura que su personal es consciente del papel e importancia de sus actividades en el cumplimiento de los objetivos de calidad					X	
e)	La empresa mantiene los registros apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia.					X	
6.3 INFRAESTRUCTURA		Puntaje: 11			Puntaje Máximo: 12		
	La empresa determina, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del servicio.				X		Se está en un proceso de mejoramiento de la infraestructura con el fin de cumplir con los requisitos del servicio de mejor forma.
	Se planifica, se cumple y se evalúan los planes de mantenimiento correctivo, preventivo y de calibración de equipos.					X	
	Existen metodologías claras para mantener eficazmente los sistemas de información dentro de la organización.					X	
6.4 AMBIENTE DE TRABAJO		Puntaje: 4			Puntaje Máximo: 4		
	La empresa determina y gestiona el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del servicio.					X	
7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO							
7.1 PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL SERVICIO. Durante la planificación del servicio la empresa:		Puntaje: 16			Puntaje Máximo: 16		
a)	Determina los objetivos de calidad y los requisitos para el servicio					X	
b)	Determina la necesidad de establecer procesos, documentos y de proporcionar recursos específicos para el servicio,					X	
c)	Determina las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, medición, inspección y ensayo/prueba específicas para el servicio así como los criterios para la aceptación del mismo,					X	


d)	Determina los registros que son necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de realización y prestación del servicio resultante cumplen los requisitos.							X	
DIAGNÓSTICO FINAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA 9001:2008									
Realizado por: Leidy Yazmin Arciniegas Millán-Juan Carlos Cárdenas Vega		Fecha de realización: Marzo 2013							
No. ISO	REQUISITO	CRITERIOS						OBSERVACIONES	
		ND	PI	AC	IM	MC			
		0	1	2	3	4			
7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE									
7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio		Puntaje: 16				Puntaje Máximo: 16			
a)	La organización determina los requisitos especificados por el cliente, incluyendo las condiciones de entrega y posteriores.							X	
b)	La organización determina los requisitos no establecidos por el cliente pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto, cuando sea conocido,							X	
c)	Se han determinado los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el servicio,							X	
d)	Se determina cualquier requisito adicional que considere necesario.							X	
7.2.2 Revisión de los productos relacionados con el servicio		Puntaje: 28				Puntaje Máximo: 28			
Se revisan los requisitos relacionados con un servicio antes de comprometerse a su entrega al cliente.								X	
a)	Se asegura que estén definidos los requisitos del servicio							X	
b)	Se aseguran de que estén resueltas las diferencias existentes entre los requisitos del contrato ó pedido y los expresados previamente,							X	
c)	Se tiene la capacidad de cumplir con los requisitos definidos.							X	
Se mantienen registros de los resultados de la revisión y de las acciones originadas por la misma								X	
Cuando el cliente no proporciona una declaración documentada de los requisitos, la organización confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación.								X	
La organización se asegura de que cualquier modificación en los requisitos del servicio sea comunicada al personal correspondiente y de que la documentación pertinente sea actualizada.								X	
7.2.3 Comunicación con el cliente. La empresa determina e implementa disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a:		Puntaje: 12				Puntaje Máximo: 12			
a)	La información sobre el servicio,							X	
b)	Las consultas, contratos o atención de pedidos, incluyendo las modificaciones,							X	
c)	La retroalimentación del cliente incluyendo sus quejas.							X	
7.3 DISEÑO Y DESARROLLO									
7.3.1 Planificación del diseño y desarrollo.						NA			
7.3.2 Elementos de entrada para el diseño y desarrollo						NA			
7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo						NA			
7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo						NA			
7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo						NA			
7.3.6 Validación del diseño y desarrollo						NA			


7.3.7 Control de los cambios del diseño y desarrollo						NA						
DIAGNÓSTICO FINAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA 9001:2008						 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>						
Realizado por: Leidy Yazmin Arciniegas Millán-Juan Carlos Cárdenas Vega						Fecha de realización: Marzo 2013						
No. ISO	REQUISITO	CRITERIOS					OBSERVACIONES					
		ND	PI	AC	IM	MC						
		0	1	2	3	4						
7.4 COMPRAS												
7.4.1 Proceso de compras						Puntaje: 20			Puntaje Máximo: 20			
La empresa se asegura de que el producto adquirido cumple con los requisitos de compra especificados.											X	
El tipo y el grado de control que se aplica a los proveedores y a los productos dependen del impacto del producto adquirido en el servicio final.											X	
Existen metodologías para evaluar y seleccionar los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con lo requerido por la organización.											X	
Están establecidos los criterios para la selección, evaluación y re-evaluación de proveedores.											X	
Se mantienen registros de los resultados de las evaluaciones a proveedores y de las acciones tomadas derivadas de las mismas.											X	
7.4.2 Información de las compras						Puntaje: 20			Puntaje Máximo: 20			
La información de las compras describen el producto a comprar.											X	
a)	La información de las compras describe los requisitos para la aprobación del producto, procedimientos, procesos y equipos.										X	
b)	La información de las compras incluye requisitos para la calificación del personal.										X	
c)	La información de las compras incluye requisitos del sistema de gestión de calidad.										X	
La empresa se asegura de la adecuación de los requisitos de compra especificados antes de comunicárselos al proveedor.											X	
7.4.3 Verificación de los productos comprados						Puntaje: 8			Puntaje Máximo: 8			
Se establecen inspecciones u otras actividades con el fin de asegurar que el producto comprado cumpla con los requisitos de compra especificados.											X	
Si la empresa ó sus clientes desean llevar a cabo la verificación en las instalaciones del proveedor, la empresa establece en la información de compra las disposiciones para la verificación pretendida y el método para la liberación del producto.											X	
7.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO												
7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio						Puntaje: 28			Puntaje Máximo: 28			
La empresa planifica y lleva a cabo la producción y prestación del servicio bajo condiciones controladas.											X	
a)	La empresa dispone de información que describa las características del servicio,										X	
b)	Se dispone de instrucciones de trabajo,										X	
c)	Se usa el equipo adecuado en la prestación del servicio y se encuentran definidos los procedimientos de mantenimiento apropiados para su funcionamiento,										X	
d)	Se controla el funcionamiento de los equipos de seguimiento y medición para lograr una adecuada prestación del servicio,										X	
e)	Se han definido indicadores para medir la oportunidad en la prestación del servicio,										X	
f)	La empresa implementa actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.										X	Solo aplica para la prestación del servicio.

DIAGNÓSTICO FINAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA 9001:2008							
Realizado por: Leidy Yazmin Arciniegas Millán-Juan Carlos Cárdenas Vega		Fecha de realización: Marzo 2013					
No. ISO	REQUISITO	CRITERIOS					OBSERVACIONES
		ND	PI	AC	IM	MC	
		0	1	2	3	4	
7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación de servicios		Puntaje: 8					Puntaje Máximo: 8
	Se han determinado metodologías para verificar la prestación del servicio					X	
	Se prevee el alistamiento de equipos y personal para garantizar la prestación del servicio					X	
7.5.3 Identificación y trazabilidad		Puntaje: 16					Puntaje Máximo: 16
	Se identifica la prestación de cada servicio de forma adecuada a través de toda la atención prestada al usuario.					X	
	Se identifica el estado del servicio con respecto a los requisitos de seguimiento y medición.					X	
	Es posible reconstruir el historial de prestación de un servicio prestado anteriormente.					X	
	Cuando se requiere trazabilidad, se controla la identificación única del servicio y se mantienen registros.					X	
7.5.4 Propiedad del cliente		Puntaje: 12					Puntaje Máximo: 12
	Las historias clínicas son cuidados mientras están en poder de la organización, o cuando están siendo utilizados por la misma					X	
	Se identifican, verifican, protegen y salvaguardan las historias clínicas.					X	
	Cuando se pierde, se deteriora o se considera inutilizable un bien que es propiedad de un usuario, se le informa y se mantiene registro.					X	
7.5.5 Preservación del producto		Puntaje: 4					Puntaje Máximo: 4
	La empresa preserva la conformidad de los medicamentos durante el proceso interno y la entrega o aplicación al paciente. (esta preservación incluye la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección).					X	Gracias a la certificación del INVIMA se preserva la conformidad de los medicamentos. Se ha acoplado el Sistema de Gestión de calidad con los requisitos especificados por el INVIMA.
7.6 Control de los equipos de seguimiento y de medición		Puntaje: 38					Puntaje Máximo: 40
	La empresa determina el seguimiento y la medición a realizar, y los equipos de medición y seguimiento necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del servicio con los requisitos determinados.					X	
	Se establecen procesos para asegurar que el seguimiento y medición pueden realizarse y se realizan de una manera coherente con los requisitos de seguimiento y medición. Existe un programa de calibración.					X	
a)	El equipo de medición se calibra y se verifica a intervalos especificados o antes de su utilización, comparado con patrones de medición trazables a patrones de medición nacionales o internacionales.					X	Se han realizado calibraciones con proveedores externos o en su defecto se han adquirido los medios para realizar las calibraciones con los patrones adecuados. (Masas patrón para las básculas)


DIAGNÓSTICO FINAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA 9001:2008							
Realizado por: Leidy Yazmin Arciniegas Millán-Juan Carlos Cárdenas Vega		Fecha de realización: Marzo 2013					
No. ISO	REQUISITO	CRITERIOS					OBSERVACIONES
		ND	PI	AC	IM	MC	
		0	1	2	3	4	
b)	El equipo de medición se ajusta o reajusta según es necesario,					X	
c)	El equipo de medición se identifica para poder determinar el estado de calibración,					X	
d)	El equipo de medición se protege contra ajustes que pueden invalidar el resultado de la medición,				X		Se está trabajando en lograr mejora continua en estos procesos, se corrigen dificultades pero aun no se controla por completo.
e)	El equipo de medición se protege contra los daños y el deterioro durante la manipulación, el mantenimiento y el almacenamiento.				X		
	Se evalúa y se registra la validez de los resultados de las mediciones anteriores cuando se detecta que un equipo no está conforme con los requisitos.					X	
	Se toman las acciones apropiadas sobre un equipo y sobre cualquier servicio afectado.					X	
	Antes de iniciar la utilización de programas informáticos se confirma su capacidad para satisfacer su aplicación prevista cuando se utilizan en las actividades de seguimiento y medición de los requisitos especificados.					X	
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA							
8.1 GENERALIDADES		Puntaje: 8			Puntaje Máximo: 8		
	Se planifica e implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para demostrar la conformidad del servicio, y asegurar la conformidad del S.G.C., y mejorar continuamente su eficacia.					X	
	Los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora comprenden los métodos aplicables, estadísticas y el alcance de su utilización.					X	
8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN							
8.2.1 Satisfacción del cliente		Puntaje: 16			Puntaje Máximo: 16		
	Se realiza seguimiento de la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización.					X	Actualmente se realiza seguimiento a la percepción del usuario y se estableció la metodología para medir la percepción de los clientes institucionales (EPS).
	Se han definido métodos que permitan obtener y utilizar la información suministrada por el usuario, asegurando un muestreo y una periodicidad acorde a la organización.					X	Se definió un tamaño de muestra teniendo en cuenta el total de personas atendidas en su primera cita en los diferentes servicios asistenciales, y se lleva una trazabilidad de 6 meses.
	Existen indicadores que permitan medir la satisfacción del cliente					X	Se miden 2 indicadores con respecto a la satisfacción del cliente, el índice de satisfacción y la oportunidad de respuesta a solicitudes.
	Se han tomado medidas correctivas y/o preventivas de acuerdo al seguimiento realizado a la satisfacción del usuario.					X	

DIAGNÓSTICO FINAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA 9001:2008							
Realizado por: Leidy Yazmin Arciniegas Millán-Juan Carlos Cárdenas Vega		Fecha de realización: Marzo 2013					
No. ISO	REQUISITO	CRITERIOS					OBSERVACIONES
		ND	PI	AC	IM	MC	
		0	1	2	3	4	
8.2.2 Auditoria interna		Puntaje: 40			Puntaje Máximo: 40		
	Se ha definido un plan de auditorías internas y se mantiene de manera eficaz					X	
	Se realizan auditorías internas conformes con las disposiciones planificadas y con los requisitos de la NTC ISO 9001:2008 y con los requisitos del S.G.C., establecidos.					X	
	El programa de auditorías tiene en cuenta el estado y la importancia de los procesos a auditar, así como resultados de auditorías previas					X	
	Se definen los criterios, el alcance, la frecuencia y las metodologías a seguir en las auditorías					X	
	Las auditorías las realizan personal independiente al proceso a auditar, de manera tal que se asegure la imparcialidad y objetividad del proceso?					X	
	¿Se tiene definido el perfil que deben cumplir los auditores internos? y de los externos?					X	
	Existe un procedimiento documentado que defina las responsabilidades y los requisitos para planificar y realizar las auditorías, establecer los registros e informar los resultados?					X	
	Se mantienen registros de las auditorías y de sus resultados?					X	
	El responsable de cada proceso se asegura que se realizan las correcciones y que se toman las acciones correctivas necesarias sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas					X	
	Las actividades de seguimiento incluyen la verificación de las acciones tomadas y el informe de los resultados de la verificación					X	
8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos		Puntaje: 12			Puntaje Máximo: 12		
	Se aplican métodos apropiados para ejercer seguimiento sobre los procesos, y cuando es aplicable, se miden los procesos del SGC, es decir, se manejan indicadores por proceso?					X	Se han definido indicadores para los procesos del SGC, se han evaluado sus resultados y para el año 2013 se han incluido nuevos indicadores y se han ajustado metas de acuerdo a los resultados del 2012.
	Los métodos existentes demuestran la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados.					X	
	Cuando no se alcanzan los resultados planificados, se llevan a cabo correcciones y acciones correctivas					X	
8.2.4 Seguimiento y medición del servicio		Puntaje: 16			Puntaje Máximo: 16		
	Se realiza seguimiento y se miden las características del servicio en las etapas de prestación del servicio para verificar que se cumplen los requisitos.					X	
	Se mantiene evidencia del seguimiento realizado.					X	
	Se han designado personas responsables de realizar el seguimiento y queda registro de su participación en el proceso					X	
	La prestación del servicio se lleva a cabo solo cuando se han completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas, a menos que sean aprobados de otra manera por una autoridad pertinente y, cuando corresponda, por el cliente.					X	

DIAGNÓSTICO FINAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA 9001:2008		 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>					
Realizado por: Leidy Yazmin Arciniegas Millán-Juan Carlos Cárdenas Vega		Fecha de realización: Marzo 2013					
No. ISO	REQUISITO	CRITERIOS					OBSERVACIONES
		ND	PI	AC	IM	MC	
		0	1	2	3	4	
8.3 CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME		Puntaje: 20					Puntaje Máximo: 20
	Se tiene una metodología para identificar un servicio no conforme y para tratarlo adecuadamente					X	
	Existe un procedimiento documentado que define los controles y las responsabilidades y autoridades relacionadas para tratar el servicio no conforme,					X	
	Se toman las acciones apropiadas en los servicios no conformes de las siguientes maneras: - Eliminando la no conformidad - Autorizando su aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente - Tomando acciones para impedir su aplicación prevista originalmente - Tomando acciones apropiadas a los efectos de la no conformidad después de la prestación y durante la misma					X	
	Cuando se corrige una no conformidad, se somete a una nueva verificación para comprobar su conformidad					X	
	Se mantienen registros de las no conformidades presentadas y de las acciones tomadas posteriormente.					X	
8.4 ANÁLISIS DE DATOS		Puntaje: 12					Puntaje Máximo: 12
	Se recopila y analizan los datos que permitan demostrar la idoneidad y eficacia del SGC					X	
	Los datos recopilados son suficientes para realizar la mejora continua de la eficacia del SGC.					X	
	El análisis de datos proporciona información sobre: la satisfacción del cliente, la conformidad con los requisitos del servicio, las características y tendencias de los procesos y de los servicios, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas y sobre los proveedores.					X	
8.5 MEJORA							
8.5.1 Mejora continua		Puntaje: 4					Puntaje Máximo: 4
	El Centro Oncológico utiliza la política de calidad, los objetivos de calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección para mejorar continuamente la eficacia del SGC					X	

DIAGNÓSTICO FINAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA 9001:2008		 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>					
Realizado por: Leidy Yazmin Arciniegas Millán-Juan Carlos Cárdenas Vega		Fecha de realización: Marzo 2013					
N.º ISO	REQUISITO	CRITERIOS					OBSERVACIONES
		ND	PI	AC	IM	MC	
		0	1	2	3	4	
8.5.2 Acción correctiva		Puntaje: 12					Puntaje Máximo: 12
	Se toman acciones para eliminar la causa de no conformidades con objeto de prevenir que vuelva a ocurrir.					X	
	Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas					X	
	Existe en el Centro Oncológico un procedimiento documentado para: <ul style="list-style-type: none"> - 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 la eficacia de las acciones correctivas tomadas 					X	Se tiene definido el procedimiento y se tiene un formato que permite cumplir a cabalidad con este punto.
8.5.3 Acción preventiva		Puntaje: 8					Puntaje Máximo: 8
	El Centro Oncológico determina acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales con el fin de prevenir su ocurrencia. Estas acciones son apropiadas a los efectos de los problemas potenciales.					X	Se han desarrollado acciones preventivas resultado de revisiones internas al proceso o de los comités que se realizan periódicamente.
	Existe en el Centro Oncológico un procedimiento documentado para: <ul style="list-style-type: none"> - 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 eficacia de las acciones preventivas tomadas. 					X	

ANEXO 38. Plan Primera Auditoria Interna de Calidad

	PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	Código: GC-FO-0009
		Versión: 01
		Página 1 de 1
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012/08/15

Auditoria N°: [01-12]	Fecha: [16/11/12]
------------------------	--------------------

Primera Auditoria Bucaramanga

OBJETIVO:	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el grado de conformidad del Sistema de Gestión de Calidad de acuerdo con la norma NTC ISO 9001:2008. • Evaluar la capacidad del SGC para asegurar el cumplimiento de los requisitos de los clientes, legales y normatividad aplicable. • Evaluar la eficacia del sistema de gestión de calidad para lograr los objetivos especificados en la organización. • Identificar mejoramientos potenciales al Sistema de Gestión de Calidad 		
ALCANCE:	[Todos los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad en Bucaramanga]		
CRITERIOS:	<ul style="list-style-type: none"> • NTC-ISO 9001:2008 • Manual de Gestión de la Calidad. • Normas Legales y Reglamentarias aplicables • Documentación establecida en el Sistema de Gestión de Calidad 		
AUDITOR LÍDER:	[Ing. Roberto Hernández Macías - RHM]	EQUIPO AUDITOR:	[Dra. Adriana Ardila Torres – AAT AO: Juan Carlos Cárdenas Vega JCCV Leidy Yazmin Arciniegas Millán LYAM

SEDE BUCARAMANGA

Actividad	Fecha AA/MM/DD	Hora		Auditado (Cargo)	Auditores
		Inicio	Fin		
[Reunión de Apertura]	[19/11/12]	[8:30 am]	[9:00 am]	[Responsables de Proceso]	[RHM, AAT]
[Consulta Externa]	[19/11/12]	[9:00 am]	[10:30 am]	[Coordinador Médico]	[RHM, AO: JCCV-LYAM]
[Quimioterapia]	[19/11/12]	[10:30 am]	[12:00 m]	[Coordinador Médico]	[RHM, AO: JCCV-LYAM]
[Hospitalización]	[19/11/12]	[2:00 pm]	[4:00 pm]	[Coordinador Médico]	[RHM, AO: JCCV-LYAM]
[Servicio Farmacéutico]	[19/11/12]	[4:00 pm]	[6:00 pm]	[Directora Técnica Nacional de Servicio Farmacéutico]	[RHM, AO: JCCV-LYAM]
[Talento Humano]	[20/11/12]	[8:00 am]	[10:00 am]	[Profesional de Talento Humano]	[RHM, AO: JCCV-LYAM]
[Compras]	[20/11/12]	[2:30 pm]	[3:30 pm]	[Director Nacional Administrativo y Financiero]	[RHM, AO: JCCV-LYAM]
[Gestión de Calidad]	[20/11/12]	[3:30 pm]	[5:30 pm]	[Director Nacional de Calidad]	[AAT, AO: JCCV-LYAM]



PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD

Código: GC-FO-0009

Versión: 01

Página 2 de 1

Aprobó: Director Nacional de Calidad

Fecha de Aprobación: 2012/08/15

[Autorizaciones y Facturación]	21/11/12	8:00 am	9:00 am	Coordinador Regional de Autorizaciones y Facturación	[RHM, AO: JCCV-LYAM]
[TICS]	21/11/12	9:00 am	10:00 am	Coordinador Nacional TICS	[RHM, AO: JCCV-LYAM]
[Financiera]	21/11/12	10:00 am	11:00 am	Coordinadora Nacional Financiera	[RHM, AO: JCCV-LYAM]
[Infraestructura y Mantenimiento]	22/11/12	2:00 pm	3:00 pm	Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento	[RHM, AO: JCCV-LYAM]
[Auditoría Médica]	22/11/12	3:00 pm	4:00 pm	Auditora Médica	[RHM, AO: JCCV-LYAM]
[Atención al Cliente]	22/11/12	4:00 pm	5:30 pm	Profesional de Atención al Cliente	[AAT, AO: JCCV-LYAM]
[Dirección Institucional]	23/11/12	9:00 am	10:00 am	Gerente Nacional	[RHM, AO: JCCV-LYAM]
[Reunión de Cierre]	23/11/12	10:00 am	11:00 am	Responsables de Proceso	[RHM, AO: JCCV-LYAM]


Observaciones

* Durante la ejecución de la auditoria se verificará el cumplimiento de los numerales 4.2.3, 2.4, 8.2.3, 8.4 y 8.5.

* Tener copia de los listados: maestro de documentos, maestro de registros y maestro de documentos externos para cada auditor.

* Planificar y coordinar la logística requerida para el desplazamiento del auditor Bucaramanga-Tunja-Bogotá.

AO: Auditor Observador.

	PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	Código: GC-FO-0009
		Versión: 01
		Página 3 de 1
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012/08/15

Plan Primera Auditoria Bogotá

Auditoría N°:	01-12	Fecha:	16/11/12
---------------	-------	--------	----------

OBJETIVO:	<ul style="list-style-type: none"> •Determinar el grado de conformidad del Sistema de Gestión de Calidad de acuerdo con la norma NTC ISO 9001:2008. •Evaluar la capacidad del SGC para asegurar el cumplimiento de los requisitos de los clientes, legales y normatividad aplicable. •Evaluar la eficacia del sistema de gestión de calidad para lograr los objetivos especificados en la organización. •Identificar mejoramientos potenciales al Sistema de Gestión de Calidad 		
ALCANCE:	Procesos Consulta Externa, Quimioterapia y Servicio Farmacéutico del Sistema de Gestión de la Calidad en Bogotá		
CRITERIOS:	<ul style="list-style-type: none"> •NTC-ISO 9001:2008 •Manual de Gestión de la Calidad. •Normas Legales y Reglamentarias aplicables •Documentación establecida en el Sistema de Gestión de Calidad 		
AUDITOR LÍDER:	Ing. Roberto Hernández Macías - RHM	EQUIPO AUDITOR:	Dra. Adriana Ardila Torres – AAT AO: Juan Carlos Cárdenas Vega JCCV Leidy Yazmin Arciniegas Millán LYAM


SEDE BOGOTÁ

Actividad	Fecha AA/MM/DD	Hora		Auditado (Cargo)	Auditores
		Inicio	Fin		
Reunión de Apertura - Bogotá	27/11/12	7:30 pm	8:00 am	Responsables de Proceso.	RHM, AO: JCCV-LYAM
Consulta Externa	27/11/12	8:00 am	10:00 am	Coordinador Médico	RHM, AO: JCCV-LYAM
Quimioterapia	27/11/12	10:00 am	12:00 m	Coordinador Médico	RHM, AO: JCCV-LYAM
Atención al Cliente	27/11/12	2:00 pm	3:30 pm	Líder de Atención al cliente	RHM, AO: JCCV-LYAM
Servicio Farmacéutico	27/11/12	3:30 pm	5:30 pm	Químico Farmacéutico	RHM, AO: JCCV-LYAM
Reunión de Cierre	27/11/12	5:30 pm	6:00 pm	Responsables de Procesos	RHM, AO: JCCV-LYAM

Observaciones:

*Durante la ejecución de la auditoria se verificará el cumplimiento de los numerales 4.2.3, 2.4, 8.2.3, 8.4 y 8.5.

*Tener copia de los listados: maestro de documentos, maestro de registros y maestro de documentos externos para cada auditor.

	PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	Código: GC-FO-0009
		Versión: 01
		Página 4 de 1
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012/08/15

Auditoría N°:	01-12	Fecha:	16/11/12
---------------	-------	--------	----------

Plan Primera Auditoria Tunja

OBJETIVO:	<ul style="list-style-type: none"> •Determinar el grado de conformidad del Sistema de Gestión de Calidad de acuerdo con la norma NTC ISO 9001:2008. •Evaluar la capacidad del SGC para asegurar el cumplimiento de los requisitos de los clientes, legales y normatividad aplicable. •Evaluar la eficacia del sistema de gestión de calidad para lograr los objetivos especificados en la organización. •Identificar mejoramientos potenciales al Sistema de Gestión de Calidad 		
ALCANCE:	Procesos Consulta Externa, Quimioterapia y Servicio Farmacéutico del Sistema de Gestión de la Calidad en Tunja		
CRITERIOS:	<ul style="list-style-type: none"> •NTC-ISO 9001:2008 •Manual de Gestión de la Calidad. •Normas Legales y Reglamentarias aplicables •Documentación establecida en el Sistema de Gestión de Calidad 		
AUDITOR LÍDER:	Ing. Roberto Hernández Macías - RHM	EQUIPO AUDITOR:	Dra. Adriana Ardila Torres – AAT AO: Juan Carlos Cárdenas Vega JCCV Leidy Yazmin Arciniegas Millán LYAM

SEDE TUNJA

Actividad	Fecha AA/MM/DD	Hora		Auditado (Cargo)	Auditores
		Inicio	Fin		
Reunión de Apertura	26/11/12	7:30 am	8:00 am	Responsables de Proceso.	RHM, AO: JCCV-LYAM
Consulta Externa	26/11/12	8:00 am	9:00 am	Coordinador Médico	RHM, AO: JCCV-LYAM
Atención al Cliente	26/11/12	9:00 am	10:00 am	Directora Regional administrativa y financiera	RHM, AO: JCCV-LYAM
Quimioterapia	26/11/12	10:00 am	11:30 am	Coordinador Médico	RHM, AO: JCCV-LYAM
Servicio Farmacéutico	26/11/12	11:30 am	1:00 pm	Químico Farmacéutico	RHM, AO: JCCV-LYAM
Reunión de Cierre	26/11/12	1:00 pm	1:15 pm	Responsables de Procesos	RHM, AO: JCCV-LYAM

Observaciones:

*Durante la ejecución de la auditoria se verificará el cumplimiento de los numerales 4.2.3, 2.4, 8.2.3, 8.4 y 8.5.

*Tener copia de los listados: maestro de documentos, maestro de registros y maestro de documentos externos para cada auditor.

ANEXO 39. Procedimiento de Auditorias

	PROCEDIMIENTO DE AUDITORIAS	Código: GC-PR-0006
		Versión: 03
		Página 1 de 5
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012/12/28

1. OBJETIVO

Establecer las pautas necesarias para planear y ejecutar las auditorias internas de calidad, auditorias médicas y auditoria a proveedores del Centro OncológicoLtda.

2. ALCANCE

- Auditoría interna de calidad: Aplica a los procesos del SGC
- Auditoria médica: Aplica a los servicios asistenciales (quimioterapia, consulta externa y hospitalización) que se prestan en el centro Oncológico.
- Auditoria a proveedores: Aplica a los proveedores que suministran productos o prestan servicios críticos al centro Oncológico.


3. RESPONSABLE

Director Nacional de Calidad

AuditorMédico y/o líder del proceso relacionado con el proveedor del producto o servicio a auditar.

4. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

- **Auditoría:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.
- **Programa de auditoría:** Detalles acordados para un conjunto o más auditorias planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.
- **Plan de auditoría:** descripción de las actividades y los detalles acordados de una auditoria.
- **Alcance de la Auditoria:** Extensión y límites de una auditoria.
- **Auditado:** Organización o persona que es auditado.
- **Auditor:** Persona que lleva a cabo una auditoría.
- **Equipo Auditor:** Una o más personas que llevan a cabo una auditoría con el apoyo, si es necesario, de expertos técnicos.
- **Criterios de la Auditoria:** Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos usados como referencia frente al cual se compara la evidencia de la auditoria..
- **Conclusiones de Auditoría:** Resultado de una auditoría, tras considerar los objetivos de la auditoria y todos los hallazgos de la auditoria.
- **CCAA:** Certificado de capacidad de almacenamiento y acondicionamiento para dispositivos médicos.
- **Evidencia de la Auditoria:** Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que sea pertinente para los criterios de auditoría y sea verificable.
- **Cliente de Auditoria:** Organización o persona que solicita una Auditoria.

	PROCEDIMIENTO DE AUDITORIAS	Código: GC-PR-0006
		Versión: 03
		Página 2 de 5
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012/12/28

- **Hallazgos de la Auditoría:** Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.

5. CONSIDERACIONES

- **AUDITORIA A PROVEEDORES SE TENDRÁ EN CUENTA:**


- A Los proveedores de medicamentos que presenten su certificación de BPM vigente se les exime de auditoría, dado que han sido auditados y certificados por la autoridad sanitaria.
- A los proveedores de dispositivos médicos que presenten su certificación en C.C.A.A. vigente se les exime de auditoría, dado que han sido auditados y certificados por la autoridad sanitaria.

- **AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD**


- El Director Nacional de Calidad elabora el programa anual de auditoría en consenso con el Gerente Nacional.
- En caso de decidirse junto con la Gerencia Nacional, las auditorias internas de calidad se pueden contratar externamente para uno o varios de los procesos del Centro Oncológico, en caso de ser así, el proveedor define el auditor líder de la misma y actuara como tal en la auditoría interna.
- El personal que sea seleccionado como Auditor Interno de Calidad debe tener la competencia necesaria en cuanto conocimientos, habilidades y comportamiento personal, dicha selección la realizará el Director Nacional de Calidad.
- Los Auditores internos de calidad recibirán por lo menos una vez al año formación o capacitación en Auditorías Internas de Calidad.

6. PROCEDIMIENTO

No.	Actividad	Responsable	Documento y / o registro
1	<p>Elaborar el Programa Anual de Auditoría interna de calidad, auditoría médica y auditoría a proveedores teniendo en cuenta las caracterizaciones, los resultados de auditorías previas y el desempeño de los procesos.</p> <p>Para la programación de las auditorías de calidad es necesario considerar que todos los procesos deben ser auditados por lo menos una vez al año, el grupo auditor debe ser independiente al área a auditar.</p>	Director Nacional de Calidad	Programación de auditoría GC-FO-0011

	PROCEDIMIENTO DE AUDITORIAS	Código: GC-PR-0006
		Versión: 03
		Página 3 de 5
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012/12/28

2	<p>Se define el equipo auditor, se nombra el líder de dicho equipo y se define el o los procesos a auditar para elaborar el respectivo plan de auditoría.</p> <p>En el caso de auditoría a proveedores si es del área de Servicio Farmacéutico la auditoría la lidera la Directora Técnica Nacional del servicio Farmacéutico, si es del área de servicios asistenciales la lidera el Auditor médico, en caso de otro producto y/o servicio se trasladara el líder del proceso relacionado directamente con el proveedor.</p>	Director Nacional de Calidad / Profesional de Calidad	N.A.
3	Elaborar el plan de auditoría	Auditor Líder	Plan de auditoría GC-FO-0009
4	Comunicar el plan de auditoría al líder del proceso a auditar o al proveedor con 8 días de anterioridad a la realización de la misma, enviándole el plan de auditoría a través de correo electrónico o impreso. Cualquier modificación al Plan de Auditoría debe ser acordada entre las partes antes de continuar con el proceso de auditoría.	Auditor Líder	Plan de Auditoría GC-FO-0009
5	Prepararla auditoría, se hace una revisión de la información pertinente relacionada con el proceso o producto/servicio. Entre dichos documentos se encuentran las listas de verificación creadas por cada auditor.	Auditor Líder y equipo auditor	Todos los documentos y/o registros necesarios en los procesos auditados Lista de Verificación GC-FO-0007
6	<p>Ejecución de las auditorías</p> <p>Realiza la reunión de apertura, en la cual se presenta el plan de Auditoría, y resuelven las dudas existentes, dejando evidencia en un acta reunión de apertura.</p> <p>Cuando la auditoría médica no se pueda realizar por cualquier circunstancia según lo establecido en la programación, esta podrá ser aplazada por un periodo máximo de dos meses.</p>	Equipo Auditor	Acta de reunión de Apertura
7	Se recolecta y verifica la información de los procesos que le sean asignados, a través de la revisión de documentos y registros,	Auditor Líder	Lista de Verificación GC-FO-0007

	PROCEDIMIENTO DE AUDITORIAS	Código: GC-PR-0006
		Versión: 03
		Página 4 de 5
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012/12/28

	<p>observación directa y entrevistas al personal; confrontándolo con los criterios de auditoría para generar los hallazgos según corresponda.</p> <p>NOTA: Durante la auditoría, el auditor líder puede reunirse periódicamente con el equipo auditor para intercambiar información, evaluar el progreso de la auditoría y reasignar trabajo entre los auditores, según corresponda.</p>		
8	Informa al líder del proceso y al personal involucrado los principales hallazgos una vez terminada la auditoría.	Auditor Líder	N.A.
9	Revisa los hallazgos y prepara el informe de Auditoría.	Auditor Líder y Equipo Auditor	Informe de Auditoría GC-FO-0005
10	<p>Realiza la reunión de cierre presidida por el auditor líder y las personas responsables de los procesos auditados, para presentar el informe de Auditoría haciendo énfasis en:</p> <p>a) Los hallazgos de la auditoría. b) Las conclusiones de la auditoría</p> <p>Esta información se presenta para que sea comprendida y reconocida por el auditado.</p>	Auditor Líder	Informe de Auditoría GC-FO-0005
11	El auditor responsable de la auditoría debe realizar el seguimiento a la ejecución del plan de acción que se establezca.	Auditor Líder (auditorías médicas y a proveedores) Responsable del proceso (Auditoría Interna de Calidad)	GC-FO-0024 Seguimiento a plan de acción
12	Realiza la Evaluación de Desempeño a los miembros del equipo auditor, para el caso de las auditorías internas de calidad.	Auditor Líder y Líder de proceso	Evaluación de desempeño del Auditor interno GC-FO-0003
13	Analiza los resultados obtenidos en la evaluación de Desempeño del auditor interno para ser comentados con el equipo auditor y tomar las medidas necesarias para mejorar y tenerlas en cuenta para el próximo ciclo de auditoría.	Auditor Líder y Equipo Auditor	Evaluación de desempeño del Auditor interno GC-FO-0003



PROCEDIMIENTO DE AUDITORIAS

Código: GC-PR-0006

Versión: 03

Página 5 de 5

Aprobó: Director Nacional de Calidad


Fecha de Aprobación: 2012/12/28

7. CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA DE APROBACION	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	02/11/2011	Creación del documento
2	2012/08/01	- Se actualizaron las definiciones. - Se actualizaron las consideraciones.
3	2012/12/28	- Se unificaron las auditorias de calidad, médica y a proveedores.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Director Nacional de Calidad	Profesional de Calidad	Director Nacional de Calidad


ANEXO 40. Informe Primera Auditoria Interna de Calidad

	INFORME DE AUDITORÍA	Código: GC-FO-0005
		Versión: 02
		Página 1 de 12
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012-08-28.

Fecha del Informe:	01/12/12	Nº Informe Auditoría:	01-12
--------------------	----------	-----------------------	-------

1. DATOS GENERALES	
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> Determinar el grado de conformidad del Sistema de Gestión de Calidad de acuerdo con la norma NTC ISO 9001:2008. Evaluar la capacidad del SGC para asegurar el cumplimiento de los requisitos de los clientes, legales y normatividad aplicable. Evaluar la eficacia del sistema de gestión de calidad para lograr los objetivos especificados en la organización. Identificar mejoramientos potenciales al Sistema de Gestión de Calidad
Alcance:	Todos los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad en Bucaramanga y los procesos de Consulta Externa, Quimioterapia y Servicio Farmacéutico en Bogotá y Tunja.
Equipo Auditor:	Auditor Líder: Roberto Hernández Macías – RHM; Auditor Acompañante: Dra. Adriana Ardila Torres – AAT; Auditores observadores: Juan Carlos Cárdenas Vega – JCCV y Leidy Yazmin Arciniegas Millán – LYAM
Documentos de Referencia (Criterios)	<ul style="list-style-type: none"> NTC-ISO 9001:2008 Manual de Gestión de la Calidad. Normas Legales y Reglamentarias aplicables Documentación establecida en el Sistema de Gestión de Calidad

2. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA	
ASPECTOS POSITIVOS	
PROCESO FINANCIERA:	
1. El software "Manager pluss" que soporta al proceso financiero en sus actividades de cartera, contabilidad, cuentas por pagar, entre otros, el cual permite analizar datos y consolidar informes oportunos, que permiten la toma de decisiones efectivas.	
PROCESO AUTORIZACIONES Y FACTURACIÓN:	
1. La adecuación del procedimiento de facturación, en cuanto a su contenido, permitiendo tener a disposición del personal responsable de ejecutar esta actividad, la información necesaria para ejecutar sus actividades.	
PROCESO COMPRAS:	
1. La estructuración del formato Listado Maestro de Proveedores, cuyo diseño incluye información relevante de los mismos.	
PROCESOS MISIONALES:	
1. Avances en relación al inicio en la implementación de estrategias de Seguridad del Paciente como escala de Morse y protocolo para la disminución de riesgo de caída / guía de acompañamiento y el uso de brazaletes para pacientes que tienen riesgo de caída.	
2. Se tienen implementado la realización del proceso de conciliación de medicamentos	

 <p>CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i></p>	<h2>INFORME DE AUDITORÍA</h2>	Código: GC-FO-0005
		Versión: 02
		Página 2 de 12
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012-08-28.

que asegura la continuidad del tratamiento farmacológico para pacientes crónicos o que consumen medicamentos por una patología base diferente a la causa de ingreso.

3. Se considera una fortaleza el tener un cuarto de aislamiento con filtro de HEPA para el aislamiento de pacientes que lo requieran, esto promueve una cultura de seguridad del paciente.
4. La implementación de dos (2) turnos médicos (12 horas c/turno) que asegura la realización de al menos dos evoluciones diarias del estado del paciente.

PROCESO CONSULTA EXTERNA:


1. Se cuenta con un proceso de asignación de citas con adecuado tiempo de implementación y una visión integral de atención del paciente con una interacción fuerte con los servicios de Terapia Ocupacional, Psicología y Nutrición.
2. El contar con un médico hospitalario para la atención prioritaria de pacientes se define por cita abierta.
3. La asignación de citas a través del Software Janus Citas Médicas v2.0 implementado desde febrero de 2011 que facilita la gestión adecuada de datos del centro oncológico.
4. Se evidencia acción correctiva numero 2 sobre el colapso de la carpeta compartida de reporte de laboratorios clínica, implementando una adecuada análisis y gestión de la metodología en el marco del SGC; es importante revisar en el procedimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora el tiempo definido para el seguimiento a la eficacia de la acciones en general y verificar que la no conformidad haya desaparecido.

PROCESO QUIMIOTERAPIA:

1. La política del centro oncológico frente a que el periodo de tiempo máximo para la aceptación de exámenes de laboratorio para cita de primera vez es de 30 días.
2. La implementación del sistema de manejo de unidosis para la dispensación y administración de medicamentos citostáticos y de alto riesgo que incrementa la seguridad del paciente en el proceso de atención.
3. Se entregan cartillas informativas de preparación de paciente: para pacientes de primera vez, "Aspectos que usted debe conocer sobre quimioterapia (versión 1)", se recomienda mejorar la información sobre personas y canales de contacto como teléfonos o personas de contacto donde el paciente pueda aclarar dudas.

PROCESO DIRECCIÓN INSTITUCIONAL:

1. El lineamiento de la Gerencia Nacional en integral en la revisión por la dirección para análisis, temáticas de gestión de la institución adicionales a los requisitos básicos de la norma NTC ISO 9001:2008, siendo esta revisión un espacio para efectuar seguimiento y generar mejoramiento continuo a la organización.

	INFORME DE AUDITORÍA	Código: GC-FO-0005
		Versión: 02
		Página 3 de 12
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012-08-28.

ASPECTOS POR MEJORAR

- 1. TODOS LOS PROCESOS (FINANCIERA, AUTORIZACIONES Y FACTURACION, COMPRAS, TALENTO HUMANO, TICS, GESTION DE CALIDAD, QUIMIOTERAPIA, MANTENIMIENTO, ATENCION AL CLIENTE, HOSPITALIZACION, FARMACIA, CONSULTA EXTERNA):**

Revisar y ajustar las caracterizaciones de los procesos al ciclo PHVA, con el fin de facilitar al personal la interiorización del enfoque por procesos y el fortalecimiento de una cultura de mejoramiento continuo al interior de la institución.

PROCESO HOSPITALIZACIÓN:

- Si bien se ha realizado grandes adelantos en el camino de la mejora continua, se debe fortalecer el proceso de divulgación e interiorización de las directrices para la planeación del sistema de gestión de calidad del Centro Oncológico que permita mejorar el grado de implementación y conveniencia del sistema.
- Se cuenta con un formato de entrega de turno medica SA-FO-124 en versión desactualizada y su respectivo instructivo de entrega de turno; se debe actualizar al nuevo formato HO-FO-0038 incluyendo un campo de hora de entrega.
- En la entrevista con la jefe de enfermería explica la manera de marcación de tubos para la toma de muestras de laboratorio, la cual se hace previa al inicio de la ronda de toma, lo cual debe ser revisado frente a las buenas prácticas de laboratorio, que habla sobre la marcación de tubos en presencia del paciente.

PROCESO QUIMIOTERAPIA:

- Se debe revisar e implementar acciones frente a la ubicación y seguridad de almacenamiento de medicamentos de alto riesgo usados en el proceso de quimioterapia, se encontró un gabinete donde se almacenan las unidades a usar en el día, sin embargo no tiene ningún tipo de control de acceso y al estar ubicado frente del baño de pacientes no se cuenta con control visual sobre estos.
- En Bogotá debe mejorarse la señalización del área de preparación de medicamentos en la etapa de premedicación ubicado en el servicio de quimioterapia.

PROCESO CONSULTA EXTERNA:

- Formalizar en el procedimiento de consulta externa la política de "llamado de paciente" al momento de pasar de sala de espera al consultorio médico.
- Publicar en un sitio visible los tiempos de espera en sala previo a la atención médica, revisar los estándares de atención.
- Se recomienda ampliar los criterios de manejo de dolor no solo para pacientes de cuidado paliativos sino para los demás pacientes que requieran de una adecuada identificación y manejo de dolor ya sea en consulta externa, quimioterapia y/o hospitalización.
- En la sede Bogotá, se evidenció la aplicación de un Formato de Listado de Pacientes



INFORME DE AUDITORÍA

Código: GC-FO-0005

Versión: 02

Página 4 de 12

Aprobó: Director Nacional de Calidad

Fecha de Aprobación: 2012-08-28.

para la toma de signos vitales previo a la aplicación del medicamentos sin incluirse en el SGC, práctica que podría ser replicada a todas las sedes, revisando en consenso con las sedes de Tunja y Bucaramanga, asegurando la inclusión de una casilla que permita identificar alergias.

11. Se cuenta con un Manual de Seguridad para la Manipulación de Medicamentos citostáticos SF-MA OO01 el cual requiere fortalecer su divulgación y manejo en todo el personal.

PROCESO SERVICIO FARMACEUTICO:

12. Revisar las condiciones de ambiente de trabajo en el servicio de farmacia (sede Bogotá) la nevera de almacenamiento de medicamentos no tiene el espacio suficiente de apertura para el manejo seguro de los medicamentos y las condiciones físicas del operario de farmacia.

PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD:

13. Implementar metodología en el Listado Maestro de Documentos Internos para visualizar documentos comunes aplicables en las diferentes sedes, como mecanismo para facilitar su identificación para actualización de los mismos.
14. Considerar el estudio de la actualización de la NTC ISO 19011:2012 como herramienta que permite mejorar el procedimiento de auditoría, a través del fortalecimiento de la competencia y evaluación del auditor, y la generación de acciones preventivas a partir de la identificación de los riesgos que permitan cumplir el (los) objetivo(s) trazados para la misma, entre otros.

PROCESO AUTORIZACIONES Y FACTURACIÓN:

15. Revisar y mejorar el Procedimiento de Facturación, incluyendo la interacción con Auditoría Médica para solucionar y cerrar inconsistencias, así mismo, especificar en el ítem 6. en donde se referencian los soportes de facturación requeridos en cada servicio, cuales no siempre son requeridos.

PROCESO TICS:

16. Considerar el estudio de las normas ISO 27000 "Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI)" como herramienta que motive a incrementar la generación de acciones preventivas y acciones de mejora para el proceso.
17. Se encuentra un sistema de respaldo eléctrico cobra 2500 para el servicio de Hospitalización y uso compartido con TICs; no se evidencia los registros de las pruebas periódicas que incluya el tiempo de prueba y la capacidad de repuesta frente al número de equipos conectados que asegure el respaldo requerido para la atención de pacientes. Incumpliendo el numeral 6.3 Infraestructura.

PROCESO TALENTO HUMANO:

18. Fortalecer el instrumento utilizado para evaluar el desempeño del personal, con el fin de que se más objetivo y efectivo, teniendo en cuenta que a partir del análisis de éstos



INFORME DE AUDITORÍA

Código: GC-FO-0005

Versión: 02

Página 5 de 12

Aprobó: Director Nacional de Calidad

Fecha de Aprobación: 2012-08-28.

resultados se generan oportunidades de mejora en el desempeño del personal y necesidades de capacitación y/o entrenamiento. Así mismo, de acuerdo con lo anterior, se requiere alinear el indicador relacionado con el tema de acuerdo con la mejora que se implemente.

PROCESO COMPRAS:

19. Hacer un comentario en el documento que se estime conveniente sobre el control ejercido sobre los procesos contratados externamente, en respuesta al requerimiento 4.1 (Notas 2 y 3) de la NTC ISO 9001:2008.

NO CONFORMIDADES

PROCESO HOSPITALIZACIÓN:

1. No se evidencia la aplicación estandarizada, formal y sistemática de los mecanismos de identificación de paciente, que asegure el uso de al menos dos (2) identificadores (nombre completo y número de identificación) que asegure una atención controlada y que coincida con el paciente al que se le va a prestar. Lo anterior incumple el requisito 7.5.3. de la NTC ISO 9001:2008 Identificación y trazabilidad. Ej. Los medicamentos almacenados en la nevera estaban identificados con nombre de paciente pero sin número de cedula (Ludy Vargas Díaz, José Andrés Villadoba).
2. No se evidencia el protocolo de aseo y desinfección para disminuir el riesgo de infección el cuarto de aislamiento en el servicio de hospitalización, incumpliendo el requisito 7.1. Planificación de realización del producto.

PROCESO CONSULTA EXTERNA:

3. No se evidencia estándar formalmente establecido de oportunidad en asignación de citas y los respectivos mecanismos de seguimiento y medición. Incumpliendo el numeral 8.2.3 seguimiento y medición de los procesos.
4. Se observaron varias versiones de la declaración de derechos y deberes el paciente y familia, las cuales deben ser revisadas por el comité de ética institucional y aplicar los criterios de control de documentos y fortalecer la divulgación de derechos y deberes en el servicio de consulta externa. Incumpliendo con el numeral 4.2.3 Control de documentos.
5. En B/manga se entrevistó al Dr. Molina de consulta externa quien menciona el desarrollo de varias actividades de capacitación en temas del SGC a las cuales desafortunadamente no pudo asistir.; se requiere asegurar el conocimiento y comprensión en toda el personal de la política de calidad, objetivos de calidad y directrices de seguridad del paciente del centro oncológico y de cómo se relaciona el trabajo diario a estos. Incumpliendo con el numeral 5.5.3 Comunicación Interna.

PROCESO QUIMIOTERAPIA

6. No se evidencia la implementación de la valoración de riesgo de caídas y de las respectivas barreras de protección de acuerdo al protocolo de prevención de caídas definido; que menciona que la valoración de riesgo de pacientes se realizará a pacientes mayores de 65 años, durante la visita se observa que el 80% de los pacientes atendidos son adultos mayores sin la respectiva valoración; incumpliendo el numeral 7.2.1



INFORME DE AUDITORÍA

Código: GC-FO-0005

Versión: 02

Página 6 de 12

Aprobó: Director Nacional de Calidad

Fecha de Aprobación: 2012-08-28.

Determinación de los requisitos relacionados con el producto.

7. Se observa que la puerta del baño del servicio de quimioterapia no cumple con los requisitos mínimos de habilitación que permita el fácil acceso al baño en caso de ocurrencia de un evento adverso al paciente, ni tiene instalado mecanismos de llamado de alarma en caso de requerir ayuda el paciente. Evidenciado en Bogotá y B/manga.
8. Al revisar dos (2) historias clínicas de paciente no se evidencia el correcto diligenciamiento de los dos (2) respectivos consentimientos informados al no tener la firma del médico tratante de los pacientes Juan de Dios Ariza Ariza y Jennifer Ortiz Maldonado; igualmente no se evidencia criterios que definan los casos en los que se requiere testigo y en qué casos no. Incumpliendo el numeral 7.1 Planificación de la realización del Producto/Servicio.
9. No se evidencia la metodología unificada y sistemática para el control de inventario de medicamentos del carro de paro; se encontró de acuerdo al protocolo implementado, cantidades definidas para el stock de adrenalina 10 ampollas y en físico se hallaron 21 ampollas, se preguntó por la periodicidad de control del carro de paro y se menciona que cada 15 días, sin embargo no se encontró las revisiones de acuerdo a esta periodicidad. Incumpliendo con el numeral 7.5.1 Control de Producción y prestación del servicio.
10. En la sede Bogotá, no se evidencia la aplicación del consentimiento informado de acuerdo a la política institucional en la revisión de historias clínicas de los pacientes Elizabeth Chaparro CC 51719811 con consentimiento informado sin ciudad, fecha y firma del médico solamente con sello y la paciente Ana Elvia Gaona de Nieto CC. 41474162, además de asegurar que el Consentimiento Informado requiere ser diligenciado completamente en presencia del paciente.


Bogotá:

11. No se evidencia la implementación de los controles periódicos definidos para el carro de paro del servicio de quimioterapia, hallándose agua estéril 500 ml con fecha de vencimiento nov/12, 3 ampollas de dopamina 5 ml con fecha de vencimiento diciembre de 2012; nitroprusiato de sodio vencido con fecha de agosto de 2012-10-23.
12. No se evidencia que este incluido en el programa de capacitación institucional la identificación de los cargos y periodicidad de renovación de curso de reanimación básico y avanzado. Incumpliendo con el numeral 6.2.2 competencia, capacitación y concientización.
13. En la sede Tunja, se encontró 4 ampollas de amiodarona con fecha de vencimiento 10/2012 en contra de la política de manejo de medicamentos de la institución. No se evidencia el control quincenal de carro de paro frente a seguimiento de fechas de vencimiento.

PROCESO FARMACIA

Bogotá:

14. No se evidencia criterios estandarizados de manejo de devoluciones de medicamentos en especial los medicamentos oncológicos y el manejo adecuado que debe dársele a

 <p>CENTRO ONCOLÓGICO Comprometidos con la Vida</p>	INFORME DE AUDITORÍA	Código: GC-FO-0005
		Versión: 02
		Página 7 de 12
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012-08-28.

estos para su eliminación. Incumpliendo el numeral 7.5.5 preservación del producto.)


15. No se evidencia los reportes de eventos relacionados con farmacovigilancia y tecnovigilancia a los entes competentes de acuerdo a la legislación colombiana vigente. No se evidencia la realización formal y sistemática el comité de farmacovigilancia y tecnovigilancia en el marco del programa de seguridad del paciente y legislación vigente (Tunja).

Tunja:

16. Se evidenció la implementación de los formatos SF/FO/-0016 para el manejo de devoluciones de medicamentos y/o dispositivos médicos del área asistencial lo cual debe ser estandarizado y replicado a todas la sedes a nivel nacional.
17. No se evidencia el control de datos requerido para el diligenciamiento de los indicadores del proceso, se observan los indicadores destrucción de medicamentos, mezclas rechazadas / errores de medicación del proceso farmacéutico con datos diligenciados hasta Diciembre de 2012.
18. No se evidencia la implementación del manejo establecido para el desarrollo de acciones correctivas, preventivas y/o de mejora a las acciones tomadas en el control de inventarios, almacenamiento de soluciones, centralización de la preparación de mezclas en Bucaramanga entre otras.

PROCESO INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO

19. Se encontró en el carro de paro del servicio de hospitalización, el desfibrilador HP M1722B con batería defectuosa y sin carga a pesar de permanecer conectado a la corriente todo el tiempo, lo que representa un grave riesgo en caso de presentarse un código azul en paciente del servicio; se revisa la hoja de mantenimiento realizado el 23 de julio de 2012 donde se observa la necesidad de cambio de batería el cual a la fecha no se ha realizado. Se solicita a la jefe realizar descarga prueba con el desfibrilador desconectado y el equipo no da carga de prueba. Incumpliendo el numeral 6.3 de Infraestructura y equipos de la NTC ISO 9001:2008 No se evidencia el entrenamiento del personal, ni el manual de uso rápido para el manejo y revisión periódica del desfibrilador ZOLL AEDPLUS.
20. No se evidencia el manual de uso en español del desfibrilador HP M1722B que facilite el uso y mantenimiento por parte del personal. 6.4
21. No se evidencia la inclusión en el plan de mantenimiento del Tanque del Agua como sistema alternativo de fuente de agua en caso de cese de suministro habitual. Incumpliendo el numeral 6.3 Infraestructura.
22. No se evidencia los criterios de recepción y desarrollo de pruebas de seguridad para la recepción de equipo biomédico, específicamente esto se observa en la compra de los bombas de infusión NIPRO revisadas durante la entrevista. Incumpliendo el numeral 6.3 Infraestructura.
23. Aunque se evidencia el entrenamiento del personal en uso de equipos al momento de la adquisición de los mismos, no se evidencia un programa periódico de revisión y reentrenamiento del personal sobre el uso adecuado de los equipos biomédicos que

	INFORME DE AUDITORÍA	Código: GC-FO-0005
		Versión: 02
		Página 8 de 12
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012-08-28.

mantenga la competencia en el tiempo. incumpliendo el numeral 6.2.2 competencia, capacitación y concientización.

24. No se evidencia los criterios de limpieza y desinfección de equipos que serán enviados mantenimiento que disminuya el riesgo de infecciones o accidentes biosanitarios tanto en el personal asistencial como de mantenimiento. Incumpliendo el numeral 6.3 Infraestructura.

25. Se evidenció el uso de un termómetro digital para el control de temperatura de llegada de mezclas enviadas de Bucaramanga sin fecha y/o certificado de calibración. Igualmente se observa el termo higrómetro corb 039 sin fecha de calibración.

PROCESO ATENCIÓN AL USUARIO

26. Se evidencia en el Proceso de Atención Al Cliente en el listado maestro de documentos externos el decreto 2174 del 96 como documento de referencia de su proceso, siendo este decreto derogado totalmente. Incumplimiento con el numeral 4.2.3 Control de Documentos.

27. Se evidencia una carpeta de información al usuario con folletos de capacitación del Centro Oncológico del Magdalena Medio sin aplicación de los criterios del control de documentos y versión autorizada para usar. Incumplimiento con el numeral 4.2.3 Control de Documentos.

28. No se evidencia la respuesta a la queja establecida por la Sra. Cecilia González esposa de Carlos Augusto Torres quien falleció, a la cual se le estableció 15 días para respuesta. Incumplimiento con el numeral 7.2.3 Comunicación con el cliente.

PROCESO FINANCIERA:

No se encontraron No Conformidades.

PROCESO TICS:

No se encontraron No Conformidades.

PROCESO AUTORIZACIONES Y FACTURACIÓN:


No se encontraron No Conformidades.

PROCESO DIRECCIÓN INSTITUCIONAL:


No se encontraron No Conformidades.

PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD:

29. No se evidenció en los procesos del SGC acciones correctivas y preventivas, incumpliendo lineamientos establecidos en el GC-PR-0005 Procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas, y el requisito 8.5.2 y 8.5.3 de la NTC ISO 9001:2008. Ej. En la sede Bogotá, no se evidencia acciones correctivas/preventivas tomadas frente a las quejas más frecuentes en el servicio de no contestación del call center y congestión de filas de autorizaciones.

	INFORME DE AUDITORÍA	Código: GC-FO-0005
		Versión: 02
		Página 9 de 12
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012-08-28.

30. Se evidenció el uso del formato obsoleto GAF-FO-003 Orden de Compra Productos Estratégicos, en el pedido realizado a Baxter S.A. para la Orden de Compras de Productos Estratégicos No. 7840 del 10/09/12, el cual según el GC-FO-0016 Listado Maestro de Documentos Internos se encuentra con código CP-FO-0013 y en versión 2, aprobada el 05/09/12, incumpliendo el requisito 4.2.3 Control de Documentos.
31. Se evidencia el uso de formatos internos o externos propios de los procesos que aun no han sido formalizados de acuerdo a los procedimientos de control y elaboración de documentos y registros; eje: para reporte de reacciones adversas a transfusión de pacientes se usa el formato de reporte de RAT del Instituto Nacional de Salud como documento externo pero aún no ha sido controlado, incumpliendo el requisito 4.2.3. Control de Documentos.
- Se encuentra un documento con criterios de información de asignación de citas DOCUMENTOS PARA PRESENTAR EN AUTORIZACIONES el cual debe ser incluido en el Sistema de Gestión acorde con los criterios de control de documentos.
32. Se presentó inconsistencias en el control del documento "Manual de Cuidado Paliativo 001 versión 1" frente al código CE-MA-0001 que parece en el manual y el código 00001 en el listado maestro de documentos interno; durante la entrevista no se encontró este documento publicado en el sistema de información documental establecido para este fin.
33. No se evidenció el Listado Maestro de Registros para el Proceso de Compras, adicionalmente se encontró que no están incluidos todos los registros que evidencian la gestión de los procesos, lo anterior incumple el requisito 4.2.4 Control de registros de la NTC ISO 9001:2008. Evidencias:
- *En financiera: No están los Informes de cartera e informe de proveedores
 - *Gestión de Calidad: No está el Programa de Auditoría, Plan de Auditoría, Lista de Verificación, Hoja de Vida del auditor y soportes, listados maestros, entre otros.
 - *Farmacia: Se evidenció la implementación de Registro no incluido en el SGC con pacientes programados del día que permite la identificación de causas de no atención o no aplicación de medicamentos, información relevante para la mejora de la calidad en la atención.
34. No se tienen establecidas las competencias del Auditor Interno para el SGC, incumpliendo lineamientos establecidos en el requisito 6.2. de la NTC ISO 9001:2008.
- PROCESO TALENTO HUMANO:**
35. No se evidenció la experiencia, formación y habilidades para el cargo Director Nacional de Calidad y Gerente Nacional, incumpliendo los lineamientos establecidos en el TH-FO-0001 "Descripción de Cargos" y el requisito 6.2 (Recurso Humano) de la NTC ISO 9001:2008.
36. Se evidenció que no se define el objetivo de las capacitaciones y/o entrenamientos (formación), ni se cuenta con un método efectivo que evalúe la eficacia de la misma (metodología, frecuencia, evidencia), es decir, el cumplimiento del objetivo trazado para la formación en el personal, lo anterior, incumple el requisito 6.2.2 (Competencia, formación y toma de conciencia) de la NTC ISO 9001:2008.
- PROCESO COMPRAS:**
37. No se evidenció el CP-FO-0001 Requerimientos Productos Estratégicos versión 2 del 05/09/12 correspondiente al pedido realizado a Baxter S.A. según GAF-FO-003 Orden

	INFORME DE AUDITORÍA	Código: GC-FO-0005
		Versión: 02
		Página 10 de 12
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012-08-28.

de Compra Productos Estratégicos No. 7840 del 10/09/12, lo anterior, incumple lineamientos establecidos por la Institución en su proceso de compras.

OBSERVACIONES

PROCESO HOSPITALIZACIÓN

- Finalizar la documentación y estandarización de las guías para el manejo de paciente infectado que requiera de aislamiento y manejo de pacientes poli transfundido en el servicio de hospitalización.

QUIMIOTERAPIA

- En Tunja durante la revisión de formulación de medicamentos se observó un cambio de protocolos de formulación por falta de insumos a nivel nacional, a lo cual no se evidencia las respectivas actualizaciones en la Historia Clínica y retroalimentación al médico a fin de evitar se realice solicitudes incompletas o si tener en cuenta las necesidades de pre medicación requeridas para la aplicación de medicamentos oncológicos nuevos o que no hacían parte de los protocolos establecidos..

PROCESO FINANCIERA:

- Revisar y mejorar el objetivo del proceso teniendo en cuenta que este debe enfocarse al cumplimiento de los requisitos de los cliente y ser coherente con las actividades que comprende el mismo.

PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD:


- Revisar y mejorar el Procedimiento Control del Producto No Conforme en lo referente a:
 - Ampliar el alcance del procedimiento a las actividades de producto no conforme y evento adverso.
 - Identificar y documentar los productos no conformes y eventos adversos, e incluirlos en el procedimiento.
 - Fortalecer al personal involucrado en la implementación de este procedimiento.
 - Corregir la fecha de aprobación del formato GC-FO-0010 Producto No Conforme de 01/08/12 a 21/08/12.

PROCESO AUTORIZACIONES Y FACTURACIÓN:

- Publicar los requisitos pactados con sus clientes (en los diferentes convenios o contratos) en la red para consulta del personal que requiere conocer esta información en la ejecución de sus procesos, asignando un responsable de su actualización. Se clarifica que es necesario que se documenten y publiquen los requisitos pactados con todos los clientes.
- Dejar evidencia de la socialización al personal de los cambios que surjan frente a los requisitos pactados con los clientes (en los convenios y contratos).

ATENCIÓN AL CLIENTE:

- En promedio se toman entre 10 y 15 usuarios para la evaluación de satisfacción del cliente; sin embargo no se evidencia mecanismos de definición de la muestra para los

	INFORME DE AUDITORÍA	Código: GC-FO-0005
		Versión: 02
		Página 11 de 12
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012-08-28.

servicios de quimioterapia, consulta externa y Hospitalización que asegure la representatividad de la misma y permita tomar decisiones frente a los resultados. Incumplimiento con el numeral 8.2.1 Monitoreo y medición de la satisfacción del cliente.

PROCESO TICS:

8. En caso de realizar desarrollos de software internos o mejoras a las aplicaciones existentes, dejar evidencia de la planificación que se realiza para su ejecución (cronograma de actividades), así mismo de las pruebas, verificación y validaciones que se realicen.

PROCESO TALENTO HUMANO:

9. Agilizar el proceso de socialización de lineamientos para el cumplimiento de las actividades del proceso en las sedes de Bogotá y Tunja, y de igual manera establecer e implementar mecanismos efectivos para controlar la gestión de las sedes.
10. Incluir en el TH-FO-0001 Descripción de cargos el aprobado por, fecha y número de actualización, lo anterior, para control de los datos del documento.
11. Especificar en el TH-FO-001 Descripción de Cargos, la autoridad asignada para cada cargo y socializarla al personal, con el fin de que haya claridad al respecto al interior de la institución.

PROCESO COMPRAS:


12. Actualizar el Listado Maestro de Proveedores con la información básica requerida a los proveedores e incluir todos los productos y servicios que inciden la calidad de los servicios prestados por la institución.
13. Asegurar la identificación y trazabilidad durante el proceso de compras a través de los registros aplicables (Por ejemplo: requerimiento-orden de compra-verificación-evaluación y reevaluación del proveedor. Esta observación es extensiva para los registros utilizados en el servicio farmacéutico (Por ejemplo: Se puede incluir en el formato Servicio Farmacéutico el No de compra, tiene es el número de la factura 811000, igual pasa con el acta de inspección y recepción de medicamentos).
14. Revisar y mejorar el CP-PR-0002 Procedimiento de Compras en donde se especifique las actividades a seguir para compra de productos y contratación de servicios:
 - La revisión y aprobación de la Orden de Compra por parte del responsable.
 - Considerar el manejo de compras por "emergencias", en donde no se pueda cumplir el procedimiento establecido por la premura del producto/servicio requerido.

INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO

15. Se encontró dos pesas patrón (5 kg y 10 kg) ubicadas en el piso de la oficina de mantenimiento en condiciones que no favorecen la exactitud y precisión del patrón a la hora de ser usados en los procesos de verificación establecidos.

PROCESO DE AUDITORIA MEDICA


16. Si bien, el proceso de auditoría medica tiene establecida su caracterización y el

	INFORME DE AUDITORÍA	Código: GC-FO-0005
		Versión: 02
		Página 12 de 12
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012-08-28.

procedimiento auditoria de proveedores AM-PR-0001, en esencia debe entenderse que independiente de cuál sea el cargo que realice la auditoría se usan los mismas directrices definidas para el procedimiento obligatorio de auditoría interna definido para el SGC, por tanto se debería integrar este proceso al proceso de gestión de calidad, específicamente al procedimiento de auditorías internas de calidad.

CONCLUSIONES:

- Como resultado de esta auditoría interna se encontraron treinta y siete (37) No Conformidades, diez y seis (16) Observaciones y diez y nueve (19) aspectos por mejorar en los procesos auditados.
- Todos los hallazgos de la auditoría interna deben ser revisados y considerados con la misma importancia sin distinción alguna.
- Se evidencia que el sistema de gestión de calidad es conforme con los requisitos establecidos en la norma NTC-ISO 9001:2008, excepto en lo referente a las no conformidades y observaciones contempladas en este informe.
- Se aprecia la capacidad de cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios sobre los cuales la institución tiene obligatoriedad, excepto para las no conformidades relacionadas en este informe.
- Se evidencia la adecuación de la documentación y la conveniencia del SGC, sin embargo, cada líder o responsable de cada proceso debe continuar revisando que la documentación establecida corresponda a las necesidades actuales del mismo, así mismo la realización de actividades de seguimiento que aseguren que lo implementado corresponda con lo planificado en cada proceso, lo anterior, teniendo en cuenta que el SGC es bastante nuevo para la organización, y sin olvidar que un sistema de gestión es un proceso dinámico y de mejoramiento continuo.
- En cuanto a la eficacia del SGC, en el momento de la auditoria no se cuenta con un dato cuantitativo de eficacia, y adicionalmente, se observa que algunos indicadores establecidos para medir los objetivos de la calidad y de los procesos no se han medido.
- Se debe fortalecer la etapa de implementación en cada proceso y la cultura de seguimiento y medición, producto no conforme, acciones correctivas, acciones preventivas y acciones de mejora.

ROBERTO HERNÁNDEZ MACIAS	
Nombre Auditor Líder	Firma Auditor Líder

ANEXO 41. Acta de Revisión por la Dirección

	FORMATO ACTA	Código:GC-FO-0008
		Versión: 1
		Página 1 de 7
Aprobó: Director Nacional Calidad		Fecha de Actualización: 2012/07/04

ACTA No:	002
-----------------	-----

MOTIVO DE REUNION	Comité de Calidad "Revisión por la dirección"
FECHA	2013-01-11
LUGAR	Consultorio Gerente Nacional
HORA DE INICIO	4:00 p.m.
HORA DE TERMINACION	6:00 p.m.

PARTICIPANTES	
NOMBRE	CARGO
José Luis MayorcaCastilla	Gerente Nacional
Piedad SanabriaAislant	Directora Nacional Administrativa y financiera
Adriana Ardila Torres	Coordinador Médico - Auditor Médico
Yolanda Torres Villamil	Directora Técnica Nacional del Servicio Farmacéutico
Roberto Hernández Macías	Director Nacional de Calidad
Juan Carlos Cárdenas	Auxiliar de Calidad
Leidy Arciniegas Millán	Auxiliar de Calidad

ORDEN DE LA REUNION
<ol style="list-style-type: none"> 1. Resultado de auditorías. 2. Retroalimentación del cliente. Informe de Satisfacción del cliente (quejas, reclamos y recomendaciones de los clientes) 3. Desempeño de los procesos y la conformidad del producto 4. Estado de las acciones correctivas y preventivas. Auditorías internas 5. Acciones de seguimiento de revisiones previas. 6. Cambios que pueden afectar el SGC 7. Recomendaciones para la mejora. 8. Conclusiones de la Revisión por la Dirección.

DESARROLLO DE REUNION

1. Resultado de Auditorías.

Del 19 al 27 de Noviembre se llevó a cabo la auditoria Interna de calidad a los 14 procesos de la siguiente manera:

En Bucaramanga se auditaron todos los procesos (Consulta externa, Quimioterapia, Hospitalización, Servicio Farmacéutico, Talento Humano, Compras, Gestión de Calidad, Autorizaciones y Facturación,

	FORMATO ACTA	Código:GC-FO-0008
		Versión: 1
		Página 2 de 7
Aprobó: Director Nacional Calidad		Fecha de Actualización: 2012/07/04

TICS, Financiera, Infraestructura y mantenimiento, Auditoría Médica, Atención al cliente y Dirección Institucional.

En Bogotá y Tunja se auditaron los procesos Consulta Externa, Quimioterapia, Servicio al cliente y Servicio Farmacéutico

Obteniendo como resultado 15 aspectos positivos, 19 Aspectos por mejorar, 16 observaciones y 37 No conformidades, para un Total de 87 Hallazgos en los procesos auditados

La auditoría Interna permitió evaluar el desempeño de cada uno de los procesos y los Criterios frente a lo establecido en la norma NTC ISO 9001:2008 y la documentación establecida en cada uno de los procesos a auditar en el centro Oncológico Ltda.

Como resultado de la auditoría interna se concluye que el Sistema Gestión de la Calidad es:

- Como resultado de esta auditoría interna se encontraron treinta y siete (37) No Conformidades, diez y seis (16) Observaciones y diez y nueve (19) aspectos por mejorar en los procesos auditados.
- Todos los hallazgos de la auditoría interna deben ser revisados y considerados con la misma importancia sin distinción alguna.
- Se evidencia que el sistema de gestión de calidad es conforme con los requisitos establecidos en la norma NTC-ISO 9001:2008, excepto en lo referente a las no conformidades y observaciones contempladas en este informe.
- Se aprecia la capacidad de cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios sobre los cuales la institución tiene obligatoriedad, excepto para las no conformidades relacionadas en este informe.
- Se evidencia la adecuación de la documentación y la conveniencia del SGC, sin embargo, cada líder o responsable de cada proceso debe continuar revisando que la documentación establecida corresponda a las necesidades actuales del mismo, así mismo la realización de actividades de seguimiento que aseguren que lo implementado corresponda con lo planificado en cada proceso, lo anterior, teniendo en cuenta que el SGC es bastante nuevo para la organización, y sin olvidar que un sistema de gestión es un proceso dinámico y de mejoramiento continuo.
- En cuanto a la eficacia del SGC, en el momento de la auditoría no se cuenta con un dato cuantitativo de eficacia, y adicionalmente, se observa que algunos indicadores establecidos para medir los objetivos de la calidad y de los procesos no se han medido.
- Se debe fortalecer la etapa de implementación en cada proceso y la cultura de seguimiento y medición, producto no conforme, acciones correctivas, acciones preventivas y acciones de mejora.
- Se cumplió con el objetivo establecido para la auditoría interna. Sin embargo, se recomienda realizar nuevamente una auditoría al proceso de compras, después de haber realizado e implementado las mejoras descritas en este informe, y antes de la auditoría de certificación.

2. Retroalimentación del cliente. Informe de Satisfacción del cliente (quejas, reclamos y recomendaciones de los clientes)

En este aspecto se revisan dos ítems, oportunidad en la respuesta a solicitudes y satisfacción de cliente, se revisan los resultados a noviembre de 2012, debido a que se están levantando los resultados del mes de diciembre.

De acuerdo con los resultados de los indicadores de satisfacción del cliente del tablero de indicadores Se obtuvieron los siguientes resultados:

	FORMATO ACTA	Código:GC-FO-0008
		Versión: 1
		Página 3 de 7
Aprobó: Director Nacional Calidad		Fecha de Actualización: 2012/07/04

ATRIBUTO DE CALIDAD	OBJETIVO DE CALIDAD	PROCESO	QUE REPORTA	Frecuencia	META	RCS			
						AGO	SEP	OCT	NOV
SATISFACCIÓN	Lograr la satisfacción del paciente	ATENCIÓN AL CLIENTE	INDICE DE SATISFACCIÓN GLOBAL	MENSUAL	= 85%	95,3%	87,5%	83,5%	92,0%
OPORTUNIDAD		ATENCIÓN AL CLIENTE	OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A SOLICITUDES	MENSUAL	= 90%	100,0%	88,6%	84,4%	100,0%

Para el indicador de satisfacción global se tiene una meta \geq al 85%, se establece tres colores para indicar cumplimiento de las metas establecidas, si está en color rojo amerita levantar una no conformidad y hacer el respectivo tratamiento, si está en color amarillo se realizarán acciones pero no se requiere levantar no conformidad, y si está en color verde es porque hay cumplimiento del indicador, no se requiere tomar acciones.

Analizando el mes de octubre donde el resultado del indicador fue de 83.5% y está en amarillo, se observa que la principal causa de la insatisfacción fue por la falta de medicamentos, pero este problema fue a nivel nacional, las acciones que se plantearon en el momento era tener un stock de medicamentos que supiera las necesidades, pero se dependía de los importadores, porque el inconveniente se presentaba con los mismos fabricantes, en la medición del mes siguiente se observa que la satisfacción cumplió con la meta establecida.

En el tema de oportunidad en la respuesta a las solicitudes, se observan dos meses continuos incumpliendo el indicador en el mes de septiembre en la sede de Bucaramanga se presentaron dos solicitudes y una de ellas presentó demora en la respuesta, por eso el resultado del indicador, que ameritaba acciones, las acciones tomadas permitieron que en los siguientes meses se cumpliera con la meta.

En el mes de octubre el inconveniente se presentó en la sede de Bogotá, de 13 solicitudes presentadas se respondieron dentro del tiempo establecido solo 11, quedando dos por fuera del tiempo, aunque se tienen establecido que si el indicador está en rojo se levanta no conformidad, la alta dirección revisando que en los siguientes meses se cumplió con la meta, se deje solo las acciones que se levantaron en su momento en dicha sede.

3. Desempeño de los procesos y la conformidad del producto

Se revisan los indicadores definidos para los procesos, teniendo en cuenta la misma definición en cuanto a los colores resultantes de los indicadores, verde no se toman acciones, amarillo se toman acciones pero no necesariamente se levantan no conformidades y rojo se levanta no conformidad, la alta dirección en este caso es quien puede decidir si en caso de rojo solo se levanten acciones sin necesidad de no conformidad.

Los resultados de los indicadores son los presentados en la tabla de indicadores presentada a continuación



FORMATO ACTA

Código:GC-FO-0008

Versión: 1

Página 4 de 7

Aprobó: Director Nacional Calidad

Fecha de Actualización: 2012/07/04

Tablero de Indicadores

ATRIBUTO DE CALIDAD	OBJETIVO DE CALIDAD	PROCESO	QUE REPORTA	Frecuencia	META	RES			
						AGO	SEP	OCT	NOV
SATISFACCIÓN	Lograr la satisfacción del paciente	ATENCIÓN AL CLIENTE	INDICE DE SATISFACCIÓN GLOBAL	MENSUAL	>= 85%	95,2%	87,5%	83,5%	93,9%
OPORTUNIDAD		ATENCIÓN AL CLIENTE	OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A SOLICITUDES	MENSUAL	>= 90%	100,0%	88,9%	84,4%	100,0%
OPORTUNIDAD		ATENCIÓN AL CLIENTE	PROPORCIÓN DE QUIÉAS RESUELTAS ANTES DE 15 DÍAS	MENSUAL	>= 90%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
SEGURIDAD	Mantener controlados los eventos adversos	CONSULTA EXTERNA	INDICE DE EVENTOS ADVERSOS (Consulta externa)	MENSUAL	<= 3%	0,8%	0,9%	0,0%	0,8%
SEGURIDAD		QUIMIOTERAPIA, HOSPITALIZACIÓN	INDICE DE EVENTOS ADVERSOS (Quimioterapia + Hospitalización)	MENSUAL	<= 3%	0,44%	0,96%	0,40%	0,5%
SEGURIDAD		QUIMIOTERAPIA, HOSPITALIZACIÓN	INDICE DE EVENTOS ADVERSOS - Caida de pacientes	MENSUAL	<= 3%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
SEGURIDAD		QUIMIOTERAPIA, HOSPITALIZACIÓN	INDICE DE EVENTOS ADVERSOS - Administración de medicamentos	MENSUAL	<= 3%	0,44%	0,73%	0,40%	0,4%
SEGURIDAD		HOSPITALIZACIÓN	INDICE DE EVENTOS ADVERSOS - Uñeras por atención	MENSUAL	<= 3%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
ACCESIBILIDAD/ OPORTUNIDAD	Lograr la satisfacción del paciente	QUIMIOTERAPIA	OPORTUNIDAD EN LA APLICACIÓN DE QUIMIOTERAPIA	MENSUAL	>= 80%	85,3%	83,8%	85,3%	93,5%
ACCESIBILIDAD/ OPORTUNIDAD	Lograr la satisfacción del paciente	CONSULTA EXTERNA	OPORTUNIDAD PARA CONSULTA EXTERNA PRIMERA VEZ (OPORTUNIDAD DE CONSULTA ESPECIALISTA)	MENSUAL	Por especialidad				
ACCESIBILIDAD	Mantener la sostenibilidad financiera	DIRECCIÓN INSTITUCIONAL	CAPITAL DE TRABAJO	MENSUAL	>= 0	5E+09	6E+09	7E+09	6E+09
ACCESIBILIDAD		DIRECCIÓN INSTITUCIONAL	NIVEL DE ENDEUDAMIENTO	MENSUAL	<= 20%	39,8%	39,8%	34,0%	50,3%
ACCESIBILIDAD		DIRECCIÓN INSTITUCIONAL	MARGEN DE UTILIDAD OPERACIONAL	MENSUAL	<= 8%	18,40%	21,2%	14,8%	24,0%
FERTILIDAD	Mantener un talento humano competente	TALENTO HUMANO	NIVEL DE COMPETENCIA	ANUAL	>= 95%				
FERTILIDAD		TALENTO HUMANO	NIVEL DE EFICACIA DE LAS CAPACITACIONES	TRIMESTRAL	>= 90%				
SEGURIDAD	Mantener la sostenibilidad financiera	SERVICIO FARMACÉUTICO	DESTRUCCIÓN DE MEDICAMENTOS	MENSUAL	<= 3%	0,00%	0,00%	0,1%	0,0%
SEGURIDAD		SERVICIO FARMACÉUTICO	MEZCLAS RECHAZADAS	MENSUAL	<= 1%	0,00%	0,00%	0,4%	0,00%
SEGURIDAD		SERVICIO FARMACÉUTICO	MEDICAMENTOS VENDIDOS Y INVENTARIO	MENSUAL	<= 3%	0,7%	0,3%	0,0%	1,3%
ACCESIBILIDAD/ OPORTUNIDAD/ SATISFACCIÓN	Lograr la satisfacción del paciente	SERVICIO FARMACÉUTICO	OPORTUNIDAD ENTREGA DE MEDICAMENTOS	MENSUAL	>= 80%	96,5%	96,3%	97,3%	97,1%
CONTINUIDAD/ PERTINENCIA		SERVICIO FARMACÉUTICO	MEDICAMENTOS PENDIENTES	MENSUAL	<= 10%	3,9%	3,4%	3,6%	2,5%
TODOS	Mantener y mejorar la eficacia de los procesos	GESTIÓN DE CALIDAD	CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE LOS PROCESOS	MENSUAL	>= 80%	100,0%	94,0%	85,3%	100,0%

	FORMATO ACTA	Código:GC-FO-0008
		Versión: 1
		Página 5 de 7
Aprobó: Director Nacional Calidad		Fecha de Actualización: 2012/07/04

Con base en los resultados el tema de satisfacción se trató en el punto anterior, en el caso del indicador de cumplimiento de indicadores de los procesos es el resultado del cumplimiento de todos los procesos por lo tanto las acciones tomadas en cada indicador se reflejan en el global de indicadores.

En el tema de la oportunidad en la consulta externa de primera vez las únicas especialidades que cumplieron con la meta de la oportunidad fueron:

Hemato oncología pediátrica
Cirugía de mama y tejidos blandos

Debido a esto la alta dirección define que se levante una no conformidad y se realice con un equipo interdisciplinario análisis de las causas y plan de acción respectivo.

Evaluación y reevaluación de proveedores:

Para la evaluación y reevaluación de proveedores que ofrecen productos y servicios críticos se tiene definido que se realizará la reevaluación cada año con el resultado de las evaluaciones semestrales, para el caso del año 2012, se tiene en cuenta el resultado de la evaluación como el mismo de la reevaluación, esto debido a la implementación de las evaluaciones después del segundo semestre del 2012.

Los proveedores evaluados y su resultado son:

PROVEEDORES NOMBRE	EVALUACION		REEVALUACION	
	RESULTADO	FECHA	RESULTADO	FECHA
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM	Altamente confiable	10/01/2013	Altamente confiable	10/01/2013
COHOSAN	Altamente confiable	10/01/2013	Altamente confiable	10/01/2013
DOTASALUD	Altamente confiable	10/01/2013	Altamente confiable	10/01/2013
FRESENIUS	Altamente confiable	10/01/2013	Altamente confiable	10/01/2013
LABORATORIOS BAXTER S.A	Altamente confiable	9/01/2013	Altamente confiable	9/01/2013
LABORATORIOS LTDA DE BOGOTA	Altamente confiable	10/01/2013	Altamente confiable	10/01/2013
LA ECONOMIA	Altamente confiable	10/01/2013	Altamente confiable	10/01/2013
OFFIMEDICAS	Altamente confiable	10/01/2013	Altamente confiable	10/01/2013
QUIRUHOSP	Altamente confiable	10/01/2013	Altamente confiable	10/01/2013

Para los proveedores considerados como prestadores de servicios críticos, la alta dirección define que se realice su evaluación y reevaluación en el mes de enero de 2013, y se presente en el siguiente comité de calidad su resultado para el análisis respectivo.

4. Estado de las acciones correctivas y preventivas. Auditorías internas

Se tiene levantadas 25 acciones correctivas, dos se levantaron de revisión interna, las demás como resultado de auditoría interna de calidad.

De las levantadas de revisión interna la de farmacia se realizó verificación de la misma y está cerrada, la otra permanece abierta.

En total permanecen abiertas 23 acciones correctivas

Se tienen levantadas y abiertas tres acciones preventivas de las cuales dos fueron motivadas por revisión interna y una por auditoría interna de calidad.

	FORMATO ACTA	Código:GC-FO-0008
		Versión: 1
		Página 6 de 7
Aprobó: Director Nacional Calidad		Fecha de Actualización: 2012/07/04

Se presenta a consideración de la alta dirección el siguiente programa de auditoria para el año 2013.

	PROGRAMACIÓN DE AUDITORIA	Código: GC-FO-0011
		Versión: 01
		Página 1 de 1
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012-12-07

TIPO DE AUDITORIA				
AUDITORIA MEDICA		AUDITORIA A PROVEEDORES		AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD
				X
OBJETIVO	Verificar la conformidad, funcionamiento y eficacia del Sistema de Gestión de Calidad del Centro Oncológico			
NOMBRE DEL PROCESO Ó PROVEEDOR	FECHA		OBSERVACIONES	
	PROGRAMADA	EJECUTADA		
Todos los procesos y todas las sedes (Auditoria externa)	Febrero de 2013			
Procesos de acuerdo con los resultados de la auditoria externa	Mayo de 2013			
Todos los procesos sede Bucaramanga	Agosto de 2013			
Todos los procesos sede Bogotá	Septiembre de 2013			
Todos los procesos sede Tunja	Octubre de 2013			

La primera auditoria es la de certificación. Para la segunda auditoria se definirán los procesos de acuerdo con el resultado de la auditoria de certificación.

La Alta Dirección aprueba el programa y reitera el compromiso de los responsables de proceso para recibir las respectivas auditorias.

La Alta Dirección aprueba los recursos requeridos para el desplazamiento de los auditores para la realización de dichas auditorias.

La programación de las auditorias a proveedores y la auditoria médica, se realizarán en conjunto con el Director Nacional de calidad dicha programación se realizará en el mes de enero de 2013. El Director Nacional de Calidad coordinara la realización de dichas auditorias.

5. Acciones de seguimiento de revisiones previas.

No se tienen acciones debido a que no se habían realizado revisiones previas.

6. Cambios que pueden afectar el SGC

Como resultado de la auditoria interna de calidad, se generó un cambio en el mapa de procesos, el proceso de auditoria médica se integró al de Gestión de Calidad, debido a que el proceso en su

	FORMATO ACTA	Código:GC-FO-0008
		Versión: 1
		Página 7 de 7
Aprobó: Director Nacional Calidad		Fecha de Actualización: 2012/07/04

estructura era igual al de auditoria interna de calidad, a su vez se agregó también la auditoria a proveedores.

7. Recomendaciones para la mejora.

La alta Dirección define que los resultados de los indicadores se envíen en los primeros 5 días hábiles del mes para tener los resultados y poder hacer los análisis respectivos y los planes de acción que amerite.

Desplegar los resultados de los procesos entre los participantes de los mismos, es decir cada responsable divulgue los resultados y se planteen acciones en cada caso.

8. Conclusiones de la Revisión por la Dirección

De acuerdo con la revisión por la Dirección, se concluye que el SGC del Centro Oncológico es:

Conveniente: por que ha sido beneficioso para el mejoramiento de los procesos de la organización.

Adecuado: Porque se ajusta a las necesidades del Centro Oncológico.

Eficaz: se está cumpliendo lo definido en los objetivos de los procesos y se evidencia en los resultados de los indicadores planteados.

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA
Levantar no conformidad para la oportunidad de consulta externa primera vez	Director Nacional de Calidad	18-01-2013
Realizar cambio al mapa de procesos	Director Nacional de Calidad	18-01-2013
Realizar la evaluación de los proveedores de servicios críticos	Responsables de la evaluación de proveedores	31-01-2013

PARTICIPANTES	FIRMA
José Luis Mayorca Castilla	
Piedad Sanabria Aislant	
Adriana Ardila Torres	
Yolanda Torres Villamil	
Roberto Hernández Macías	
Juan Carlos Cárdenas	
Leidy Arciniegas Millán	

	FORMATO ACTA	Código:GC-FO-0008
		Versión: 1
		Página 1 de 2
Aprobó: Director Nacional Calidad		Fecha de Actualización: 2012/07/04

ACTA No:	003
-----------------	-----

MOTIVO DE REUNION	Anexo acta "Revisión por la dirección"
FECHA	2013-02-11
LUGAR	Consultorio Gerente Nacional
HORA DE INICIO	3:00 p.m.
HORA DE TERMINACION	4:00 p.m.

PARTICIPANTES	
NOMBRE	CARGO
José Luis Mayorca Castilla	Gerente Nacional
Piedad Sanabria Aislant	Directora Nacional Administrativa y financiera
Adriana Ardila Torres	Coordinador Médico - Auditor Médico
Yolanda Torres Villamil	Directora Técnica Nacional del Servicio Farmacéutico
Roberto Hernández Macías	Director Nacional de Calidad
Juan Carlos Cárdenas	Auxiliar de Calidad
Leidy Arciniegas Millán	Auxiliar de Calidad

ORDEN DE LA REUNION
1. Definir los recursos necesarios para los compromisos resultantes de la revisión por la dirección.


DESARROLLO DE REUNION

1. Compromisos.

De acuerdo con las actividades a realizar definidas en la revisión por la Dirección se incluyen en el cuadro compromisos, dos columnas para asignar los recursos necesarios y asegurar su disponibilidad.

Las tres actividades definidas se pueden realizar con los recursos con los que en el momento cuenta el respectivo proceso, es decir, no se requieren recursos adicionales.

ANEXO 42. Plan Segunda Auditoria Interna de Calidad

	PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	Código: GC-FO-0009
		Versión: 01
		Página 1 de 1
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012/08/15

Auditoría N°: 01-13	Fecha: 21/01/13
----------------------------	------------------------

OBJETIVO:	<ul style="list-style-type: none"> •Determinar el grado de conformidad del Sistema de Gestión de Calidad de acuerdo con la norma NTC ISO 9001:2008. •Evaluar la capacidad del SGC para asegurar el cumplimiento de los requisitos de los clientes, legales y normatividad aplicable. • Evaluar la eficacia del sistema de gestión de calidad para lograr los objetivos especificados en la organización. •Identificar mejoramientos potenciales al Sistema de Gestión de Calidad 		
ALCANCE:	Todos los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad en Bucaramanga		
CRITERIOS:	<ul style="list-style-type: none"> •NTC-ISO 9001:2008 •Manual de Gestión de la Calidad. •Normas Legales y Reglamentarias aplicables •Documentación establecida en el Sistema de Gestión de Calidad 		
AUDITOR LÍDER:	Ing. Roberto Hernández Macías - RHM	EQUIPO AUDITOR:	Dra. Adriana Ardila Torres – AAT AO: Juan Carlos Cárdenas Vega JCCV Leidy Yazmin Arciniegas Millán LYAM

Actividad	Fecha AA/MM/DD	Hora		Auditado (Cargo)	Auditores
		Inicio	Fin		
BUCARAMANGA					
Reunión de Apertura	28/01/13	8:30 am	9:00 am	Responsables de Proceso	RHM, AAT
Consulta Externa	28/01/13	9:00 am	10:30 am	Coordinador Médico	RHM, AO: JCCV-LYAM
Quimioterapia	28/01/13	10:30 am	12:00 m	Coordinador Médico	RHM, AO: JCCV-LYAM
Hospitalización	28/01/13	2:00 pm	4:00 pm	Coordinador Médico	RHM, AO: JCCV-LYAM
Servicio Farmacéutico	28/01/13	4:00 pm	6:00 pm	Directora Técnica Nacional de Servicio Farmacéutico	RHM, AO: JCCV-LYAM
Talento Humano	29/01/13	8:00 am	10:00 am	Profesional de Talento Humano	RHM, AO: JCCV-LYAM
Compras	29/01/13	10:00 am	12:00 m	Director Nacional Administrativo y Financiero	RHM, AO: JCCV-LYAM
Gestión de Calidad	29/01/13	2:00 pm	4:00 pm	Director Nacional de Calidad	AAT, AO: JCCV-LYAM
Autorizaciones y	29/01/13	4:00 pm	6:00 pm	Coordinador	RHM, AO: JCCV-



PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD

Código: GC-FO-0009

Versión: 01

Página 2 de 1

Aprobó: Director Nacional de Calidad

Fecha de Aprobación: 2012/08/15

Facturación				Regional de Autorizaciones y Facturación	LYAM
TICS	30/01/13	9:00 am	10:00 am	Coordinador Nacional TICS	RHM, AO: JCCV-LYAM
Financiera	30/01/13	10:00 am	11:00 am	Coordinadora Nacional Financiera	RHM, AO: JCCV-LYAM
Infraestructura y Mantenimiento	30/01/13	2:00 pm	4:00 pm	Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento	RHM, AO: JCCV-LYAM
Atención al Cliente	30/01/13	4:00 pm	6:00 pm	Profesional de Atención al Cliente	AAT, AO: JCCV-LYAM
Dirección Institucional	31/01/13	8:00 am	10:00 am	Gerente Nacional	RHM, AO: JCCV-LYAM
Reunión de Cierre	31/01/13	10:00 am	11:00 am	Responsables de Proceso	RHM, AO: JCCV-LYAM
BOGOTÁ					
Reunión de Apertura	04/02/13	8:00 am	8:30 am	Responsables de Proceso	RHM, AAT
Consulta Externa	04/02/13	8:30 am	10:00 am	Coordinador Médico	RHM, AO: JCCV-LYAM
Quimioterapia	04/02/13	10:00 am	12:00 m	Coordinador Médico	RHM, AO: JCCV-LYAM
Servicio Farmacéutico	04/02/13	2:00 pm	4:00 pm	Directora Técnica Nacional de Servicio Farmacéutico	RHM, AO: JCCV-LYAM
Talento Humano	04/02/13	4:00 pm	5:00 pm	Profesional de Talento Humano	RHM, AO: JCCV-LYAM
Compras	04/02/13	5:00 pm	6:00 pm	Director Nacional Administrativo y Financiero	RHM, AO: JCCV-LYAM
Autorizaciones y Facturación	05/02/13	8:00 am	10:00 am	Coordinador Regional de Autorizaciones y Facturación	RHM, AO: JCCV-LYAM
TICS	05/02/13	10:00 am	11:00 am	Coordinador Nacional TICS	RHM, AO: JCCV-LYAM
Financiera	05/02/13	11:00 am	12:00 am	Coordinadora Nacional Financiera	RHM, AO: JCCV-LYAM

	PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD		Código: GC-FO-0009		
			Versión: 01		
			Página 3 de 1		
Aprobó: Director Nacional de Calidad			Fecha de Aprobación: 2012/08/15		

Infraestructura y Mantenimiento	05/02/13	2:00 pm	3:00 pm	Coordinadora de Infraestructura y Mantenimiento	RHM, AO: JCCV-LYAM
Atención al Cliente	05/02/13	3:00 pm	5:00 pm	Profesional de Atención al Cliente	RHM, AO: JCCV-LYAM
Reunión de Cierre	05/02/13	5:00 pm	6:00 pm	Responsables de Proceso	RHM, AO: JCCV-LYAM
TUNJA					
Reunión de Apertura	06/02/13	8:00 am	8:30 am	Responsables de Proceso	RHM, AAT
Consulta Externa	06/02/13	8:30 am	10:00 am	Coordinador Médico	RHM, AO: JCCV-LYAM
Quimioterapia	06/02/13	10:00 am	12:00 m	Coordinador Médico	RHM, AO: JCCV-LYAM
Servicio Farmacéutico	06/02/13	2:00 pm	4:00 pm	Directora Técnica Nacional de Servicio Farmacéutico	RHM, AO: JCCV-LYAM
Talento Humano	06/02/13	4:00 pm	5:00 pm	Profesional de Talento Humano	RHM, AO: JCCV-LYAM
Compras	06/02/13	5:00 pm	6:00 pm	Director Nacional Administrativo y Financiero	RHM, AO: JCCV-LYAM
Autorizaciones y Facturación	07/02/13	8:00 am	10:00 am	Coordinador Regional de Autorizaciones y Facturación	RHM, AO: JCCV-LYAM
Financiera	07/02/13	10:00 am	11:00 am	Coordinadora Nacional Financiera	RHM, AO: JCCV-LYAM
Atención al Cliente	07/02/13	11:00 am	12:00 m	Profesional de Atención al Cliente	RHM, AO: JCCV-LYAM
Reunión de Cierre	07/02/13	12:00 m	12:30 pm	Responsables de Proceso	RHM, AO: JCCV-LYAM


Observaciones

* Durante la ejecución de la auditoria se verificará el cumplimiento de los numerales 4.2.3, .2.4, 8.2.3, 8.4 y 8.5.

* Copia de los listados: maestro de documentos, maestro de registros y maestro de documentos externos para cada auditor.

AO: Auditor Observador.


ANEXO 43. Informe Segunda Auditoria Interna de Calidad

	INFORME DE AUDITORÍA	Código: GC-FO-0005
		Versión: 02
		Página 1 de 3
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012-08-28.

Fecha del Informe:	11/02/2013	Nº Informe Auditoria:	01/13
--------------------	------------	-----------------------	-------

1. DATOS GENERALES	
Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el grado de conformidad del Sistema de Gestión de Calidad de acuerdo con la norma NTC ISO 9001:2008. • Evaluar la capacidad del SGC para asegurar el cumplimiento de los requisitos de los clientes, legales y normatividad aplicable. • Evaluar la eficacia del sistema de gestión de calidad para lograr los objetivos especificados en la organización. • Identificar mejoramientos potenciales al Sistema de Gestión de Calidad
Alcance:	Todos los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad en Bucaramanga y los procesos de Consulta Externa, Quimioterapia y Servicio Farmacéutico en Bogotá y Tunja.
Equipo Auditor:	Auditor Líder: Ing. Roberto Hernández Macías – Auditor Acompañante: Dra. Adriana Ardila Torres. – Auditores observadores: Juan Carlos Cárdenas Vega – Leidy Yazmin Arciniegas Millán.
Documentos de Referencia (Criterios)	<ul style="list-style-type: none"> • NTC-ISO 9001:2008 • Manual de Gestión de la Calidad. • Normas Legales y Reglamentarias aplicables • Documentación establecida en el Sistema de Gestión de Calidad

2. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA	
ASPECTOS POSITIVOS	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Los timbres en los baños son evidencia del trabajo de la institución en pro de cuidar la seguridad del paciente. 2. El uso de la herramienta del SGC para publicar los contratos con las EPS, acuerdos y normatividad, en pro de asegurar la correcta labor de los auxiliares de autorizaciones y facturación. 3. El compromiso y la disposición del personal para atender la auditoría demuestra la preparación previa realizada para las auditorías y facilita la implementación y mantenimiento del SGC. 4. El personal identifica demuestra conocimiento más completo de sus procesos y del papel que cada uno desempeña para el cumplimiento del direccionamiento estratégico. 5. El cuadro de mando de los indicadores facilita el control y seguimiento de los resultados. 6. La implementación del Call Center en Bogotá como apoyo a la asignación de citas evidencia el compromiso de la organización con el cumplimiento del enfoque al cliente y hace más eficiente la prestación de los servicios. 7. La importancia del Sistema de Gestión de Calidad para la alta dirección garantiza su compromiso y se ve en la destinación de recursos necesarios para su implementación y mantenimiento. 	
ASPECTOS POR MEJORAR	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se evidenciaron espacios en blanco en los registros de enfermería, por lo tanto se recomienda el completo diligenciamiento de los mismos, o si es el caso especificar "No aplica". 2. Se recomienda revisar el formato HO-FO-0035 "Registro de admisiones hospitalarias" con el fin de evitar que queden espacios en blanco. Se evidencia que hay espacios normalmente inutilizables. 3. Se debe revisar la instalación de los extintores, ya que no corresponden con los 	

	INFORME DE AUDITORÍA	Código: GC-FO-0005
		Versión: 02
		Página 2 de 3
Aprobó: Director Nacional de Calidad		Fecha de Aprobación: 2012-08-28.

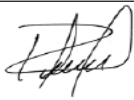
- necesarios en el área de quimioterapia ambulatoria. Adicionalmente se recomienda realizar capacitaciones sobre su uso y la realización de simulacros.
4. Se recomienda especificar en el Procedimiento de autorizaciones AU-PR-0001 los documentos necesarios para cada servicio.
 5. En Bogotá se recomienda realizar ajustes en la interacción de los procesos de Autorizaciones y facturación y quimioterapia, a fin de evitar los reprocesos. El área de quimioterapia debe revisar los documentos antes de enviar a facturación con el fin de entregar los soportes completos y a tiempo.
 6. En los procedimientos de Autorizaciones y Facturación es necesario especificar cuando un documento puede o no ser requerido, dependiendo del acuerdo con cada EPS.
 7. Como la validez de la calibración de las básculas se pierde al moverlas, se requiere adquirir una masa patrón para verificarlas.
 8. En el tratamiento que se dan a las acciones correctivas, preventivas y de mejora, especificar cual no conformidad se está tratando y a que informe de auditoría corresponde.
 9. Se recomienda realizar una carta formal a las EPS informando la no adherencia a los tratamientos por parte de cada paciente.
 10. Se recomienda redefinir los rangos de semaforización del tablero de indicadores. El color rojo debe indicar que la meta no se está cumpliendo, el amarillo que se está corriendo el riesgo de no cumplimiento.
 11. Se recomienda definir que procesos de Talento humano se manejan de forma centralizada en la sede principal, y cuales se realizarán en cada sede.
 12. En las caracterizaciones de algunos procesos es necesario especificar claramente que actividades se realizan en cada sede y quiénes son los responsables.
 13. En la sede Bogotá, se recomienda aumentar la visibilidad de los timbres instalados en los baños.

NO CONFORMIDADES

1. En la Revisión por la Dirección realizada el día 11 de enero de 2013, no se evidenció en las salidas de dicha revisión la asignación de recursos para las actividades definidas, incumpliendo el numeral 5.6.3 literal c "Resultados de la revisión" de la Norma NTC ISO 9001:2008.
2. No se evidencia la existencia de medición de la percepción de los clientes institucionales (Solsalud) incumpliendo con lo definido en el numeral 8.2.1 "Satisfacción del cliente" de la Norma NTC ISO 9001:2008.
3. En el consultorio 416 de la Sede Bogotá no se evidencia el Uso del formato SF-FO-0005 "Etiqueta Identificación de Soluciones", incumpliendo con el numeral 7.5.3. Identificación y trazabilidad de la Norma NTC ISO 9001:2008.
4. En Quimioterapia (Bogotá) se evidenció el diligenciamiento incorrecto del formato QM-FO-0002 "Control y Certificación de servicios asistenciales", ya que contenía las firmas del paciente sin especificar los medicamentos a aplicar. También se evidencia el mal uso del formato CE-FO-0008 "asignación de citas".

OBSERVACIONES

1. En el formato de Infraestructura y mantenimiento IM-FO-0003 "Programación y control de mantenimiento, calibración y calificación", se recomienda registrar la planeación de los mantenimientos y su ejecución, el mantenimiento correctivo no se programa.
2. En quimioterapia Bogotá, en el control de carro de paro no se encuentra trazabilidad, ya que no se identifican los requerimientos que se han realizado para equiparar el stock. Se recomienda organizar la carpeta de manera tal que se aprecie la trazabilidad del proceso, utilizando los registros que han sido creados para corroborar el correcto manejo del carro de paro. Adicionalmente se recomienda replicar esta actividad en las otras sedes.
3. Se encontraron quejas en hojas de papel informales en el buzón de sugerencias de Bogotá, se debe buscar los medios para que el formato de PQRS quede fácilmente identificable para los usuarios del Centro Oncológico.
4. En Bogotá no se realiza una correcta identificación de los pacientes con los datos inequívocos completos.
5. En la guía de extravasación QM-G-0005 se debe incluir el tratamiento a realizar en caso de extravasación con Paclitaxel, ya que es uno de los más utilizados.

ROBERTO HERNÁNDEZ MACIAS	
Nombre Auditor Líder	Firma Auditor Líder

ANEXO 44. Plan Auditoria Otorgamiento ICONTEC

PLAN DE AUDITORÍA EN SITIO



EMPRESA:	Centro Oncológico Ltda.		
Dirección:	Calle 52 B No. 31-29, Bucaramanga, Santander, Colombia.		
Representante:	Roberto Hernández Macías		
Cargo:	Director Nacional de Calidad	Correo electrónico /Teléfono:	calidad@centrooncologico.com;calidad centrooncologico@gmail.com/ 57 – 7 – 6471706 ext. 110
Alcance: Servicios Oncológicos de media y alta complejidad de consulta externa, quimioterapia, servicio farmacéutico y hospitalización en Bucaramanga. Consulta externa, quimioterapia y servicio farmacéutico en Bogotá y Tunja. IAF EA AT 38/1.			
CRITERIOS DE AUDITO	NTC-ISO 9001:2008, Documentación enviada por la Organización, Marco legal aplicable.		
Tipo de auditoría:	<input checked="" type="checkbox"/> OTORGAMIENTO <input type="checkbox"/> SEGUIMIENTO <input type="checkbox"/> RENOVACION <input type="checkbox"/> AMPLIACIÓN <input type="checkbox"/> EXTRAORDINARIA		
Auditoría multisitio:	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Reunión de Apertura:	2013-02-18	Hora:	08.00 h
Reunión de Cierre:	2013-02-22	Hora:	17.30 h
Con un cordial saludo, me dirijo a usted para remitir el plan de la Auditoria que se realizará al Sistema de Gestión de su organización. Por favor indique en la columna correspondiente, el nombre y cargo de las personas que atenderán cada entrevista y devolverlo a mi correo electrónico. Así mismo, para la reunión de apertura de la auditoria le agradezco invitar a las personas del grupo de la alta dirección y de las áreas que serán auditadas. Para el balance diario de información del equipo auditor le agradezco disponer de una oficina o sala, así como también de acceso la documentación del sistema de gestión. Para la reunión inicial le pido el favor de disponer un proyector para computador (sólo para auditorías de certificación inicial). En cuanto a las condiciones de seguridad y salud ocupacional aplicables a su organización, por favor informarlas previamente al inicio de la auditoria y disponer el suministro de los equipos de protección personal necesarios. La información que se conozca por la ejecución de esta auditoria será tratada confidencialmente, por parte del equipo auditor e ICONTEC. El idioma de la auditoria y su informe será el español. Los objetivos de la auditoria son: <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma de sistema de gestión. • Evaluar la capacidad del sistema de gestión para asegurar el cumplimiento de los requisitos. legales y reglamentarios aplicables al alcance del sistema de gestión y a la norma de requisitos de gestión • Determinar la eficaz implementación y mantenimiento del sistema de gestión • Identificar oportunidades de mejora en el sistema de gestión 			
Auditor Líder:	Javier Alberto Amaya Suárez –JAS	Correo electrónico	jamaya@icontec.net
Auditor:	N/A.	Auditor	N/A
Experto técnico:	Gonzalo Alberto Restrepo Espinel – GRE		
Fecha:	2013-02-08		

PLAN DE AUDITORÍA EN SITIO



FECHA/ SITIO (si hay más de uno)	HORA	PROCESO / ACTIVIDAD / REQUISITO POR AUDITAR	AUDITOR	CARGO Y NOMBRE
2013-02-18	08:00 h	Reunión de apertura (Bucaramanga)	JAS GRE	Personal de la sede relacionado en el presente plan.
2013-02-18	08:30 h	Consulta Externa: Planificación y control al proceso. 7.1, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3 y 7.5.5	JAS GRE	Adriana Ardila Torres – Coordinador Médico
2013-02-18	10:00 h	Servicio Farmacéutico: Planificación y control al proceso. 7.1, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3 y 7.5.5	JAS GRE	Yolanda Torres Villamil – Directora Técnica Nacional Servicio Farmacéutico
2013-02-18	12:00 h	Receso	JAS GRE	
2013-02-18	14:00 h	Hospitalización: Planificación y control al proceso. 7.1, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3 y 7.5.5	JAS GRE	Adriana Ardila Torres – Coordinador Médico
2013-02-18	16:00 h	Quimioterapia: Planificación y control al proceso. 7.1, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3 y 7.5.5	JAS GRE	Adriana Ardila Torres – Coordinador Médico Neyla Johanna Bossa Quintero – Jefe Dpto. Enfermería
2013-02-18	17:30 h	Balance de Auditoría	JAS GRE	
2013-02-19	08:00 h	Atención al Cliente: Mercadeo, publicidad, Comercialización del producto. Control al proceso. Satisfacción del cliente. Quejas y Reclamos 7.2, seguimiento a la satisfacción del cliente 8.2.1	JAS	Alba Luz Ramirez Arguello – Profesional Atención al Cliente Zalua Fayruz Yassin Mora – (el tema de Comercialización)
2013-02-19	10:00 h	Autorizaciones y Facturación: Apoyo a los procesos de prestación de servicio ISO 9001: 7.1, 7.2	JAS	Luz Mila Molina Mejia - Coordinador Regional de Autorizaciones y Facturación
2013-02-19	12:00 h	Receso		
2013-02-19	14:00 h	Infraestructura y Mantenimiento: Infraestructura 6.3, Ambiente d trabajo 6.4, Equipos de seguimiento y medición 7.6.	JAS	Zalua Fayruz Yassin Mora – (Coordinadora Infraestructura y Mantenimiento)
2013-02-19	15:30 h	TICS: Apoyo a los procesos de prestación de servicio ISO 9001: 7.1, 7.2	JAS	Eligio Baron Aislant - Coordinador Nacional TICS
2013-02-19	16:30 h	Gestión financiera: Apoyo a los procesos de prestación de servicio ISO 9001: 7.1, 7.2	JAS	Edith Fuentes Ferreira - Coordinadora Nacional Financiera
2013-02-19	17:30 h	Balance de Auditoría	JAS	
2013-02-20	08:00 h	Talento Humano: Competencia, formación y toma de conciencia 6.2.	JAS	Marly Zuñiga Aislant - Coordinadora Nacional de Talento Humano Rocio Ritagua Rueda (Profesional Talento Humano)
2013-02-20	10:00 h	Compras: Proceso de compras 7.4.1, Información de compras 7.4.2 y verificación de las compras 7.4.3	JAS	Piedad Eugenia Sanabria Aislant - Directora Nacional Administrativa y Financiera
2013-02-20	12:00 h	Receso		

PLAN DE AUDITORÍA EN SITIO



2013-02-20	14:00 h	Gestión de calidad: Programación de auditorías, planificación de auditorías, Revisión e informe de auditorías. Control de documentos y registros. Acciones correctivas y preventivas. Mejora continua. Seguimiento y Medición 4.2.3, 4.2.4, 7.2.3, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.4, 8.5.	JAS	Roberto Hernández Macias – Director Nacional de Calidad
2013-02-20	15:30 h	Dirección Institucional: Planificación del sistema. Planteamientos estratégicos. Gestión De recursos. Política y objetivos de calidad. 4.1, 4.2.1, 4.2.2, 5, 6.1, 8.4. Selección, evaluación y revaluación. 7.4	JAS	José Luis Mayorca Castilla – Gerente Nacional. Roberto Hernández Macias Director Nacional de Calidad
2013-02-20	17:00 h	Balance de Auditoría	JAS	
2013-02-20	17:30 h	Reunión de cierre (Bucaramanga)	JAS	Personal de la sede relacionado en el presente plan.

TUNJA

2013-02-21	08:00 h	Reunión de apertura (Tunja)	JAS GRE	Personal de la sede relacionado en el presente plan.
2013-02-21	08:30 h	Consulta Externa: Planificación y control al proceso. 7.1, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3 y 7.5.5	JAS GRE	José Wilson López Argüello Coordinador Médico. Erika Julieth Umaña Bautista Médico General
2013-02-21	09:30 h	Quimioterapia: Planificación y control al proceso. 7.1, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3 y 7.5.5	JAS GRE	Zoraida Barreto Ruiz Enfermera Jefe Erika Julieth Umaña Bautista Médico General
2013-02-21	11:00 h	Servicio Farmacéutico: Planificación y control al proceso. 7.1, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3 y 7.5.5	JAS GRE	Camilo Andrés Peña González Químico Farmacéutico
2013-02-21	12:00 h	Receso	JAS GRE	
2013-02-21	14:00 h	Atención al Cliente: Mercadeo, publicidad, Comercialización del producto. Control al proceso. Satisfacción del cliente. Quejas y Reclamos 7.2, seguimiento a la satisfacción del cliente 8.2.1	JAS GRE	Maria Teresa Pardo Beany Directora Regional Marina AvilaEsptia Auxiliar Consulta Externa
2013-02-21	15:00 h	Autorizaciones y Facturación: Apoyo a los procesos de prestación de servicio ISO 9001: 7.1, 7.2	JAS GRE	Mary Luz Fuya Quintero Auxiliar de Autorizaciones y Facturación
2013-02-21	16:00 h	Talento Humano: Competencia, formación y toma de conciencia 6.2.	JAS GRE	Maria Teresa Pardo Beany Directora Regional
2013-02-21	17:00 h	Balance de Auditoría	JAS GRE	
2013-02-21	17:30 h	Reunión de cierre (Tunja)	JAS GRE	

BOGOTÁ

2013-02-22	08:00 h	Reunión de apertura (Bogotá)	JAS GRE	Personal de la sede relacionado en el presente plan.
2013-02-22	08:30 h	Consulta Externa: Planificación y control al proceso. 7.1, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3 y 7.5.5	JAS GRE	Ernesto De Jesús Torregrosa Herrera - Coordinador Médico
2013-02-22	09:30 h	Quimioterapia: Planificación y control al proceso. 7.1, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3 y 7.5.5	JAS GRE	Ernesto De Jesús Torregrosa Herrera - Coordinador Médico Astrid Marcela Turizo Navarro Médico General
2013-02-22	11:00 h	Servicio Farmacéutico: Planificación y control al proceso. 7.1, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3 y 7.5.5	JAS GRE	Esperanza Peláez Garzón – Químico Farmacéutico Jeimmy Bustos – Regente Farmacia
2013-02-22	12:00 h	Receso	JAS GRE	
2013-02-22	14:00 h	Atención al Cliente: Mercadeo, publicidad, Comercialización del producto. Control al proceso. Satisfacción del cliente. Quejas y Reclamos 7.2, seguimiento a la satisfacción del cliente 8.2.1	JAS GRE	Leidi Paola Duarte Jimenez Lider Atención al cliente. Martha Rocio Garzón Anzola Profesional de Calidad
2013-02-22	15:00 h	Autorizaciones y Facturación: Apoyo a los procesos de prestación de servicio ISO 9001: 7.1, 7.2	JAS GRE	Ofelia Remolina Collantes Coordinadora Administrativa y Financiera
2013-02-22	16:00 h	Talento Humano: Competencia, formación y toma de conciencia 6.2.	JAS GRE	Gloria Nancy Rios Yepes Profesional Administrativa y Financiera
2013-02-22	17:00 h	Balance de Auditoría	JAS GRE	
2013-02-22	17:30 h	Reunión de cierre (Bogotá)	JAS GRE	Personal de la sede relacionado en el presente plan.
Observaciones:				
NOTA: La programación se puede ajustar de acuerdo al desarrollo y duración de las entrevistas o la facilidad de auditar primero unos procesos que a otros.				
<ol style="list-style-type: none"> 1. Favor disponer, para el primer día, los siguientes documentos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Una copia del Listado maestro de documentos del sistema de gestión de calidad. ➤ Listado de los requisitos legales o reglamentarios aplicables al producto o servicio ofrecido. ➤ Una copia del mapa de procesos. 2. Los elementos 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos, 8.2.4 seguimiento y medición del producto, 8.4 Análisis de datos, Control de documentos 4.2.3 y control de registros 4.2.4 se auditarán en todas las áreas y procesos aplicables. <ul style="list-style-type: none"> • Auditor Líder: Javier Alberto Amaya Suárez. 				

ANEXO 45. Certificado NTC ISO 9001:2008 Centro Oncológico Ltda.



ICONTEC Certifica que el Sistema de Gestión de:
ICONTEC Certifies that the Management System of:

CENTRO ONCOLÓGICO LTDA.

Calle 52 B No. 31-29, Carrera 31 No. 53-19 Bucaramanga, Santander; Calle 97 No. 23-37
Oficina 621, Bogotá D.C.; Avenida Norte No. 47-18 Piso 2 Tunja, Boyacá
Colombia

Véase el alcance del sistema de gestión para cada una de las sedes diferentes a la sede principal cubiertas por la
certificación en el anexo

ha sido evaluado y aprobado con respecto a los requisitos especificados en:
has been assessed and approved based on the specified requirements of:

ISO 9001:2008

Este Certificado es aplicable a las siguientes actividades:
This certificate is applicable to the following activities:

Servicios oncológicos de media y alta complejidad de consulta
externa, quimioterapia, servicio farmacéutico y hospitalización en
Bucaramanga. Consulta externa, quimioterapia y servicio
farmacéutico en Bogotá y Tunja

Oncology services of medium and high complexity of specialized
consultation, chemotherapy, pharmaceutical service and
hospitalization in Bucaramanga. Specialized consultation,
chemotherapy and pharmaceutical service in Bogotá and Tunja

Esta aprobación está sujeta a que el sistema de gestión se mantenga de acuerdo con los
requisitos especificados, lo cual será verificado por ICONTEC

This approval is subject to the maintenance of the management system according to the
specified requirements, which will be verified by ICONTEC

Certificado SC-CER232010
Certificate

Fecha de Aprobación: 2013 03 20
Approval Date:

Fecha Última Modificación:
Last Modification Date

Fecha de Vencimiento: 2016 03 19
Expiration Date

ICONTEC es un organismo de Certificación acreditado por:
ICONTEC is a certification body accredited by:



VERIFICADO POR: 1710-004
01/03/2014
ES-P-02-01-A-013, Versión 01
Este certificado es propiedad de ICONTEC y debe ser devuelto al finalizar su vigencia.

ICONTEC INTERNACIONAL, Carrera 27 No. 52 - 95, Bogotá D.C., Colombia

Intercel 001-11 (1)

Directora Ejecutiva
Executive Director



THE INTERNATIONAL CERTIFICATION NETWORK

CERTIFICATE

IQNet and
ICONTEC
hereby certify that the organization

CENTRO ONCOLÓGICO LTDA.

Calle 52 B No. 31-29, Carrera 31 No. 53-19 Bucaramanga, Santander; Calle 97 No. 23-37 Oficina 621, Bogotá D.C.; Avenida Norte No. 47-18 Piso 2 Tunja, Boyacá
Colombia

Véase el alcance del sistema de gestión para cada una de las sedes diferentes a la sede principal cubiertas por la certificación en el anexo

for the following field of activities:

Servicios oncológicos de media y alta complejidad de consulta externa, quimioterapia, servicio farmacéutico y hospitalización en Bucaramanga. Consulta externa, quimioterapia y servicio farmacéutico en Bogotá y Tunja

Oncology services of medium and high complexity of specialized consultation, chemotherapy, pharmaceutical service and hospitalization in Bucaramanga. Specialized consultation, chemotherapy and pharmaceutical service in Bogotá and Tunja

has implemented and maintains a

Quality Management System

which fulfills the requirements of the following standard

ISO 9001:2008

Issued on: 2013 03 20

Validity date: 2016 03 19

Registration Number: CO-SC-CER232010



Michael Drechsel
President of IQNet

Maria Zulema Vèlez Jara
Executive Director of ICONTEC



icortec
internacional

IQNet Partners:

AENOR Spain AFNOR Certification France AIB-Vincotte International Belgium ANCE-SIGE Mexico APCER Portugal CCC Cyprus
CISQ Italy CQC China CQM China CQS Czech Republic Crt Cert Croatia DQS Holding GmbH Germany DS Denmark
PCAV Brazil FONDONORMA Venezuela ICONTEC Colombia IMNC Mexico INNORIP Tunisia
Inspecta Certification Finland IRAM Argentina JQA Japan KPC Korea MIRTEC Greece MSZT Hungary Nemko AS Norway
NSAI Ireland PCBC Poland Quality Austria Austria RH Russia SH Israel SIQ Slovenia SIRIM QAS International Malaysia
SQS Switzerland SRAC Romania TEST St Petersburg Russia TSE Turkey YUQS Serbia
IQNet is represented in the USA by: AFNOR Certification, CISQ, DQS Holding GmbH and NSM Inc.

* The list of IQNet partners is valid at the time of issue of this certificate. Updated information is available under www.iqnet-certification.com