

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

NORELIA UREÑA GUERRERO



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

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

NORELIA UREÑA GUERRERO
Monografía para optar el título de
Especialista en Administración en Servicios de Salud

Director
JORGE ELIÉCER FIGUEROA VARGAS
Ingeniero Industrial



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

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	12
1. GENERALIDADES DEL PROYECTO	13
1.1 TÍTULO.....	13
1.2 JUSTIFICACIÓN	13
1.3 OBJETIVOS	13
1.3.1 General	13
1.3.2 Específicos	13
1.4 ALCANCE	14
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
3. MARCO CONCEPTUAL	17
3.1 ¿QUÉ ES LA “ISO”?	17
3.2 ¿QUE ES “ICONTEC”?	18
3.3 LA FAMILIA DE LAS NORMAS ISO.....	19
3.4 PRINCIPIOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	19
3.5 CONCEPTO DE SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	20
3.6 ¿QUÉ ES UN “PROCESO”?.....	22
4 DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA	24
4.1 RESEÑA HISTORICA.....	24
4.2 MISION	24
4.3 VISION.....	24
4.4 PRINCIPIOS	25
4.5 PRODUCTOS Y SERVICIOS	25
4.5.1 Unidad de Psicología	25
4.5.2 Unidad de Nutrición y Dietética	25
4.5.3 Unidad de Fonoaudiología	25
4.5.4 Unidad de Terapia Ocupacional.....	26
4.5.5 Unidad de Fisioterapia y Terapia respiratoria	26
4.6 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	26
4.7 INFRAESTRUCTURA.....	27
5 METODOLOGÍA.....	32
5.1. METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOGROS IPS	32
5.1.1 Diagnóstico	32
5.1.2 Diagnóstico de gestión administrativa.....	35
5.1.3 Planificación	35
5.1.4 Documentación	43
5.1.5 Implementación.....	49
5.1.6 Evaluación.....	62
6. PLAN DE MEJORA	71
7. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PROYECTO.....	72
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES.....	76
BIBLIOGRAFIA.....	77
ANEXOS.....	78

LISTA DE TABLAS

	Pág.
<u>Tabla 1. Criterios de Evaluación Diagnóstico Inicial ISO</u>	<u>32</u>
<u>Tabla 2. Grado de Cumplimiento por capítulo de la ISO</u>	<u>33</u>
<u>Tabla 3. Política y Objetivos de Calidad</u>	<u>38</u>
<u>Tabla 4. Tabla de Procesos LOGROS IPS</u>	<u>40</u>
<u>Tabla 5. Documentos Gestión Administrativa</u>	<u>48</u>
<u>Tabla 6. Formatos Gestión Administrativa</u>	<u>49</u>
<u>Tabla 7. Implementación de Documentos</u>	<u>54</u>
<u>Tabla 8. Documentos Transversales</u>	<u>55</u>
<u>Tabla 9. Hallazgos Auditoría Gestión Administrativa</u>	<u>65</u>
<u>Tabla 10. No Conformidades Gestión Administrativa</u>	<u>68</u>
<u>Tabla 11. Medición de indicador</u>	<u>69</u>
<u>Tabla 12. Cumplimiento de Objetivos</u>	<u>73</u>

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
<u>Figura 1. Modelo de enfoque hacia procesos</u>	<u>21</u>
<u>Figura 2. Organigrama de LOGROS IPS</u>	<u>27</u>
<u>Figura 3. LOGROS IPS Sede de Cañaveral</u>	<u>28</u>
<u>Figura 4. Entrada Sede Cañaveral</u>	<u>29</u>
<u>Figura 5. Gimnasio Primer Piso – Sede Cañaveral</u>	<u>29</u>
<u>Figura 6. Gimnasio Tercer Piso – Sede Cañaveral</u>	<u>30</u>
<u>Figura 7. LOGROS IPS – Sede Cabecera</u>	<u>30</u>
<u>Figura 8. Gimnasio – Sede Cabecera</u>	<u>31</u>
<u>Figura 9. Primer Piso – Sede Cabecera</u>	<u>31</u>
<u>Figura 10. Resultados Diagnóstico Inicial ISO en LOGROS IPS</u>	<u>33</u>
<u>Figura 11. Mapa de Procesos LOGROS IPS</u>	<u>41</u>
<u>Figura 12. Cronograma de Implementación del SGC LOGROS IPS</u>	<u>43</u>
<u>Figura 13. Foto Capacitación del personal</u>	<u>50</u>
<u>Figura 14. Instructivo limpieza y Desinfección Equipos Terapia Respiratoria</u>	<u>52</u>
<u>Figura 15. Instructivo Preparación de Hipoclorito</u>	<u>52</u>
<u>Figura 16. Instructivo Lavado de manos</u>	<u>53</u>
<u>Figura 17. Documentos transversales LOGROS IPS</u>	<u>56</u>
<u>Figura 18. Foto Consultorio de Terapia Respiratoria</u>	<u>57</u>
<u>Figura 19. Foto almacenamiento de Insumos Terapia Respiratoria</u>	<u>58</u>
<u>Figura 20. Foto zona de limpieza y desinfección Terapia Respiratoria</u>	<u>59</u>
<u>Figura 21. Foto área limpieza de equipos Terapia Respiratoria</u>	<u>59</u>
<u>Figura 22. Foto área de desinfección de equipos Terapia Respiratoria</u>	<u>60</u>
<u>Figura 23. Fotos zona de secado de equipos Terapia Respiratoria</u>	<u>60</u>
<u>Figura 24. Foto Almacenamiento Central de Residuos</u>	<u>61</u>
<u>Figura 25. Foto Almacenamiento Elementos de aseo</u>	<u>61</u>
<u>Figura 26. Foto Consultorios con su respectiva señalización</u>	<u>62</u>
<u>Figura 27. Medición de indicador</u>	<u>69</u>

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
<u>Anexo. 1 Diagnóstico Inicial ISO 9001 LOGROS IPS</u>	<u>79</u>
<u>Anexo. 2 Caracterización Gestión Administrativa</u>	<u>88</u>
<u>Anexo. 3. Procedimiento general de compras y formato hoja de vida de proveedores</u>	<u>93</u>
<u>Anexo. 4 Acta de reunión</u>	<u>100</u>
• <u>Acta de reunión No. 01</u>	<u>100</u>
• <u>Acta de reunión No. 02</u>	<u>102</u>
• <u>Acta de reunión No. 04</u>	<u>104</u>
• <u>Acta de reunión No. 06</u>	<u>107</u>
• <u>Acta de reunión No. 09</u>	<u>109</u>
• <u>Acta de reunión No. 16</u>	<u>111</u>
• <u>Acta de reunión No. 20</u>	<u>113</u>
• <u>Acta de reunión No. 25</u>	<u>115</u>
<u>Anexo. 5. Listado maestro de documentos</u>	<u>117</u>
<u>Anexo. 6. Plan de auditoría interna</u>	<u>119</u>
<u>Anexo 7 .Informe de auditoría interna</u>	<u>121</u>

RESUMEN

TITULO: PLANIFICACIÓN, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN EN EL PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA QUE FORMA PARTE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CENTRO DE ESPECIALISTAS IPS LOGROS EU, DE ACUERDO A LOS REQUISITOS DE LA NORMA NTC- ISO9001:2008 Y LOS REQUISITOS LEGALES APLICABLES*

AUTORA: NORELIA UREÑA GUERRERO**

PALABRAS CLAVES: Sistema de Gestión de Calidad, NTC ISO 9001:2008, Planificación, Documentación, Implementación, Evaluación. LOGROS IPS.

DESCRIPCIÓN:

Este documento presenta la metodología usada en LOGROS IPS en el proceso de Gestión Administrativa para la planificación, documentación e implementación del sistema de gestión de la calidad, basado en la norma NTC ISO 9001: 2008.

Para dar inicio el proceso se realizó un diagnóstico respecto al cumplimiento de los requisitos exigidos por la NTC ISO 9001: 2008, fuente de información para la etapa de planificación del Sistema de Gestión de la Calidad; y así definir las actividades a desarrollar en la etapa de documentación e implementación. Se realizó la respectiva capacitación y actividades de socialización al personal de la organización sobre conceptos claves relacionados con el procedimiento general de compras, programa de mantenimiento preventivo y bioseguridad. Posteriormente, con el fin de hacer la respectiva evaluación de la eficacia de la implementación y el cumplimiento de los requisitos de la NTC ISO 9001:2008, se ejecutó una auditoría interna del proceso lo que permitió definir el plan de mejoramiento.

Dentro del desarrollo del sistema de gestión de la calidad, las organizaciones hacen su diferenciación entre los respectivos procesos estratégico, misionales y de apoyo cada uno vital para su funcionamiento; dentro de los procesos de apoyo se encuentra la Gestión Administrativa que en conjunto con el proceso de recursos humano, forman una plataforma que garantice la prestación del servicio con calidad y la satisfacción del cliente interno y externo.

Se concluye con las recomendaciones sugeridas a la institución para fortalecer el proceso de implementación del SGC y lograr la certificación.

* Proyecto de grado

** Facultad de salud. Escuela de medicina. Departamento de salud pública. Especialización en administración de servicios de salud. Directora: Dra. Myriam Ruiz Rodríguez.

SUMMARY

TITLE: PLANNING, DOCUMENTATION AND DOES IMPLEMENTATION IN THE PROCESS OF ADMINISTRATIVE MANAGEMENT THAT FORMS A PART OF THE SYSTEM OF MANAGEMENT OF THE QUALITY OF THE SPECIALISTS' CENTER IPS ACHIEVEMENTS EU, GIVE AGREEMENT TO THE REQUIREMENTS OF THE NORM NTC - ISO9001:2008 AND THE LEGAL APPLICABLE REQUIREMENTS*

AUTHOR: NORELIA WARLIKE UREÑA**

KEY WORDS: System of Quality management, ISO NTC 9001:2008, Planning, Documentation, Implementation, Evaluation. ACHIEVEMENTS IPS.

DESCRIPTION:

This document presents the methodology used in ACHIEVEMENTS IPS in the process of Administrative Management for the planning, documentation and implementation of the system of management of the quality, based on the norm ISO NTC 9001: 2008.

To give beginning the process a diagnosis fulfilled with regard to the fulfillment of the requirements demanded by the ISO NTC 9001: 2008, source of information for the stage of planning of the System of Management of the Quality; and this way to define the activities to develop in the stage of documentation and implementation. There were realized the respective training and activities of socialization to the personnel of the organization on key concepts related to the general procedure of purchases, program of preventive maintenance and bioseguridad. Later, in order to do the respective evaluation of the efficiency of the implementation and the fulfillment of the requirements of the ISO NTC 9001:2008, an internal audit of the process was executed what allowed to define the plan of improvement.

Inside the development of the system of management of the quality, the organizations do his differentiation between the respective processes strategically, misionales and of support vital each one for his functioning; inside the processes of support one finds the Administrative Management that as a whole with the process of resources I humanize, they form a platform that guarantees the service with quality and the satisfaction of the internal and external client.

He concludes with the recommendations suggested to the institution to strengthen the process of implementation of the SGC and to achieve the certification.

* Proyecto de grado

** Facultad de salud. Escuela de medicina. Departamento de salud pública. Especialización en administración de servicios de salud. Directora: Dra. Myriam Ruiz Rodríguez.

INTRODUCCIÓN

En el marco de lograr la certificación de calidad, las empresas cuentan con entidades que permiten la orientación de cómo hacer paso a paso el proceso de implementación de un sistema de gestión de la calidad y sus respectivas características y normatividad, la institución responsable a nivel mundial de crear normas y directrices frente al tema de calidad es la Organización Internacional de Estandarización ISO, quien definió la norma ISO 9001 que establece los requisitos para la presente certificación.

A nivel de Colombia “El Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación ICONTEC, es el organismo nacional de normalización, según decreto 2269 de 1993. El ICONTEC, es una entidad de carácter privado, sin ánimo de lucro, cuya misión es fundamental para brindar soporte y desarrollo al productor y protección del consumidor. Colabora con el sector gubernamental y apoya el sector privado del país, para lograr ventajas competitivas en los mercados interno y externo” ¹

Los sistemas de gestión de la calidad ayudan a las organizaciones a aumentar la satisfacción de sus clientes; por eso “para conducir y operar una organización de forma exitosa se requiere que ésta se dirija y controle en forma sistemática y transparente” ² .

El enfoque basado en procesos de un sistema de gestión de la calidad permite que las organizaciones operen de manera eficaz al identificar y gestionar la variabilidad e interrelación de cada uno de ellos y a la vez se oriente el proceso de mejora continua.

Logros IPS no ha sido ajena al requerimiento de implementar un Sistema de Gestión de la Calidad, es así como en la presente monografía apoya al diseño y construcción del sistema, específicamente en el proceso de gestión administrativa.

Dentro del desarrollo del sistema de gestión de la calidad, las organizaciones hacen su diferenciación entre los respectivos procesos estratégico, misionales y de apoyo cada uno vital para su funcionamiento; dentro de los procesos de apoyo se encuentra la Gestión Administrativa que en conjunto con el proceso de recursos humano, forman una plataforma que garantice la prestación del servicio con calidad y la satisfacción del cliente interno y externo.

¹ NORMAS ISO 9000: 2000 SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. FUNDAMENTOS Y VOCABULARIO.

² NORMAS ISO 9000: 2000 SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. FUNDAMENTOS Y VOCABULARIO.

1. GENERALIDADES DEL PROYECTO

1.1 TITULO

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

1.2 JUSTIFICACIÓN

En el campo de la competitividad en el mercado existente en la prestación de servicios de salud, las empresas en este caso las IPS, deben tener herramientas que les permita marcar la diferencia en la atención al usuario y a la vez tener siempre un valor agregado en la satisfacción del mismo; y la certificación es una de ellas, dando a la empresa el respaldo necesario para brindar una atención basada en la calidad.

La gestión administrativa dentro del proceso de implementación del sistema de gestión de la calidad, es un brazo fuerte en LOGROS IPS, ya que maneja todo lo relacionado con el proceso de compras, infraestructura y bioseguridad; si cada una de estas áreas tiene un diseño y funcionamiento adecuado, permiten al interrelacionarse con las demás áreas de la empresa tener una estabilidad en la prestación del servicio y participación en el mercado, su buena gestión ofrece a la dirección apoyo en la fijación de políticas generales en la prestación del servicio, trazo y cumplimiento de metas, control de gastos, etc., que como fin último refleja la cultura de calidad en la institución.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 General

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

1.3.2 Específicos

- Elaborar un diagnóstico teniendo en cuenta los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008 que permita identificar el estado actual del proceso de gestión

administrativa, así como las fortalezas y debilidades que puedan ser de utilidad para las etapas de documentación e implementación.

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

1.4 ALCANCE

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

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es responsabilidad del estado regular las normas que rigen la prestación de los servicios de salud en Colombia con el fin de lograr una atención equitativa, oportuna, eficiente y con calidad; es por esto que se han definido una serie de requisitos y normas legales entre ellas se encuentra el Decreto 1011-2006, el cual establece las pautas y parámetros mínimos para el funcionamiento de una IPS y estándares de obligatorio cumplimiento que contribuyen a la prestación de un servicio con altos niveles de calidad.

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

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

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

En Colombia muchas Instituciones de Salud (IPS-EPS) para dar cumplimiento, a los requisitos establecidos en el sistema obligatorio de garantía de la calidad, han adoptado el modelo internacional bajo la norma NTC-ISO 9001 que establece los requisitos para la implementación de un sistema de gestión de la calidad aplicable a cualquier empresa. El modelo tiene como propósito mejorar el desempeño organizacional y la capacidad de entregar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes. La orientación de este sistema promueve la adopción de un enfoque basado en los

procesos, el cual consiste en identificar y gestionar, de manera eficaz, numerosas actividades relacionadas entre sí y hace énfasis especial en la importancia de aumentar la satisfacción de los clientes y la mejora en el desempeño de las entidades, la cual debe ser la motivación para la implementación de un sistema de gestión de la calidad y no simplemente la certificación con norma internacional, la cual debe verse como un reconocimiento pero nunca como un fin.

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

3. MARCO CONCEPTUAL

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

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

3.1 ¿QUÉ ES LA "ISO"?

"El 14 de octubre de 1946 se reunieron en Londres 25 países que deseaban establecer un organismo oficial para definir las normas que hicieran posible el intercambio de productos, repuestos, equipos y maquinaria. Ellos acordaron fundar la Organización Internacional para la Normalización. En inglés es la International Organization for the Standardization, sus siglas serían IOS, pero los creadores eligieron la palabra ISO"³.

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

Esta organización fue creada con el fin de promover el desarrollo de la estandarización de actividades relacionadas con el propósito de facilitar el intercambio internacional de bienes y

³ HACIA UNA CALIDAD MÁS ROBUSTA CON ISO 9000:2000. Editorial Panorama. México D.F. 2001. Página 19. Párrafo 2.

servicios y para desarrollar la cooperación en la esfera de la actividad intelectual, científica, tecnológica y económica.

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

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

3.2 ¿QUE ES "ICONTEC"?

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

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

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

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

3.3 LA FAMILIA DE LAS NORMAS ISO

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

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

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

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

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

3.4 PRINCIPIOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

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

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

2. **Liderazgo:** los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal puede llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.
3. **Participación del personal:** el personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
4. **Enfoque basado en procesos:** un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
5. **Enfoque de sistema para la gestión:** identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.
6. **Mejora continua:** la mejora continua en el desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.
7. **Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones:** las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
8. **Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:** una organización y sus proveedores son interdependiente y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

3.5 CONCEPTO DE SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Un sistema es “un conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan”⁴. Los elementos considerados en la implementación del Sistema de gestión de la calidad son los procesos, la estructura organizacional, los recursos asignados con un fin específico y los procedimientos.

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

⁴ NORMA ISO 9000:2000. SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. FUNDAMENTOS Y VOCABULARIO.

El modelo basado en procesos es utilizado en la implementación del sistema de gestión de la calidad. “Cualquier actividad, o conjunto de actividades, que utiliza recursos para transformar entradas en salidas puede considerarse como un proceso.”⁵ El propósito de realizar un modelo de procesos es alinear las actividades de la organización en una sola dirección, de manera que todas estén orientadas a la satisfacción del cliente. En la siguiente figura se hace la representación grafica de cómo deben interactuar los procesos, tomando como entrada las necesidades y requisitos del cliente, cumpliendo los ocho principios de la calidad y teniendo como resultado la satisfacción del cliente, como se presenta a continuación:

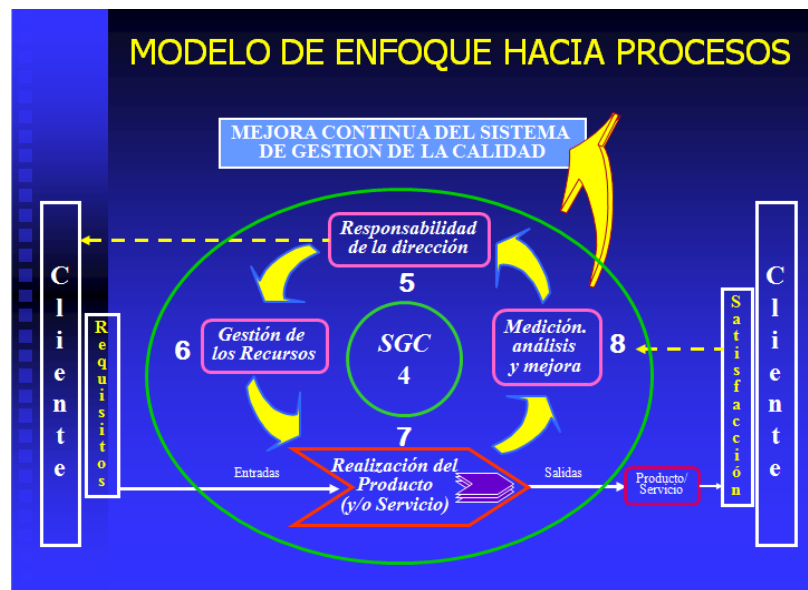


Figura 1. Modelo de enfoque hacia procesos⁶

BENEFICIOS DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

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

- Una mejor consistencia en el servicio y en el desempeño del producto
- Mejores niveles de satisfacción del cliente
- Mejor opinión por parte del cliente
- Aumento de la productividad y eficiencia
- Reducción de costos

⁵ NORMA ISO 9000: 2000. SISTEMAS DE GESTION DE LA CALIDAD. FUNDAMENTOS Y VOCABULARIO.

⁶ Fuente: MEMORIAS. DIPLOMADO EN GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2000.

- Mejor comunicación entre clientes internos, externos, y proveedores
- Una ventaja competitiva y un aumento en las oportunidades de ventas.

3.6 ¿QUÉ ES UN “PROCESO”?

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

Hay tres elementos importantes en un proceso:

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

Características o condiciones de los procesos

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

Requisitos de un proceso

- Todos los procesos tienen que tener un responsable designado que asegure su cumplimiento y eficacia continuados.
- Todos los procesos claves y relevantes tienen que ser capaces de satisfacer los ciclos P, H, V, A: Planificar, Hacer, Verificar y Actuar.

- Todos los procesos tienen que tener indicadores que permitan visualizar de forma gráfica la evolución de los mismos. Tienen que ser planificados en la fase P, tienen que realizarse en la fase H, tienen que verificarse en la fase V y tiene que utilizarse en la fase A para ajustar y/o establecer objetivos.
- Todos los procesos tienen que ser auditados para verificar el grado de cumplimiento y eficacia de los mismos. Para esto es necesario documentarlos mediante procedimientos.
- Es recomendable planificar y realizar periódicamente (aproximadamente 2 años) una reingeniería de los procesos de gestión clave y relevante para alcanzar mejoras espectaculares en determinados parámetros como costos, calidad, servicio y rapidez de respuesta.

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

4 DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA

4.1 RESEÑA HISTORICA

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

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

4.2 MISION

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

4.3 VISIÓN

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

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

4.4 PRINCIPIOS

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

4.5 PRODUCTOS Y SERVICIOS

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

4.5.1 Unidad de Psicología

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

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

4.5.2 Unidad de Nutrición y Dietética

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

4.5.3 Unidad de Fonoaudiología

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

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

4.5.4 Unidad de Terapia Ocupacional

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

- Problemas de aprendizaje, dirigido a niños, niñas, adolescentes y adultos, con disfunciones de atención, torpeza motriz e hiperactividad con el fin de desarrollar las habilidades necesarias para un buen desempeño. Comprende adiestramiento perceptual, visual y maduración del sistema nervioso.
- Programa de alteraciones neuromusculares, dirigido a niños, niñas y adolescentes con patologías como parálisis cerebral, retardo mental, síndrome de Down, entre otros.
- Programa de reacondicionamiento, enfocado en la recuperación de pacientes adultos que por eventualidad accidental hayan perdido sus habilidades motoras.

4.5.5 Unidad de Fisioterapia y Terapia respiratoria

Atiende población de todas las edades y comprende los programas de:

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

4.6 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

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

personal de la institución, a continuación se presenta el organigrama definido en LOGROS IPS:



GESTIÓN ESTRATÉGICA
ORGANIGRAMA

CÓDIGO: GE - G - 04
VERSIÓN: 00
FECHA APROBACIÓN: 10 - Enero - 2.011

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

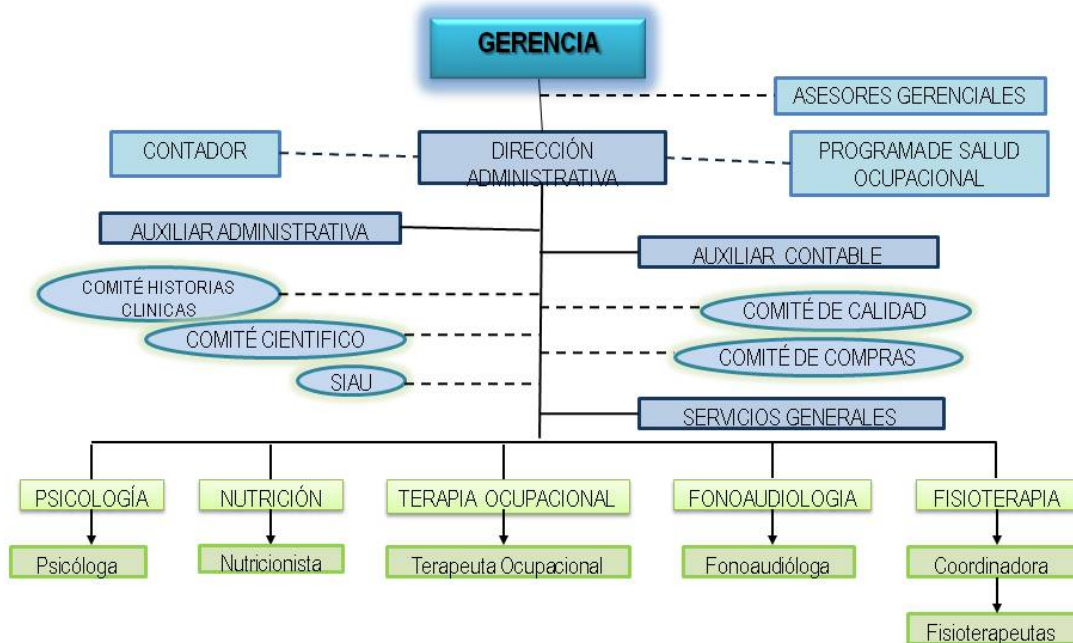


Figura 2. Organigrama LOGROS IPS

4.7 INFRAESTRUCTURA

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

- Sede Cañaveral

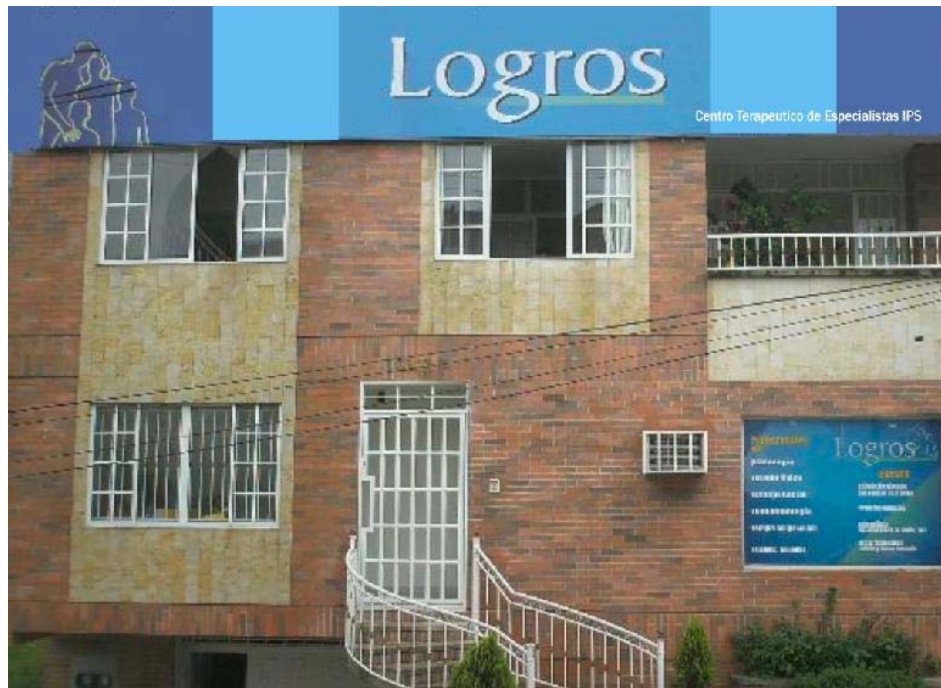


Figura 3. LOGROS IPS sede cañaveral

Sede Cañaveral: en el primer piso (65 m²) cuenta con sala de espera, recepción, acondicionamiento físico (barras paralelas, elíptica y caminador), espacio destinado para ejercicios de espalda y rodilla y 3 consultorios individuales de fisioterapia.

En el segundo piso (200 m²) funcionan 6 consultorios: Psicología, fisioterapia, fonoaudiología, nutrición y dietética, terapia ocupacional, terapia respiratoria y la oficina de gerencia.

En el tercer piso (180 m²) funciona el gimnasio terapéutico, dotado para trabajo físico e integración sensorial.



Figura 4 . Entrada sede cañaverall

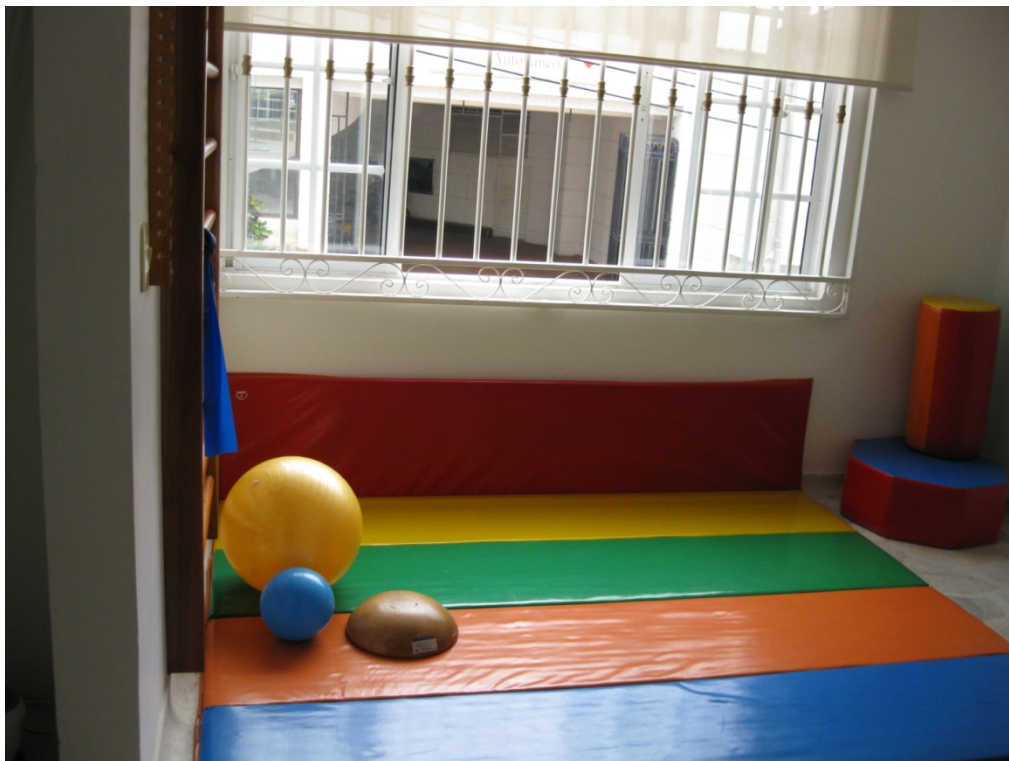


Figura 5. Gimnasio primer piso sede cañaverall



Figura 6. Gimnasio tercer piso sede cañaveral

- Sede Cabecera: en el primer piso (250 m²) se encuentra la recepción, terapia respiratoria, rampa de acceso a la sala de espera y 3 consultorios de fisioterapia dotados para atender 10 pacientes simultáneamente, acondicionamiento físico (Barras paralelas, elíptica, caminador, colchonetas y balones de Pilates) y oficina de gerencia.

En el segundo piso: (90 m²) funciona el consultorio de fonoaudiología, de terapia ocupacional, nutrición y dietética y psicología.



Figura 7. LOGROS IPS sede cabecera

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



Figura 8. Gimnasio sede cabecera



Figura 9. Primer piso sede cabecera

5 METODOLOGÍA

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

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

5.1.1 Diagnóstico

Se buscó identificar el estado actual de la institución respecto a los requisitos de la Norma ISO 9001:2008.⁷ Para la elaboración de este diagnóstico se utilizó una herramienta que contribuye a la elaboración de un análisis teniendo en cuenta las evidencias detectadas en la empresa mediante observación de campo, entrevistas al personal y documentación utilizada, verificando en qué estado se encuentra cada requisito de la norma, según los siguientes criterios de evaluación:

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

Tabla 1. Criterios de evaluación diagnóstico inicial ISO.

⁷ Norma NTC ISO 9001:2008

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

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

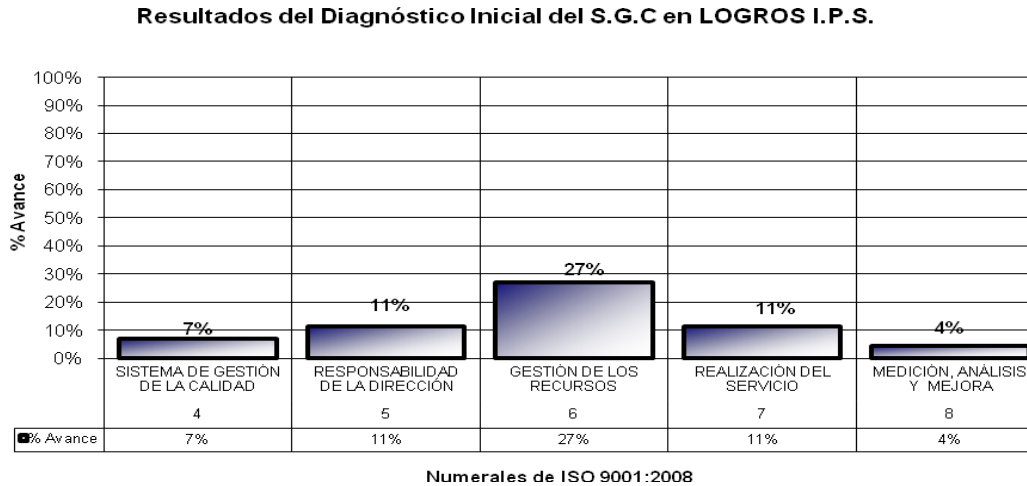


Figura 10. Resultados diagnostico inicial ISO en LOGROS IPS

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

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

Tabla 2. Grado de cumplimiento por capítulos de la ISO

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

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

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

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

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

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

Para una mejor interpretación de los resultados; de cómo se encontraba la institución frente a los requisitos de la normal NTC ISO 9001:2008 Ver anexo 1 Diagnóstico inicial ISO 9001: 2008 LOGROS IPS.

5.1.2 Diagnóstico de gestión administrativa

Para el proceso del diseño e implementación del sistema de gestión de la calidad, se realizó el diagnóstico de la gestión administrativa, se hizo una auto evaluación del cumplimiento inicial, de los requisitos exigidos por la norma NTC-ISO 9001:2008 en lo correspondiente al proceso de infraestructura (6.3), ambiente de trabajo (6.4) y compras (7.4) ; ésta auto evaluación, permitió el análisis de cada uno de los requisitos, encontrando debilidades mayores en el proceso de gestión de compras por no existir ningún documento definido , ni existía éste como proceso; se compraba según necesidad y no se tenía claro la importancia de este proceso en la institución.

En el proceso de infraestructura igualmente, no exista un documento definido de hoja de vida de equipos, algunos equipos tenían las indicaciones del fabricante y no estaba establecido el programa de mantenimiento preventivo de equipos e infraestructura, se realiza mantenimiento correctivo según necesidad. No existían protocolos ni manuales de bioseguridad y tampoco el programa de gestión integral de residuos hospitalarios (PGIRH). El análisis de estas debilidades nos dió como resultado un cumplimiento en la prestación del servicio del 11% y en la gestión de los recursos un 27%, valor insuficiente para iniciar la implementación de un sistema de gestión de la calidad. Por la tanto el reto en el proceso de gestión administrativa era grande, se debía iniciar una cultura de calidad en la gestión de procesos y conocer la importancia de cada uno y su interacción para el logro de los objetivos institucionales.

Luego de analizar las debilidades existentes, se decidió unificar estos procesos bajo el nombre de gestión administrativa para un adecuado manejo y control de los mismos. Se diseño la respectiva caracterización de la gestión administrativa, diseño de los respectivos documentos como: selección de proveedores, procedimiento general de compras, programa de mantenimiento preventivo, PGIHR entre otros. Este diseño de los documentos se llevó a cabo cumpliendo con los requisitos definidos por la norma NTC-ISO 9001: 2008, para garantizar su adecuada implementación.

5.1.3 Planificación

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

5.1.3.1 Alcance del Sistema de Gestión de la Calidad:

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

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

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

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

5.1.3.2 Política de calidad

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

5.1.3.3 Objetivos de calidad

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

- Garantizar la satisfacción del cliente usuario, ofreciendo un servicio con atención oportuna, calidad y calidez; que logre la efectividad en su tratamiento.
- Garantizar las expectativas del cliente empresa, minimizando las no conformidades de sus usuarios y afiliados.
- Desarrollar un equipo humano altamente calificado, en constante capacitación y sentido de pertenencia con la institución.
- Mantener unas instalaciones que ofrezcan fácil accesibilidad, seguridad, infraestructura moderna, dotación con material y equipos adecuados.
- Incrementar la mejora continua en los procesos de la Institución.

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

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

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

Despliegue de la política y objetivos de la Calidad

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

Tabla 3 Política y objetivos de calidad LOGROS IPS

5.1.3.4 Definición de responsabilidades

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

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

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

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

- **Personal de la Organización:** comprometido con la institución en las actividades a implementar en los procesos de la organización y encargados de aplicar los documentos y formatos definidos en el sistema de gestión de la calidad de LOGROS IPS.

5.1.3.5 Mapa de procesos:

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

Para la elaboración del mapa de procesos de la institución, la gerencia realizó un análisis de las áreas de atención y se identificaron los procesos basados en los siguientes conceptos:

Procesos Estratégicos: incluyen procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, provisión de comunicación, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios y revisiones por la dirección.

Procesos Misionales: incluyen todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la institución en el cumplimiento de su objeto social o razón de ser.

Procesos de Apoyo: incluyen todos aquellos procesos para la provisión de los recursos que son necesarios en los procesos estratégicos, misionales y de medición, análisis y mejora.

Una vez entendido el concepto de los tipos de procesos, se plantearon los procesos relacionados a continuación con el respectivo responsable:

Una vez entendido el concepto de los tipos de procesos se plantearon los procesos relacionados a continuación con el respectivo responsable:

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

Tabla 4. Tabla de procesos LOGROS IPS

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



Figura 11. Mapa de procesos LOGROS IPS

5.1.3.6 Caracterización de procesos

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

- **PROPÓSITO:** se describe el objetivo (s) del proceso, detalla la razón de ser o para que existe en la institución.
- **RESPONSABLE:** se define el cargo de quién es el líder del proceso.
- **PROVEEDORES DEL PROCESO:** corresponde a los procesos internos, proveedores externos, empresas clientes, usuarios que son necesarios para lograr el objetivo del proceso.
- **ENTRADAS AL PROCESO:** son las entradas de suministros que son necesarios para el proceso como los insumos, materiales, información de proveedores, usuarios o los mismos procesos internos de la institución.

- **ACTIVIDADES DEL PROCESO:** se establecen a través del ciclo PHVA (Planear, hacer, verificar y actuar), que está compuesto por las cuatro fases básicas del control: planificar, ejecutar, verificar y actuar correctivamente.

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

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

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

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

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

- **SALIDAS O RESULTADOS:** son los resultados que se esperan del proceso, los resultados están alineados con los objetivos del proceso en términos de la calidad, oportunidad, seguridad, eficiencia, accesibilidad y eficacia.
- **PROCESOS CLIENTES:** se describen cuáles son los clientes del proceso; un cliente es quien recibe las salidas o resultados del proceso.
- **DOCUMENTOS RELACIONADOS:** se describen todos los documentos que se involucran en el proceso, como listados, manuales, procedimientos, guías y protocolos, entre otros.
- **RECURSOS:** es la descripción de los recursos que se utilizan en el proceso: humanos, físicos, equipos, materiales importantes, software especial, hardware, entre otros.
- **PARÁMETROS DE CONTROL DEL PROCESO:** son las tareas del proceso que se deben verificar y que ponen en riesgo los objetivos del proceso.

- **REQUISITOS DEL PROCESO:** son los cuatro requisitos que intervienen en un sistema de gestión de la calidad como son: normas legales, directrices institucionales, requisitos del cliente y requisitos de la norma certificadora.
- **INDICADORES DE CONTROL DE GESTIÓN DEL PROCESO:** se identifican los indicadores para dicho proceso.

Identificando los anteriores aspectos se procede a desarrollar la caracterización para el proceso de gestión administrativa de LOGROS IPS, para una mejor comprensión ver Anexo 2. **CARACTERIZACIÓN GESTIÓN ADMINISTRATIVA.**

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

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

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

Figura 12. Cronograma de implementación del SGC LOGROS IPS

5.1.4 Documentación

El objetivo de esta etapa es adecuar los documentos existentes en la institución y generar los documentos adicionales que sean necesarios para cumplir con los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008.

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

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

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

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

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

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

- **Propósito:** define claramente la razón de ser del documento. Precisa los aspectos que trata el documento y amplía la información suministrada en el título del mismo.
- **Alcance:** establece la vigencia del documento y las gestiones, procesos, servicios, cargos, clientes, áreas, funciones o actividades a las cuales aplica la utilización del documento.
- **Responsable(s):** relaciona el(los) cargo(s) que participan y tienen responsabilidad en el cumplimiento de las actividades documentadas.
- **Procedimiento:** en esta sección se describe como se realiza el proceso estableciendo, las diferentes etapas o actividades necesarias para su ejecución.

Según las actividades a documentar el desarrollo del proceso se representa a través de texto, diagramas de flujo, cuadros, tablas, gráficos, entre otros, según se considere apropiado en cada caso.

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

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

En el proceso de diseñar e implementar el sistema de gestión de calidad de una institución en miras a la certificación de la misma, la gestión administrativa juega vital importancia teniendo en cuenta que permite la organización y control de los inventarios, implementación de programas de mantenimiento preventivo y la cultura de bioseguridad en sus empleados; cada una de éstas áreas en su estructura de forma independiente permiten el funcionamiento adecuado de cada uno de los procesos, pero al integrarlos en la gestión administrativa se convierten en una fuerte herramienta en la institución para el logro de sus objetivos, razón por la cual el diseño de cada uno de sus documentos debe ser completo, específico y claro en su contenido.

5.1.4.1. Requisitos de la documentación

En LOGROS IPS se da cumplimiento total o parcial a parte de los requisitos definidos en la norma NTC-ISO 9001:2008, específicamente en los enunciados a continuación:

INFRAESTRUCTURA (Numeral 6.3 NTC-ISO 9001:2008)

La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto. La infraestructura incluye, cuando sea aplicable:

- a) edificios, espacios de trabajo y servicios asociados;
- b) equipos para los procesos, tanto hardware como software, y
- c) servicios de apoyo (tales como transporte, comunicación o sistemas de información).

AMBIENTE DE TRABAJO (Numeral 6.4 NTC-ISO 9001:2008)

La organización DEBE determinar y gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto.

Nota. El término “ambiente de trabajo” está relacionado con aquellas condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo, incluyendo factores físicos, ambientales y de otro tipo (Tales como el ruido, la temperatura, la humedad, la iluminación o las condiciones climáticas”).

COMPRAS (7.4)

PROCESOS DE COMPRAS (Numeral 7.4.1 NTC-ISO 9001:2008)

La organización DEBE asegurarse de que el producto adquirido cumpla los requisitos de compra especificados. El tipo y grado del control aplicado al proveedor y al producto adquirido DEBEN depender del impacto del producto adquirido en la posterior realización del producto o sobre el producto final.

La organización DEBE evaluar y seleccionar los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con los requisitos de la organización. DEBEN establecerse los criterios para la selección, la evaluación y la re-evaluación. DEBEN mantenerse los registros de los resultados de las evaluaciones y de cualquier acción necesaria que se derive de las mismas.

INFORMACIÓN DE LAS COMPRAS (Numeral 7.4.2 NTC-ISO 900 :2008)

La información de las compras DEBE describir el producto a comprar, incluyendo, cuando sea apropiado:

- a) Los requisitos para la aprobación del producto, procedimientos, procesos y equipos,
- b) Los requisitos para la calificación del personal, y
- c) Los requisitos del sistema de gestión de la calidad.

VERIFICACIÓN DE LOS PRODUCTOS COMPRADOS (Numeral 7.4.3 NTC-ISO 9001:2008)

La organización DEBE establecer e implementar la inspección u otras actividades necesarias para asegurar que el producto comprado, cumple con los requisitos de compra especificados.

Cuando la organización o su cliente quieran llevar a cabo la verificación en las instalaciones del proveedor, la organización DEBE establecer en la información de compra las disposiciones requeridas para la verificación pretendida y el método para la liberación del producto.

El objetivo del proceso gestión administrativa es diseñar, implementar y controlar el desarrollo de las compras, la infraestructura y bioseguridad en LOGROS IPS promoviendo una cultura de estandarización de sus documentos, el mejoramiento continuo, la eficacia y la eficiencia a través de los indicadores de gestión, las auditorías internas, el control del producto no conforme y el seguimiento de las acciones correctivas, preventivas y de mejora.

Para dar cumplimiento a estos requisitos se definieron los siguientes documentos y formatos según la norma NTC-ISO-9001:2008; para mayor claridad se anexa el Procedimiento general de compras y el formato hoja de vida de proveedores. Ver anexo 3.

CODIGO	NOMBRE DEL DOCUMENTO	OBJETIVO	ALCANCE
GAD-G-01	Caracterización gestión administrativa	Definir los lineamientos de la gestión administrativa, para su óptimo funcionamiento.	Aplica a las sedes de cañaveral y cabecera de LOGROS IPS
GAD-PR-01	Procedimiento general de compras	Definir los lineamientos para la gestión de las compras realizadas.	Aplica a las compras realizadas en cada una de las sedes de LOGROS IPS
GAD-PR-02	Procedimiento selección y evaluación de proveedores	Estandarizar los criterios para la adecuada selección y evaluación de los proveedores.	Aplica a los proveedores de LOGROS IPS
GAD-PR-06	Procedimiento control de inventarios	Hacer un adecuado registro, control uso y preservación del inventario existente .	Aplica el inventario de cada una de las sedes de la LOGROS IPS
GI-PR-03	Procedimiento hoja de vida de equipos	Mantener la actualización oportuna de la hoja de vida de los equipos.	Aplica a los equipos existentes en cada una de las sedes de LOGROS IPS
GAD-PR-04	Procedimiento programa de	Establecer el respectivo	Aplica a los equipos e

	mantenimiento preventivo de equipos e infraestructura.	mantenimiento preventivo de cada equipo e infraestructura necesarios para la adecuada prestación del servicio.	infraestructura de las sedes de cañaveral y cabecera de LOGROS IPS
GC-PR-01	Procedimiento almacenamiento de insumos	Hacer un adecuado almacenamiento y conservación de los insumos.	Aplica a los insumos utilizados en LOGROS IPS
GAD-M-01	PGIRH (Programa gestión integral residuos).	Estandarizar el manejo de los residuos y aplicación de la normas de bioseguridad	Aplica a todo el personal asistencial y administrativo de las sedes de cañaveral y cabecera de LOGROS IPS
GAD-PR-05	Procedimiento limpieza y desinfección de áreas	Estandarizar las técnicas para realizar la limpieza y desinfección de las diferentes áreas en la institución y cumplir las respectivas normas de bioseguridad	Aplica al personal de aseo de cada una de las sedes cañaveral y cabecera de LOGROS IPS
GAD PR-03	Procedimiento limpieza y desinfección equipos de terapia respiratoria.	Estandarizar las etapas para la adecuada limpieza y desinfección de los equipos de terapia respiratoria.	Aplica a los profesionales de terapia respiratoria.

Tabla 5 Documentos de Gestión administrativa

CÓDIGO	NOMBRE DEL DOCUMENTO	OBJETIVO	ALCANCE
GAD-F-01	Cotización y orden de compra	Estandarizar los criterios que se deben cumplir para la realización de una cotización y orden de compra	Aplica a las sedes de cañaveral y cabecera de LOGROS IPS
GAD-F-02	Inventario sede cabera	Controlar efectivamente la existencia y rotación del inventario.	Aplica al inventario existente en la sede de cabecera
GAD-F-03	Inventario sede cañaveral	Controlar	Aplica al inventario

		efectivamente la existencia y rotación del inventario.	existente en la sede de cañaverál.
GAD-F-04	Hoja de vida de proveedores	Estandarizar los criterios que deben tener la hoja de vida de los proveedores.	Aplica a las sedes de cañaverál y cabecera de LOGROS IPS
GI-F-01	Especificaciones técnicas de equipos	Programar de forma oportuna el mantenimiento necesario para cada equipo.	Aplica para los equipos usados en las sedes cabecera y cañaverál.

Tabla 6 Formatos de Gestión administrativa

5.1.5 Implementación

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

5.1.5.1 Capacitación

La primera actividad de socialización realizada en LOGROS IPS, fue la relacionada con la presentación del plan del trabajo a desarrollar en la implementación del SGC la cual fue dirigida a todo el personal que labora en la institución con el objetivo de incentivar la participación de todas las áreas y promover la adherencia en cada una de las etapas del sistema, a esta actividad asistieron 20 participantes. Ver anexo 4 . Actas de reunión (N° 1).

Otra de las actividades que se llevó a cabo en esta etapa fue la socialización de las generalidades y conceptos básicos del sistema de Gestión de Calidad liderada por el proceso de gestión estratégica con el personal que labora en las dos sedes de LOGROS IPS; se enfatizó en la importancia que tiene para las instituciones de salud llevar a cabo procesos basados en la mejora continua y la satisfacción del cliente, así como la evaluación frente a los requisitos exigidos por la normatividad vigente lo cual permite ser competitivos frente a otras instituciones que ofrecen servicios en el área de rehabilitación; dicha actividad contó con la participación de veintitrés (23) personas de todas las áreas. Como evidencia de esta actividad se adjunta la figura 13. Ver anexo 4. Actas de reunión (N° 2).



Figura 13. Foto capacitación del personal

Otra capacitación que se llevó a cabo fue la relacionada con la elaboración de la política de calidad, misión, visión en la cual los participantes de todas las áreas, asistenciales y administrativas, expresaron sus aportes frente al tema contribuyendo de esta forma a la estructuración de la política de calidad con la cual cuenta LOGROS IPS en la actualidad. Ver anexo 4. Actas de reunión (N° 4).

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

5.1.5.2 Instrucción para el diligenciamiento de los registros

Teniendo en cuenta que un proyecto de estas características involucra a todo el personal de la institución, resulta 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 desarrollo a lo largo de todo el proceso de implementación del sistema de gestión de la calidad.

En el proceso de gestión administrativa para la implementación de los documentos una vez aprobados, se inició con la socialización de los mismos, fue un proceso bastante retador y teniendo en cuenta que en la institución, en el área de compras, no se tenía ningún documento definido y se realizaban las compras según el evento necesario, no había diseño de hoja de vida de proveedores entre otros y el reto era que el personal entendiera que la calidad ésta basada en gestión de procesos y compras e infraestructura no eran la excepción; compras debía tener su documentación necesaria de cada una de sus etapas y su continua

retroalimentación. En el área de bioseguridad se tenía conocimiento de las normas generales de bioseguridad pero no era palpable la importancia de aplicar las normas en nuestra labor diaria por parte de cada uno de los profesionales tanto administrativos como asistenciales.

Luego de la socialización en común con la gestión estratégica del tema de calidad y de la importancia del sistema de gestión de la calidad, se llevo a cabo la socialización de los documentos y registros propios del proceso.

Se inició con la definición de los líderes del proceso y sus responsabilidades, socialización de las áreas que conforman la gestión administrativa; Bioseguridad, compras e infraestructura y se entregó plan de trabajo al comité de compras. Ver anexo 4 Actas de reunión (N°9)

Conocimiento de los documentos relacionados con el procedimiento general de compras, selección y evaluación de proveedores, inventarios, almacenamiento de insumos etc .Ver anexo 4 .Actas de reunión (N° 16).

Conocimiento en el área de bioseguridad del manual de bioseguridad y PGIRH, limpieza y desinfección de áreas, limpieza y desinfección de equipos de terapia respiratoria. Ver anexo 4. Actas de reunión (N° 20).

Conocimiento de la importancia de programa de mantenimiento preventivo de equipos e infraestructura. Ver anexo 4 .Actas de reunión (N° 25).

El total de capacitaciones en el proceso de gestión administrativa fueron 4, una general sobre bioseguridad y PGIRH. Para el personal de terapia respiratoria el documento de limpieza y desinfección de equipos. Para el proceso de compras e infraestructura con el personal involucrado que en la institución son en promedio 4 personas.

Se diseñaron fichas de apoyo en el área de bioseguridad en cuanto a lavado de manos, preparación de hipoclorito y guía para limpieza y desinfección en fisioterapia:

PROCEDIMIENTO LAVADO Y DESINFECCIÓN DE EQUIPOS DE TERAPIA RESPIRATORIA	
1.	Lavado de manos, como se indica en el Procedimiento de Lavado de Manos.
2.	Se coloca guantes limpios.
3.	Se desarmar los artículos (mascarillas), sumergir las mascarillas en el recipiente de Limpieza que contiene agua y detergente en polvo, por un periodo de 20 min. Terminado este tiempo se enjuaga con abundante agua.
4.	Sumergir las mascarillas en el recipiente de Desinfección que contiene hipoclorito de sodio (5 c.c por cada litro de agua) se diluye en el agua. Se deja actuar durante 20 min aproximadamente. El material debe estar sumergido totalmente.
5.	Una vez cumplido el tiempo de desinfección se enjuaga con bastante agua y se coloca a secar de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> ○ Los equipos de difícil secado como son: mangueras corrugadas, lisas y otros. Deben dejarse secar al aire libre. ○ El material de fácil secado como son: mascararas, adaptadores cauchos, y otros. Se secan con toallas de papel, ○ Se organizan y se guardan en bolsas plásticas transparentes ○ Se llevan a la zona de almacenamiento.

Figura 14 Instructivo Lavado y desinfección de equipos Terapia respiratoria

PREPARACIÓN DEL HIPOCLORITO DE SODIO AL 13 %			
MATERIAL O ÁREA A LIMPIAR	PARTES POR MILLÓN (PPM)	CANTIDAD EN LITROS (AGUA) A PREPARAR	CANTIDAD DE HIPOCLORITO EN CC.
Limpieza de camillas, sillas y elementos de aseo	500 ppm	1 litro	3 cc
Desinfección áreas críticas o derrames de secreciones corporales (Consultorio Terapia Respiratoria)	5000 ppm	1 litro	5 cc
Desinfección de zona de almacenamiento en caso de demora en la recolección o derrame de su contenido	10.000 ppm	1 litro	10 cc

Figura 15 Instructivo Preparación de hipoclorito- Bioseguridad



Figura 16 Instructivo Lavado de manos-Bioseguridad

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

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

A continuación se realiza una descripción de las actividades desarrolladas para la implementación de los documentos de la Gestión administrativa:

CODIGO	NOMBRE DEL DOCUMENTO	OBJETIVO	ALCANCE	ACTIVIDADES PARA LA IMPLEMENTACION
GAD-G-01	Caracterización gestión administrativa	Definir los lineamientos de la gestión administrativa, para su óptimo funcionamiento.	Aplica a las sedes de cañaveral y cabecera de LOGROS IPS	Este documento se socializó al líder, identificando entradas, salidas y el ciclo PHVA.
GAD-PR-01	Procedimiento	Definir los	Aplica a las	Se realizo socialización

	general de compras	lineamientos para la gestión de las compras realizadas	compras realizadas en cada una de las sedes de LOGROS IPS	con los profesionales involucrados en el proceso con el fin de dar a conocer el procedimiento general de compras , su objetivo e importancia en la implementación del SCG.
GAD-PR-02	Procedimiento selección y evaluación de proveedores	Estandarizar los criterios para la adecuada selección y evaluación de los proveedores.	Aplica a los proveedores de LOG.ROS IPS	En esta socialización se dio a conocer el manejo del procedimiento respecto a la selección y seguimiento de los proveedores y su debido manejo.
GAD-PR-06	Procedimiento control de inventarios	Hacer un adecuado registro, control uso y preservación del inventario existente.	Aplica el inventario de cada una de las sedes de LOGROS IPS	Se dio a conocer el manejo del inventario e importancia del adecuado registro del mismo.
GAD-PR-04	Procedimiento programa de mantenimiento preventivo de equipos e infraestructura	Establecer el respectivo mantenimiento preventivo de cada equipo e infraestructura necesarios para la adecuada prestación del servicio.	Aplica a los equipos e infraestructura de las sedes de cañaveral y cabecera de LOGROS IPS	Se socializo el documento con el líder del proceso y la importancia de su adecuada implementación para su medición y control.
GAD-M-01	PGIRH (Programa gestión integral residuos hospitalarios).	Estandarizar el manejo de los residuos y aplicación de la normas de bioseguridad	Aplica a todo el personal asistencial y administrativo de las sedes de cañaveral y cabecera de LOGROS IPS	Se documento la importancia del PGIRH, y su respectiva aplicación en la IPS para el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad y prestación segura del servicio
GAD PR-06	Procedimiento limpieza y desinfección de equipos de terapia respiratoria	Estandarizar las etapas para la adecuada limpieza y desinfección de los equipos de terapia respiratoria.	Aplica a los profesionales de terapia respiratoria	Se definieron las pautas necesarias para un adecuado proceso de limpieza y desinfección con los profesionales implicados y la importancia de su estandarización .

Tabla 7. Implementación de documentos Gestión Administrativa

5.1.5.3 Socialización de documentos transversales

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

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

Tabla 8. Documentos Transversales

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

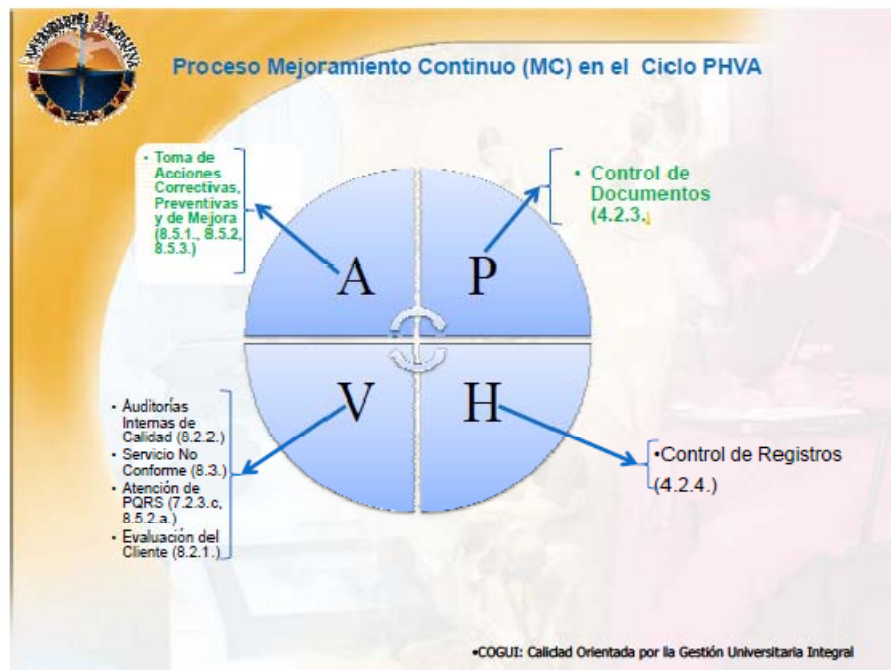


Figura 17 . Documentos transversales⁸

5.1.5.4 Listado maestro de documentos

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

Ver anexo 5. Listado Maestro de Documentos.

5.1.5.5 Mejoras implementadas

En el proceso de diseño e implementación del sistema de gestión de la calidad en la gestión administrativa se obtuvo mejoras en un 80% en el funcionamiento de la institución logrando basar su gestión en iniciar y mantener una cultura de calidad en la prestación del servicio y dando cumplimiento a la normatividad existente, se diseñó e implementó la gestión de compras como un proceso, ya que no existía en esta área ningún documento de respaldo, no se llevaba control de inventario y no se tenía un registro y/o control adecuado de los gastos en general, no existía el proceso de selección y evaluación de proveedores, el personal

⁸ “COGUI” Calidad orientada por la gestión universitaria integral.

entendió la importancia de este proceso y la dimensión del mismo de acuerdo a los requisitos del numeral 7.4 de la norma NTC-ISO 9001:2008.

En el área de infraestructura se logró mejoras en el proceso de diseñar y conocer la importancia del programa de mantenimiento preventivo, teniendo en cuenta que solo se hacía correctivo; sin embargo, la mejora obtenida fue parcial porque se definieron los documentos pero la implementación no se ha llevado a cabo, sin embargo ya existe el líder responsable de su seguimiento y se inicio con la estandarización en un 90% de las hojas de vida de los equipos. Todos los consultorios tienen su respectiva identificación para comodidad del usuario y un 90% de las áreas y zonas, tiene su respectiva identificación visible al público.

En el área de bioseguridad se logró implementar la cultura de prevención de accidentes de trabajo mediante el uso adecuado de los elementos de protección personal; unificación de criterios en los protocolos de manejo de limpieza, desinfección de instalaciones y equipos, se crearon y reubicaron áreas dentro de la institución con demarcación de las mismas, necesarias para su funcionamiento como: zona de almacenamiento central, áreas de limpieza y desinfección de equipos de terapia respiratoria, área de almacenamiento de insumos entre otras. Así se reflejó una apropiación de la responsabilidad de cada una de las funciones adquiridas y lograr hacer un adecuado registro, control y evaluación de las mismas y aportar acciones de mejora a la institución.

A continuación se presentan algunas imágenes de las áreas establecidas



Figura 18. Consultorio de Terapia respiratoria

En la figura 18 se observa al fondo el organizador que se destinó para almacenar los insumos requeridos en la realización de la terapia respiratoria, los cuales anteriormente se encontraba cada uno en sitios diferentes y así fortalecer las normas de bioseguridad y cumplimiento de los requisitos.



Figura. 19 Insumos de terapia respiratoria

En la figura 19 se observa la demarcación de las zonas dentro del organizador de almacenamiento de insumos de terapia respiratoria y se definió la bandeja de transporte de los equipos utilizados hacia la zona de limpieza (tapa verde), el cual al final de la jornada se almacena previamente desinfectada y en la zona de almacenamiento se observa la bandeja de transporte (tapa blanca) desde la zona de secado.



Figura 20. Zona de limpieza y desinfección de terapia respiratoria



Figura 21. Área de limpieza de equipos



Figura 22. Área de desinfección Equipos



Figura 23. Zona de secado de equipos

En la figura 23 se observa la zona de secado de los equipos de terapia respiratoria y su respectiva bandeja de transporte hacia la zona de almacenamiento.



Zona de almacenamiento central de residuos

Figura 24 Zona de almacenamiento central de residuos.



Figura 25. Zona de almacenamiento elementos de aseo



Figura 26. Consultorios

5.1.6 Evaluación

El proceso de evaluación hace parte integral del ciclo PHVA y de la gestión de los procesos y permite darle al SGC la dinámica respectiva para su desarrollo y mantenimiento en el tiempo, su objetivo es verificar el cumplimiento de los requisitos de la NTC ISO 9001:2008, y reafirmar que las cosas se están cumpliendo según lo definido en los procedimientos y se aplican los documentos establecidos y se lleva el adecuado registro de los mismos; los indicadores fortalecen el cumplimiento de los objetivos propuestos y da transparencia a la implementación del sistema y ofrece a la Gerencia pautas para el mejoramiento continuo.

La etapa de evaluación en LOGROS IPS se llevó a cabo mediante la realización de la primera auditoría interna, coordinada por el líder de calidad y la gerencia. Para la realización de la auditoría se definieron previamente los criterios a auditar, se dejó claridad en la imparcialidad de los auditores, se verificó la socialización previa de los documentos y registros de cada uno de los procesos a auditar, se definieron los formatos a utilizar en la auditoría, su objetivo y alcance respectivo. Se coordinó en cada sede la realización de la auditoría de cada uno de los procesos para tener el acceso necesario a la información y controlar en lo posible factores que impidieran su realización y transparencia.

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

- Desarrollo de auditorías internas

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

5.1.6.1 Auditoría Interna

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

Objetivo:

Evaluar la conformidad del SGC con respecto a los criterios establecidos en la norma NTC ISO 9001:2008

Verificar la eficacia del SGC para lograr los objetivos especificados, incluyendo los requisitos del cliente.

Revisar el desarrollo de los procesos del SGC.

Identificar mejoramientos potenciales en el SGC.

Alcance:

Aplica a todos los procesos del SGC de LOGROS IPS.

Criterios:

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

Equipo Auditor:

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

Proceso a auditar:

- Todos los procesos

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

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

En el proceso de gestión administrativa el trabajo de campo se realizó como estaba programado en el plan de auditoría; el 16 de junio se auditó la sede de cañaverál, a la auxiliar administrativa respecto al conocimiento e implementación del proceso general de compras y programa de mantenimiento preventivo de equipos, y a la persona encargada de servicios generales y personal asistencial, sobre el tema de bioseguridad y manejo de residuos; igualmente se cumplió el cronograma, el 17 de junio en la sede de cabecera. En el desarrollo de la auditoría se observó una participación activa del personal administrativo y asistencial de la institución por ser una experiencia nueva basada en el cumplimiento de las normas NTC-ISO 9001:2008. Se cumplió con el cronograma establecido y se llevó a cabo la reunión de cierre y se definió la fecha de entrega del informe de la auditoria y revisión por la dirección.

5.1.6.2 Resultados de la Auditoría del Proceso Gestión Administrativa:

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

PROCESO: GESTIÓN ADMINISTRATIVA				
Descripción del Hallazgo	HALLAZGOS			
	F	AM	O	NC
Especificar en el programa de mantenimiento preventivo de los equipos de fisioterapia el responsable de llevar a cabo dicho mantenimiento.			X	
Cuentan con un manual para el manejo de residuos hospitalarios, PGIRH (plan de gestión integral de residuos hospitalarios), donde especifican los pasos a seguir para el manejo y control de estos residuos, a su vez lo complementan con un manual de bioseguridad ajustado a la institución teniendo en cuenta los requisitos de ley (Decreto 2676 de 22-12-00 y Resol. 1669 de 02-08-02) del ministerio de salud y medio ambiente.	X			
No se evidencia la selección, evaluación y reevaluación de los				X

proveedores, como lo establecido en el procedimiento de selección de proveedores GAD-PR-02, según el requisito de la norma NTC-ISO 9001:2008, numeral 7.4.1 Procesos de Compras.				
No están aplicando las actividades de verificación en recepción para asegurarse del cumplimiento de los requisitos de compra, ni se evidencian los formatos de las cotizaciones y ordenes de compras, como se establece en el procedimiento general de compras GAD-PR-01, que permite cumplir el requisito (7.4.2 Información de las Compras).				X

Tabla 9. Hallazgos de la Auditoría gestión administrativa

Con el fin de garantizar la eficacia de la evaluación de los diferentes procesos durante el desarrollo de la auditoría se hace necesaria la etapa de revisión por la dirección, para la cual se obtuvo en el proceso de gestión administrativa las siguientes no conformidades:

NO CONFORMIDAD	CAUSAS	ACCION CORRETIVA	RESPONSABLE	ABIERTA	CERRADO
No se evidencia la selección, evaluación y reevaluación de los proveedores, como lo establece el procedimiento de selección de proveedores GAD-PR-02, y el requisito de la norma NTC-ISO 9001:2008, numeral 7.4.1 Procesos de Compras.	La socialización no fue muy clara, e hizo falta hacer un acompañamiento para la implementación de este procedimiento, o un ejemplo de los pasos a seguir para la selección de proveedores.	Se convoca a reunión, para el día 11 de Julio del 2.011 a las 5 p.m en la sede cabecera, con el líder del proceso de gestión de compras (Mónica Parra) auxiliar administrativa de la sede cabecera y la Aux. Administrativa de la sede cañaveral que son las encargadas de manejar los proveedores de la institución,	<i>Coordinadora de Calidad</i>	X	

		<p>para la retroalimentación de los documentos definidos en el proceso de compras, asignar fechas de entrega de resultados y responsables.</p> <p>Se establece como fecha límite para verificar el cumplimiento de dichas disposiciones el día 29 de julio.</p>			
<p>No se están aplicando las actividades de verificación en recepción para asegurarse del cumplimiento de los requisitos de compra, ni se evidencian los formatos de las cotizaciones y ordenes de compras, como se establece en el procedimiento general de compras GAD-PR-01, que permite cumplir el requisito (7.4.2 Información de las Compras).</p>	<p>Los formatos de cotización y órdenes de compra definidos en el procedimiento, se socializaron pero no realizaron un acompañamiento para tener mejor claridad de su uso.</p>	<p>Se convoca a reunión para el día 16 de julio del 2.011 a las 8:00 a.m, a las auxiliares administrativas de cada sede y el comité de compras, para retroalimentar en el uso y aplicación del procedimiento general de compras, explicación y uso de los formatos de cotizaciones y órdenes de compra que se van a implementar en la institución.</p>	<p>Coordinadora de Calidad y comité de compras</p>	X	

		Se establece como fecha límite para verificar el cumplimiento de dichas disposiciones el día 06 de agosto.			
No se evidencia un seguimiento y control de cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo de los equipos, se evidenció en la hoja de vida de equipos las fechas de mantenimiento pero no tienen responsable, ni cuentan con un contrato de una empresa responsable de efectuar dichos mantenimientos, como se establece en el procedimiento de hoja de vida de equipos GI-PR-03, según el requisito de la norma NTC-ISO 9001:2008, numeral 7.6 control de los equipos de seguimiento y medición.	A los equipos no le están realizando el mantenimiento en la fecha establecida en la hoja de vida de estos. Tener definido un responsable de llevar a cabo dicho programa.	Se nombra a la Dra. Leidy Mantilla (Fisioterapeuta) como responsable de llevar a cabo el programa de mantenimiento preventivo en los equipos de la institución, se entrega el procedimiento y hoja de vida de los equipos, para asignar responsable y fechas de cuando se debe hacer mantenimiento al equipo. Se establece fecha límite para verificar el cumplimiento para el día 29 de julio al programa de mantenimiento. Para este día se debe tener un contrato con una empresa	Coordinadora de Calidad	X	

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

Tabla 10. No Conformidades gestión administrativa

5.1.6.3 Desempeño del Proceso y Conformidad del Producto:

Para la medición del alcance en el proceso de gestión de administrativa se estableció el indicador de cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo de equipos y éste fue medido en el periodo comprendido entre enero y junio de 2011, a continuación se especifica su cumplimiento:

MEDICION DE INDICADOR

PROCESO	INDICADOR	META	VALOR ALCANZADO	% CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
Gestión administrativa	Cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo de los equipos	90%	50%	55 %	No se alcanzo la meta debido a la falta de seguimiento del programa por parte de los líderes existentes. Se sugiere reasignar responsabilidades y cumplimiento de las metas propuestas.

Tabla 11. Medición indicador

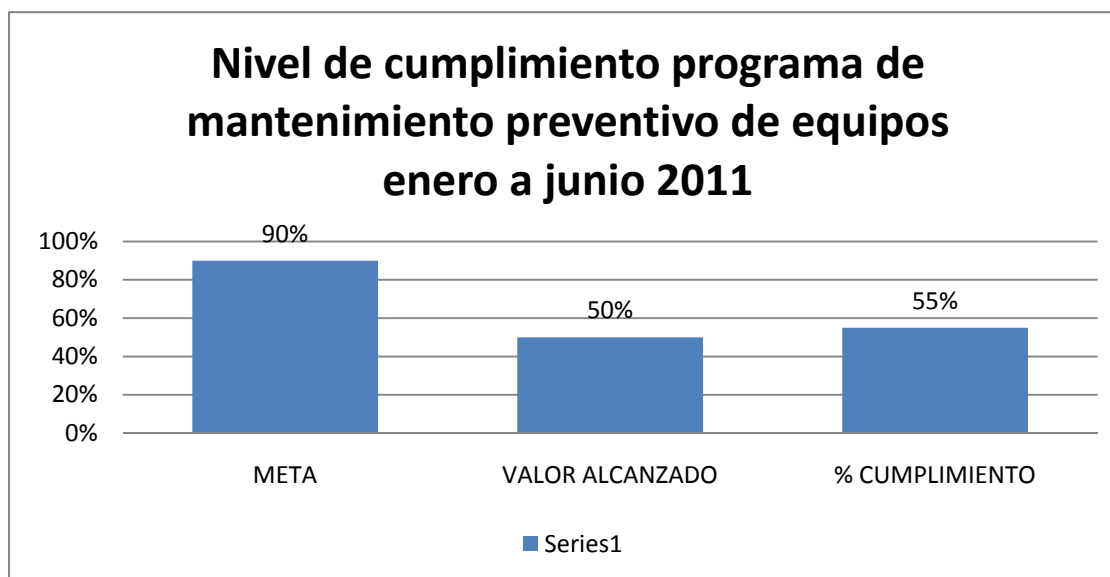


Figura 27 Medición del indicador

A continuación se describen las conclusiones de la auditoría interna:

- Tienen definida la estructura y conformidad del sistema de gestión de calidad bajo los lineamientos de la norma NTC –ISO 9001:2008, en el manejo y definición de sus procesos, se recomienda hacer seguimiento para los procesos de gestión administrativa y recurso humano en los cuales se presentaron No Conformidades.

- Los objetivos y requisitos establecidos en cada caracterización de proceso del SGC, se están cumpliendo y aplicando en las actividades diarias para la prestación del servicio.
- La organización y compromiso del personal en cuanto la aplicación de los documentos y formatos definidos en el proceso asistencial, se evidencia un alto compromiso por lograr la satisfacción de los clientes.
- Se puede visualizar la organización por parte de la recepción en cuanto al manejo de los procedimientos, control y orden en los documentos establecidos en el SGC. Y el compromiso de los profesionales de Fisioterapia para el mantenimiento de la calidad de los registros de las historias clínicas

6. PLAN DE MEJORA

Luego del proceso de diseñar, implementar y hacer el proceso de medición del sistema de gestión de la calidad en LOGROS IPS, se sugieren las siguientes acciones de mejora para fortalecer la implementación del mismo e involucrar a todo el personal en la importancia de mantener una cultura de calidad en el diario vivir de la prestación del servicio y hacer palpable en la institución el mejoramiento continuo y la gestión de los procesos:

- Continuar con las actividades de implementación de las normas de bioseguridad en la institución.
- Rediseño del programa de mantenimiento según las necesidades de la organización.

7. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PROYECTO

A continuación se hace una relación entre los objetivos específicos definidos en este proyecto, y las evidencias de las actividades realizadas en LOGROS IPS en el proceso de gestión administrativa y su respectivo cumplimiento:

No.	OBJETIVO ESPECÍFICO	EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO
1	Elaborar un diagnóstico teniendo en cuenta los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008 que permita identificar el estado actual del proceso de gestión administrativa, así como las fortalezas y debilidades que puedan ser de utilidad para las etapas de documentación e implementación.	<p>- Diagnóstico Inicial ante la Norma NTC ISO 9001:2008 se evidencia en el numeral: 5.1.1 Diagnóstico Inicial.</p> <p>- Para identificar las fortalezas y debilidades y la situación actual de la empresa se desarrollo el análisis evidenciado en el numeral: 5.1.2 Diagnóstico gestión administrativa</p> <p>En éste objetivo se dió cumplimiento a la etapa del diseño del sistema de gestación de calidad respecto a la autoevaluación inicial.</p>
2	Sensibilizar y capacitar al personal del proceso de gestión administrativa con el fin de fomentar la cultura de calidad que facilite el desarrollo de las etapas que conlleva a la implementación del sistema de gestión de la calidad.	<p>- Se desarrollaron las actividades contempladas en el numeral: 5.1.5.1 capacitación En este objetivo se dió cumplimiento a la etapa del diseño e implementación del sistema de gestión de la calidad respecto a la socialización de los documentos</p>
3	Estandarizar el proceso de gestión administrativa estableciendo los documentos y formatos que garanticen el cumplimiento de los requisitos establecido en la norma NTC-ISO 9001:2008 y los requisitos legales aplicables.	<p>- Se desarrollaron las actividades contempladas en el numeral: 5.1.4 Documentación.</p> <p>En este objetivo se dió cumplimiento a la etapa del diseño de los documentos para el sistema de gestión de la calidad</p>
4	Implementar los documentos definidos en el proceso gestión administrativa con el fin de evidenciar la estandarización y el diligenciamiento adecuado de los registros establecidos.	<p>- Se desarrollaron las actividades contempladas en el numeral: 5.1.5.2 Instrucción para el diligenciamiento de los registros</p>

		En este objetivo no se logró la implementación total de los documentos y registros definidos, su cumplimiento fue parcial.
5	Realizar una auditoría interna al proceso de gestión administrativa para evaluar el estado del sistema de gestión de la calidad, e identificar oportunidades de mejora en el proceso.	- Se desarrollaron las actividades contempladas en el numeral: 5.1.6 Evaluación. En este objetivo se llevó a cabo la realización de la auditoría y se logró identificar las debilidades y oportunidades de mejora del sistema de gestión de la calidad
6	Elaborar e implementar los planes de mejora como resultado de los hallazgos de la auditoría interna con el fin de consolidar y mejorar el sistema establecido.	- Se desarrollaron las actividades contempladas en el numeral: 6. Plan de Mejoramiento En este objetivo se elaboró un plan de mejora inmediato reforzando la etapa de socialización para mejor entendimiento y manejo de los documentos y garantizar el inicio de la implementación de los mismo y a largo plazo su cumplimiento total.

Tabla 12. Cumplimiento de objetivos gestión administrativa

CONCLUSIONES

1. La realización de la auto evaluación es una de las fases iniciales más importante en el proceso de diseño e implementación de un sistema de gestión de la calidad, en este se define los niveles de cumplimiento de los requisitos y se permite visualizar los retos a alcanzar.
2. La etapa de capacitación y sensibilización del recurso humano en LOGROS IPS permitió que se empezara a crear una cultura de calidad, por tal razón, ésta etapa debe llevarse a cabo con una metodología que desde su inicio impacte y motive al empleado, para que tome conciencia de que hacer las cosas con calidad todos los días es la mejor herramienta para el logro de los objetivos de la institución y la realización profesional
3. El sistema de gestión de la calidad está basado en la gestión de procesos; por eso en LOGROS IPS en la gestión administrativa se estandarizaron los respectivos documentos y registros cumpliendo los requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2008 para garantizar la prestación del servicio con calidad.
4. El sistema de gestión de la calidad, ofrece a las empresas la oportunidad de estar a niveles altos de competitividad en el mercado, en un mundo cada vez más exigente y habido de servicios con calidad; la implementación del SGC en LOGROS IPS en la gestión administrativa es una herramienta valiosa que le permite iniciar a marcar la diferencia y agrega valor en la prestación del servicio a sus clientes.
5. La implementación de un sistema de gestión de la calidad no es un objetivo a corto plazo, tiene varias etapas y todas tienen la misma importancia, en LOGROS IPS el recurso humano inició su compromiso en el cumplimiento de los objetivos planteados.
6. El desarrollo de la auditoría interna en el proceso de gestión administrativa de LOGROS IPS permitió identificar las debilidades existentes y plantear las respectivas acciones de mejora para contra restar las no conformidades y fortalecer el mejoramiento continuo.

7. El programa educativo recibido como Especialista en administración de servicios de salud, ha aportado valiosas herramientas para la realización de ésta monografía desde el diseño e implementación del sistema de gestión de la calidad en una institución; entre ellas aprender a hacer planeación estratégica, diagnóstico organizacional etc.
8. La presente monografía permitió el conocimiento y aplicación de la norma NTC-ISO 9001:2008 y la identificación de requisitos legales aplicables en LOGROS IPS en la implementación del SGC y la importancia que estos tienen para el mejoramiento de los servicios.
9. El especialista en administración en servicios de salud tiene toda la idoneidad para hacer el diseño e implementación de un sistema de gestión de calidad y lograr ser más competitivo.

RECOMENDACIONES

En LOGORS IPS se necesitan diseñar estrategias gerenciales innovadoras para mayor estímulo y compromiso del recurso humano que permitan un mejor cumplimiento de las metas.

Fortalecer la socialización de los documentos definidos en la gestión administrativa y hacer mayor acompañamiento en su implementación.

Garantizar la señalización del 100% de las áreas existentes en la institución.

BIBLIOGRAFIA

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

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

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

“COGUI” CALIDAD ORIENTADA PARA LA GESTION UNIVERSAL INTEGRAL

ANEXOS

Anexo. 1 Diagnóstico Inicial ISO 9001 LOGROS IPS

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

DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

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

DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

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

DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Proceso	Num	REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008	CRITERIOS						PUNTAJE (%) ACUMULADO			JUSTIFICACIÓN DE LA EXCLUSIÓN	
			NA	ANC	Estado del requisito					Avance	Subcapítulo		Capítulo
					PDD	PDC	PIM	AMC	AIE				
GESTIÓN DE CALIDAD		En la planificación de la prestación del servicio, la empresa determina los registros que son necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de realización y prestación del servicio resultante cumplen los requisitos.					25%				25%		
	7.2	Procesos Relacionados con el Cliente									16%		
	7.2.1	Determinación de los Requisitos Relacionados con el Servicio									13%		
		La empresa determina los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma.	x								0%		
		La empresa determina los requisitos no establecidos por el cliente, pero necesarios para el uso especificado o el uso previsto, cuando sea conocido.	x								0%		
		La empresa determina los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el servicio.					25%				25%		
		La organización determina cualquier requisito adicional que considere necesario.					25%				25%		
	7.2.2	Revisión de los Requisitos Relacionados con el Servicio									16%		
		Se revisan los requisitos relacionados con el servicio.			10%						10%		
		Se aseguran de la definición de los requisitos del servicio.			10%						10%		
		Se aseguran de que estén resueltas las diferencias existentes entre los requisitos del contrato ó pedido y los expresados previamente.			10%						10%		
		La empresa tiene la capacidad de cumplir los requisitos definidos.			10%						10%		
		Se mantienen registros de los resultados de la revisión y de las acciones originadas por la misma (Ver 4.2.4.)			10%						10%		
		Cuando el cliente no proporciona una declaración documentada de los requisitos, la organización confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación.			10%						10%		
		Cuando se cambian los requisitos del servicio, la organización se asegura de que la documentación pertinente es modificada y de que el personal correspondiente es consciente de los requisitos modificados.			10%						10%		
	7.2.3	Comunicación con el Cliente									25%		
		La empresa determina e implementa disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a la información sobre el servicio.					25%				25%		
		La empresa determina e implementa disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a las consultas, contratos o atención de pedidos, incluyendo las modificaciones.					25%				25%		
		La empresa determina e implementa disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a la retroalimentación del cliente incluyendo sus quejas.					25%				25%		
	7.3	Diseño y Desarrollo									0%		
	7.3.1	Planificación del Diseño y Desarrollo									0%		
		La empresa planifica y controla el diseño y desarrollo del servicio.	x								0%		
		La empresa determina las etapas del diseño y desarrollo.	x								0%		
	La empresa determina la revisión, verificación y validación, apropiadas para cada etapa del diseño y desarrollo.	x								0%			
	La empresa determina las responsabilidades y autoridades para el diseño y desarrollo.	x								0%			
	La empresa gestiona las interfaces entre los diferentes grupos involucrados en el diseño y desarrollo para asegurarse de una comunicación eficaz y una clara asignación de responsabilidades.	x								0%			
	Los resultados de la planificación se actualizan, a medida que progresa el diseño y desarrollo.	x								0%			
7.3.2	Elementos de Entrada para el Diseño y Desarrollo									0%			
	Son determinados los elementos de entrada relacionados con los requisitos del servicio y mantienen registros. Estos elementos incluyen: requisitos funcionales y de desempeño, requisitos legales y reglamentarios aplicables, información proveniente de diseños previos similares y cualquier otro requisito esencial para el diseño y desarrollo.	x								0%			
	Los elementos anteriores se revisan, para verificar su adecuación.	x								0%			
	Los requisitos están completos, sin ambigüedades y no son contradictorios.	x								0%			
7.3.3	Resultados del Diseño y Desarrollo									0%			

DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

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

DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

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

DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

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


DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

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

DIAGNÓSTICO INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

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

Anexo. 2 Caracterización Gestión Administrativa

		PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA		CÓDIGO:	
		CARACTERIZACIÓN DE PROCESO		VERSIÓN: PAGINA 1 DE 6	
<p>PROPOSITO: Adquirir de manera oportuna y de calidad los insumos, medicamentos y dispositivos médicos que permitan el desarrollo eficaz y eficiente de los procesos, evaluando el suministro de éstos, uso adecuado y e implementación del programa de mantenimiento preventivo y correctivo de los mismos, garantizando la satisfacción del cliente interno y externo y la prestación de un servicio seguro y con calidad.</p> <p>RESPONSABLE: Gerente y auxiliar administrativo</p>					
PROCESO PROVEEDORES INTERNOS Todos los procesos	ENTRADAS Criterios de selección proveedores. Registros de proveedores aceptados. Cotizaciones. Solicitudes de Medicamentos, insumos y dispositivos médicos. Especificaciones técnicas de los	P	ACTIVIDADES Definir el listado de insumos, medicamentos y dispositivos médicos necesarios. Planificación de las compras requeridas por parte de la institución Planificación del programa de almacenamiento de insumos -Establecer el cronograma para la realización de mantenimiento (correctivo, preventivo, calibración)	SALIDAS Base datos proveedores definida con su respectiva hoja de vida. Estandarización del proceso de compras Órdenes de compra y Facturas de venta Materiales y medicamentos pedidos y almacenados	PROCESO CLIENTES INTERNOS Todos los procesos
ELABORO		REVISO Y APROBO		FECHA DE APROBACIÓN	



PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA		CÓDIGO:
CARACTERIZACIÓN DE PROCESO		VERSION:
		PÁGINA 2 DE 6

<p>Externos: Distribuidores de insumos, productos farmacéuticos, dispositivos médicos, equipos de cómputo, in</p>	<p>equipos. Inventario Presupuesto de compras</p>	<p>para los equipos médicos y de cómputo, según el control de inventarios</p> <p style="text-align: center;">H</p> <p>-Realizar la selección, evaluación proveedores. - Solicitar cotizaciones a posibles proveedores</p> <p>Compra de medicamentos, insumos, dispositivos médicos y equipos de cómputo para la prestación del servicio. -Evaluación de la calidad de los insumos, dispositivos médicos, medicamentos y equipos adquiridos</p> <p>-Elaboración del histórico de consumo Definición y control de las condiciones de almacenamiento, conservación y manejo de los insumos requeridos para la prestación del servicio. -Archivo o custodia de órdenes de compra - Entregar a contabilidad la orden de compra para su respectivo pago -Programar solicitud de insumos de acuerdo a las necesidades (matriz o kardex) - Recibir el material verificando que esté de acuerdo a lo solicitado según la orden de compra y especificaciones requeridas. - Verificar que las entradas coincidan con la factura y orden de compra.</p>	<p>Estandarización de formato de inventario</p> <p>Necesidades satisfechas</p> <p>Registros de calificación de proveedores.</p> <p>Registros de entradas y salidas de inventarios</p> <p>Resultados de indicadores</p>
--	--	---	--

ELABORO	REVISO Y APROBO
	FECHA DE APROBACIÓN



<p>Programa de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos</p>		<p>-Ejecución del cronograma establecido para la realización del mantenimiento (preventivo, correctivo, calibración).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de las hojas de vida de los equipos (especificaciones técnicas y mantenimiento). <p>Elaboración del Inventario.</p>	<p>Documentos y Mantenimiento correctivo, preventivo, calibración (acorde con parámetros nacionales e internacionales). Seguimiento y medición de los equipos acorde con requisitos de seguimiento y medición. Protección de los equipos contra los daños y el deterioro durante la manipulación, el mantenimiento y el almacenamiento</p>
<p>Criterios de reevaluación de proveedores.</p>	<p>V</p>	<p>Verificación del cumplimiento de la planificación de compras y de los requisitos establecidos por la institución.</p> <p>Verificación del cumplimiento del cronograma de mantenimiento, el ingreso de equipos nuevos al inventario y el diligenciamiento oportuno de las hojas de vida del equipo (especificaciones técnicas y mantenimiento).</p> <p>Verificar el cumplimiento de los indicadores.</p>	
	<p>A</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de proveedores en el cumplimiento de los requisitos establecidos. Reevaluar a los proveedores anualmente. Inclusión de nuevos proveedores según necesidad - Ajustes al sistema <p>Generación de acciones preventivas y correctivas</p>	



DOCUMENTOS RELACIONADOS	RECURSOS	PARAMETROS DE CONTROL	REQUISITOS			INDICADORES	
			Ley	Organización	Norma		Cliente
Pedido interno Orden de compra	Equipos de cómputo, insumos, medicamentos y dispositivos médicos	Verificación de la rotación de los inventarios.	Factura de venta	Parámetros de control Criterios planificados	Norma ISO 9001/2008 Numeral 7.4, 7.6	Contrato Orden de atención	Oportunidad en la compra
Inspección de insumos y medicamentos	Presupuesto del proceso de Gestión de compras	Verificación de la oportunidad en la compra.	Plan obligatorio de salud POS Normas del servicio farmacéutico.				Rotación de inventarios
Registro de servicio no conforme.		Verificación de la orden de compra, precios, cantidades, descuentos, garantías, materiales vs factura y materiales recibidos.	Decreto 1011 de 2006, sistema obligatorio de garantía de la calidad.				
Inventarios de medicamentos e insumos		Verificación de las entradas y salidas de inventario	Resolución 1043 de 2006. Requisitos del Sistema Único de Habilitación.				
Factura de venta-Remisión		Verificación de cumplimiento de los requisitos del	Decreto 2200 de 2005. Reglamentación del servicio farmacéutico.				
Listado maestro de proveedores							
Cotizaciones							
Evaluación y selección de proveedores							
Reevaluación							



PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA

CÓDIGO:

VERSIÓN:

PÁGINA 6 DE 6

CARACTERIZACIÓN DE PROCESO


de proveedores. Informe de indicadores de calidad del proceso Contratos u órdenes de servicio para el mantenimiento de los equipos.	cliente, ley, organización y otros. Diligenciamiento de la Hoja de Vida de los equipos (especificaciones técnicas, manteniendo a equipos) Mantenimiento y calibración de los equipos empleados para las actividades terapéuticas.				Cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo.
---	---	--	--	--	--

ELABORO

REVISO Y APROBO

FECHA DE APROBACIÓN

Anexo. 3. Procedimiento general de compras y formato hoja de vida de proveedores

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GAD - PR - 01
	PROCEDIMIENTO GENERAL DE COMPRAS	VERSIÓN: 00
		PÁGINA 1 DE 6

PROCEDIMIENTO GENERAL DE COMPRAS


REVISÓ	APROBÓ	FECHA DE APROBACIÓN
Coordinadora de Calidad	Gerencia	26 - Febrero - 2.011



CONTROL DE CAMBIOS

No.	VERSIÓN INICIAL	NATURALEZA DEL CAMBIO	IDENTIFICACIÓN DEL CAMBIO	VERSIÓN FINAL

REVISÓ	APROBÓ	FECHA DE APROBACIÓN
Coordinadora de Calidad	Gerencia	26 - Febrero - 2.011

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GAD – PR – 01
	PROCEDIMIENTO GENERAL DE COMPRAS	VERSIÓN: 00
		PÁGINA 4 DE 6

1. PROPÓSITO

Definir los lineamientos para la gestión de compras de insumos, medicamentos, equipos, dispositivos médicos utilizados en LOGROS IPS, garantizando su disponibilidad y calidad.

2. ALCANCE

Aplica para la compra de de insumos, medicamentos, equipos, dispositivos médicos y servicios requeridos para la atención desde la identificación de la necesidad de la compra hasta su pago.

3. RESPONSABLE:

Líder del Proceso y Gerencia.

4. DEFINICIÓN

CLIENTE: organización o persona que recibe un producto o servicio

PRODUCTO: es todo; insumo, medicamentos, equipo, dispositivos médicos etc. requerido para la prestación del servicio.

SERVICIO: actividad que una persona, institución o empresa realiza, con fines de lucro o no, para satisfacer las necesidades de la gente.

COMPRA: es la provisión estratégica de bienes y servicios adecuados para la prestación de un servicio con calidad al más bajo costo total.

CALIDAD: forma de ser orientada a la mejora continua de los productos, bienes o servicios, sistemas y procesos del modelo, con el propósito de crear valor para sus beneficiarios.

PROVEEDOR: persona natural o jurídica que, luego de un proceso de cotización o licitación, entrega como resultado final un producto o un servicio.

SUMINISTROS: productos o elementos que se requieren para realizar determinada actividad.

VERIFICACIÓN: confrontación mediante aportación de evidencia objetiva que se han cumplido los requisitos especificados.


COMITÉ DE COMPRAS: es el responsable de dirigir, coordinar y controlar la adquisición de los insumos y servicios requeridos para la prestación del servicio.

Responsabilidades del comité de compras:

*implementar la política general de compras de la institución

*Garantizar la disponibilidad y calidad de los productos requeridos para la prestación del servicio

REVISÓ	APROBÓ	FECHA DE APROBACIÓN
Coordinadora de Calidad	Gerencia	26 – Febrero – 2.011

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GAD – PR – 01
	PROCEDIMIENTO GENERAL DE COMPRAS	VERSIÓN: 00
		PÁGINA 5 DE 6


*Definir las condiciones, acuerdos y criterios para las compras, relacionados con aspectos técnicos y de calidad.

*Garantizar un costo racional.

5. PROCEDIMIENTO

QUE	COMO	QUIEN	REGISTRO
Definición del listado de insumos, equipos, medicamentos y servicios necesarios.	El líder de cada proceso define los insumos, equipos, medicamentos y/o servicios necesarios.	Líder (s) de cada proceso misional	Listado de insumos
Base de datos de proveedores	Definición de la base de datos de proveedores seleccionados	Líder de compra	Hoja de vida de proveedores. Evaluación y reevaluación.
Solicitud de cotización	El líder de compra envía el proveedor indicado al formato de cotización para su diligenciamiento respectivo	Líder de compra	Formato de cotización
Solicitud de la orden de compra	El líder de compra envía el proveedor indicado al formato de orden de compra mediante la aprobación del gerente para hacer efectiva la compra	Gerente y líder de compra	Formato orden de compra
Recepción y verificación de los insumos o servicios adquiridos.	El líder de compra hace la respectiva recepción de los insumos y verifica el cumplimiento de las características solicitadas, fecha de entrega, y condiciones acordadas de la compra (precio acordado, definición de la garantía, descuento etc.). solicitar reclamo formal al respectivo proveedor según necesidad	Líder de compra	Formato de evaluación de la calidad del producto y del cumplimiento de las especificaciones de la compra

REVISÓ	APROBÓ	FECHA DE APROBACIÓN
Coordinadora de Calidad	Gerencia	26 – Febrero – 2.011


	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GAD - PR - 01
	PROCEDIMIENTO GENERAL DE COMPRAS	VERSIÓN: 00
		PÁGINA 6 DE 6

Evaluación del proveedor y del servicio prestado.	El líder de compra califica el servicio prestado por parte del proveedor y el cumplimiento de las condiciones acordadas.	Líder de compra	Procedimiento de evaluación y reevaluación de proveedores
---	--	-----------------	---

7. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Norma ISO 9001: 2008

REVISÓ	APROBÓ	FECHA DE APROBACIÓN
Coordinadora de Calidad	Gerencia	26 - Febrero - 2.011

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GAD - F - 03
	HOJA DE VIDA DE PROVEEDORES	VERSIÓN: 00
		PÁGINA 1 DE 2

1. IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE DE LA EMPRESA:		DIRECCIÓN:	
CIUDAD:		TELÉFONO/FAX:	
CORREO ELECTRÓNICO:			
NIT/CC:		REPRESENTANTE LEGAL:	
PERSONA A CONTACTAR:		CARGO:	
PERSONA NATURAL:		PERSONA JURÍDICA:	

2. CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO O SERVICIO A SUMINISTRAR:

Certificado de calidad del producto: SI () No () N/A ()
Ofrece garantía SI () No () N/A () Tiempo Garantía: _____
Forma de pago: Contado ó > 15 días: () A 30 días ó más () Tiempo: _____
Actualización técnica : Tecnología de vanguardia () Emergente () Básica ()
Ofrece descuentos: SI () No () N/A () Dscto: ____%
Experiencia en el mercado: Menor 2 años () Mayor 2 años ()
3. PRODUCTO(S) O SERVICIO (S): Equipos, medicamentos, insumos y/o dispositivos médicos() Cuál (s): _____ _____

REVISÓ	APROBÓ	FECHA DE APROBACIÓN
Coordinadora de Calidad	Gerencia	26 - Marzo - 2.011



GESTIÓN ADMINISTRATIVA

CÓDIGO: GAD - F - 03

HOJA DE VIDA DE PROVEEDORES

VERSIÓN: 00

PÁGINA 2 DE 2

Equipos computo ()

Cuál (s): _____

Servicio mantenimiento ()

Cuál (s): _____

Bioseguridad ()

Cuál (s): _____

REVISÓ	APROBÓ	FECHA DE APROBACIÓN
Coordinadora de Calidad	Gerencia	26 - Marzo - 2.011

Anexo. 4 Acta de reunión

- Acta de reunión No. 01

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

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

Propósito de la Reunión
-Dar a conocer el nuevo proyecto de implementación del SGC en la Institución.
Temas a Tratar
<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de trabajo. • Importancia de implementar un SGC. • Beneficios. • tiempo a dedicar.

Compromisos de esta Reunión			
ITEM	DESCRIPCIÓN Y COMENTARIOS	RESPONSABLE	FECHA
1	-Definir los procesos de la Institución	Lady Quintero	8-11-10
2	Conformar los Comites que se van a aplicar.	H ^a . Clara Langhammer	5-11-10.

FECHA PRÓXIMA REUNIÓN: 9 de Noviembre del 2010.

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

Nº	Nombre	CARGO	SEDE	FIRMA
1	Carlos Juan Medina	FISIOTERAPEUTA	Cabecera	<i>[Firma]</i>
2	ANA CAROLINA ROSAS	FISIOTERAPEUTA	CABECEPA	<i>[Firma]</i>
3	Sandra J. Castellero Villamil	Terapeuta Ocupacional	Canaqueral	<i>[Firma]</i>
4	Lory Cardina Jerez A	FISIOTERAPEUTA	Canaqueral	<i>[Firma]</i>
5	Marelys Dominguez C	Fonoaudióloga	Canaqueral	<i>[Firma]</i>
6	Ingrid Johanna Diaz M.	FISIOTERAPEUTA	Domicilios	<i>[Firma]</i>
7	Lina María Camacho Camacho	FISIOTERAPEUTA	Canaqueral	<i>[Firma]</i>
8	Johanna Andrea Figueroa M.	FISIOTERAPEUTA	Domicilios	<i>[Firma]</i>
9	Lyda Sabela Márquez García	FISIOTERAPEUTA	Cabecera	<i>[Firma]</i>
10	Olano Marcela Gómez Pérez	FISIOTERAPEUTA	Cabecera	<i>[Firma]</i>
11	Rebeca Villalobos Riquelme	FISIOTERAPEUTA	Domicilio	<i>[Firma]</i>
12	Dania A. Meléndez Duarte	FISIOTERAPEUTA	Domicilio	<i>[Firma]</i>
13	Andrea Arenas Veyga	FISIOTERAPEUTA	Domicilio	<i>[Firma]</i>
14	Juan José Beltrán B	Fonoaudiólogo	Cabecera	<i>[Firma]</i>
15	Lady Patricia Quintero Velasco	Facilitadora Calidad	Canaqueral / Cab.	<i>[Firma]</i>
16	Monica Alejandra King	Secretaria	Canaqueral	<i>[Firma]</i>
17	Carib Luz Sabero Quintero	Secretaria	Cabecera	<i>[Firma]</i>
18	Indira Chovera Rodríguez	Fonoaudióloga	Canaqueral	<i>[Firma]</i>
19	Natalia Aguilar Saincalaf	T. Organizaciones	Cabecera	<i>[Firma]</i>
20	Martha C. Moniega Flores	FISIOTERAPEUTA	Cabecera	<i>[Firma]</i>
21				
22				
23				
24				
25				
26				

Elaboró: **LINDY PATRICIA QUINTERO** Revisó y Aprueba: **NOHORA GARCIA**

Firma: _____ Firma: _____

• Acta de reunión No. 02

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

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

Propósito de la Reunión

Capacitación que es un sistema de Gestión de Calidad

Temas a Tratar

- Capacitación por parte del Ing. HORACIO MALDONADO,
- Conceptos Básicos. (organización, sistema, Gestión, Calidad, requisito, Satisfacción, proceso, tipos de causas, que es producto,
- características de Procesos (Gerenciales, Asistenciales, Proveedores, Rec Humanos)

Compromisos de esta Reunión

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

FECHA PRÓXIMA REUNIÓN: _____

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

No.	Asistentes Reunión Acta No. 002 NOMBRE	CARGO	SEDE	FIRMA
1	Carlos Juan Medina	Fisioterapeuta	Cabecera.	<i>[Signature]</i>
2	ANA CAROLINA ROSAS	PSIOTERAPEUTA	CABECERA	ANA C. ROSAS
3	Patricia J. Castellano	Fisioterapeuta	Cabecera	<i>[Signature]</i>
4	Fury Carolina Lopez A	Fisioterapeuta	Cabecera	<i>[Signature]</i>
5	Maribelys Dominguez C.	Fonoaudióloga	Canaveral	<i>[Signature]</i>
6	Ingrid Johanna Diaz M.	Fisioterapeuta	Dominicos	<i>[Signature]</i>
7	Lina María Gamacho Camacho	Fisioterapeuta	Canaveral	<i>[Signature]</i>
8	Johanna Andrea Higuera M.	Fisioterapeuta	Dominicos	<i>[Signature]</i>
9	Lyla Sabina Méndez García	Fisioterapeuta	Cabecera	<i>[Signature]</i>
10	Diana Marcela Gómez	Fisioterapeuta	Cabecera	<i>[Signature]</i>
11	Helber Villalobos Prietz	Psicoterapeuta	Dominico	<i>[Signature]</i>
12	Daniela Meléndez Duarte	PSIOTERAPEUTA	Dominicos	<i>[Signature]</i>
13	Ana Carolina Arenas Vega	Fisioterapeuta	Dominico	<i>[Signature]</i>
14	Ingrid Johana Beltrán B	Fonoaudióloga	Cabecera	<i>[Signature]</i>
15	Ana Sofía Castillo B	Fisioterapeuta	Dominicos	<i>[Signature]</i>
16	Mara Clara Longhammer	Psicóloga	cab / Canaveral	<i>[Signature]</i>
17	Patricia Alejandra Galia	Psicóloga	Canaveral	<i>[Signature]</i>
18	Ledy Patricia Quintero Velasco	Psicóloga	Canaveral	<i>[Signature]</i>
19	Nahera Salgado Méndez	Secretaria	Cab / Canaveral	<i>[Signature]</i>
20	Maribel Salazar Martínez	Secretaria	Cab / Canaveral	<i>[Signature]</i>
21	Ingrid Milena Chayering	Fonoaudióloga	Cabecera	<i>[Signature]</i>
22	Natalia Ajwal Sambouf	Fonoaudióloga	Canaveral	<i>[Signature]</i>
23	Martha Conietya Florez	Fisioterapeuta	Cabecera	<i>[Signature]</i>
24				
25				
26				

Elaboró: **LADY PATRICIA QUINTERO** Revisó y Aprobó: **NOHELA GAUMDO**
 Firma: _____ Firma: _____

• Acta de reunión No. 04

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

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

Propósito de la Reunión

- Dar a conocer el proceso a cargo, y como se conformaban los comites.

Temas a Tratar

- Lideres de Proceso.
- Responsabilidades y funciones de los comites.
- Ideas para conformar la politica y objetivos de Calidad.

Compromisos de esta Reunión

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

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

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

① Definición de la Política de Calidad entre Líderes de Proceso

- Buen Servicio - - - - MK
- Atención Oportuna - - - - Carolina
- Calidad Humana - - - - Milena
- Idoneidad en el profesional - Lyda
- Ofrecer buenas Instalaciones - Carlos
- Seguimiento en el tratamiento - Carlos
- Efectividad
- Respeto
- Comunicación efectiva - M^a Clara
- Responsabilidad
-

② Definición de Comites

① Comites de Historias Clínicas

- ↳ Responsables: T. F. Nathalia
Fono. Milena y Ingrid.
T. F. Dra. Lina María →
T. F. Diana y Paola Gonzalez,
Silvia Suarez.

② Comite de Compras:

- ↳ Responsables: Monica, Anca y Carolina (T.F.)

③ Comite Científico: T. F. Paula y Yureinis pinto

- ↳ Responsables: T. F. Carlos y Leidy

④ Comite de Calidad:

- ↳ Responsable: M^a Clara, Lida, Iury y Lady.

③ LIDERES DE PROCESOS:

- Gestión Estratégica → Dra. NATHALIA GALINDO
Gestión Calidad → Ing. Lady Quintero
Proceso Habilitación → Dr. Lyda Marquez
Proceso Recurso Humano → M^a Clara L.

- Compras → Marby
Proceso Asistencial → Monica
Proce Infraestructura
↳ Dr. Carolina.

ASISTENTES REUNIÓN ACTA No. 04
Tema Tratado: Dar a conocer el proceso a Cargo y como se conformaban los Comites

No.	NOMBRE	CARGO	SEDE	FIRMA
1	Luz Gilberta Lopez Acevedo	Psicopedagoga	Caranaverá	Luz Gilberta Lopez Acevedo
2	Luz Sabina Márquez Gaveta	Fisioterapeuta	Cabecera	Luz Sabina Márquez Gaveta
3	Paula Andrea Quiroz Espitia	To. Ocupacional	Caranaverá	Paula Andrea Quiroz Espitia
4	Natalia Amílcar Somelovaj	T. Ocupacional	Caranaverá	Natalia Amílcar Somelovaj
5	Zorila Helena Sotelo F.	Fonoaudióloga	Caranaverá	Zorila Helena Sotelo F.
6	Carlos Medina	Fisioterapeuta	Cabecera	Carlos Medina
7	Marta Clara Granados	Psicóloga	San Cab.	Marta Clara Granados
8	Tónica Alexandra Enia	Secretaría	Caranaverá	Tónica Alexandra Enia
9	Marlene Salazar	Secretaría	CABECERA	Marlene Salazar
10	Doubler Salazar	Secretaría	Cabecera	Doubler Salazar
11	Luz Mireya Aparicio	Secretaría	Caranaverá	Luz Mireya Aparicio
12	Luz Patricia Quintero	Coord. Calidad	Caranaverá	Luz Patricia Quintero
13	Mrs. Hec. Kandi	Servicio beneficiario		Mrs. Hec. Kandi
14				
15				

• Acta de reunión No. 06

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

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

Propósito de la Reunión
- Socialización de los Formatos del Proceso de Calidad.
Temas a Tratar
- Revisión y socialización de los procedimientos del SGC del proceso de Gestión de Calidad. - Acciones Correctivas - Acciones Preventivas - Producto NO conforme.

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

FECHA PRÓXIMA REUNIÓN: 1 de Marzo / 2011

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

ASISTENTES REUNIÓN ACTA No. 06

No.	NOMBRE	CARGO	SEDE	FIRMA
1	Lily Carolina Lopez Acosta	Fisioterapeuta	Manzanera	<i>[Handwritten Signature]</i>
2	Lidd Sabina Márquez García	Fisioterapeuta	Cabecera	<i>[Handwritten Signature]</i>
3	Mora Clara Jarammer	Psicóloga	cab/cabecera	<i>[Handwritten Signature]</i>
4	Lady Patricia Cuintero	Coord. Calidad	Cabecera	<i>[Handwritten Signature]</i>
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Elaboró:

Revisó y Aprobó:

• Acta de reunión No. 09

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

Fecha: marzo 1 de 2011 Acta No. 09
 Comité COMPRAS
 Hora de Inicio: 6:30 Pm Hora de Finalización: 8:00 pm
 Lugar: LOGROS CABECERA

Propósito de la Reunión
PLAN DE TRABAJO DEL COMITE DE COMPRAS
Temas a Tratar
NECESIDADES DE MATERIAL DE LOGROS CABECERA Y CASAUERAL

Compromisos de esta Reunión			
ITEM	DESCRIPCIÓN Y COMENTARIOS	RESPONSABLE	FECHA
1	ORGANIZAR REGISTRO DE ENTRADA Y SALIDA DE INSUMOS.	Tlonika	15/03/2011
	CONTROL DE INSUMOS (CON) DENTRO DE LA INSTITUCION	Tlonika	15/03/2011
	FORMATO DE SOLICITUD DE INSUMOS (llenarlo con tres dias de anticipación)	Tlonika	15/03/2011
	CAMPAÑA DE CONCIENCIACIÓN DE AHORRO.	ANA CARDENAS ROSAS	15/03/2011
	Formato insumos de aseo.	Tlonika	15/03/2011

FECHA PRÓXIMA REUNIÓN: 05 de Abril

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

Logros	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO: GCA-AC-01
	HOJA DE ASISTENCIA	VERSION: 00 PAGINA 2 DE 2

ASISTENTES: REUNIÓN ACTA No. 09			
Tema Tratado:			
No.	NOMBRE	CARGO	SEDE
1	Fontca Alejandra Romo	Secretaria	CAÑONCIL
2	ANA CAROLINA ROSAS	FISIOTERAPEUTA	CABECERA
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

FIRMA
ANA C. ROSAS

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

Logros	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO: GCA-AC-01
	HOJA DE ASISTENCIA	VERSION: 00 PÁGINA 2 DE 2

ASISTENTES: REUNIÓN ACTA N° 12
 Tema Tratado:

No.	NOMBRE	CARGO	SEDE	FIRMA
1	ANDREA CORDERO	ASX ADMINISTRATIVO	CASAVELTA	<i>[Firma]</i>
2	TONICA PANIA	AUX Admi	COBECOLA	<i>[Firma]</i>
3	Maria Mercedes	servicios generales	sebastiancañal	<i>[Firma]</i>
4	Natalia Cristina Carrero	Cost. Adm. -	CARRERA CALERA	<i>[Firma]</i>
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

ELABORO: LADY PATRICIA QUINTERO VELASCO	REVISOR/A PROBO: NOHORA GALINDO	FECHA DE APROBACION: 02 - NOVIEMBRE - 2.010
--	------------------------------------	--

• Acta de reunión No. 20

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

Fecha: 20 - de Abril de 2011 Acta No. 20
 Comité Comite calidad- Gestión Administrativa
 Hora de Inicio: 7: pm Hora de Finalización: _____
 Lugar: Sede Casaveras

Propósito de la Reunión
Socialización de los procedimientos de Bioseguridad
Temas a Tratar
<ul style="list-style-type: none"> - Socialización PGI RH (Plan Gestión Integral Recursos Asistenciales) - Limpieza y desinfección equipos terapia Respiratoria - Limpieza y desinfección Áreas

Compromisos de esta Reunión			
ITEM	DESCRIPCIÓN Y COMENTARIOS	RESPONSABLE	FECHA
1	Iniciar Implementación Procedimientos	Líderes Procesos.	

FECHA PRÓXIMA REUNIÓN: _____


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

Logros	GESTIÓN DE CALIDAD	CÓDIGO: GCA - AC - 01
	HOJA DE ASISTENCIA	VERSIÓN: 00
		PAGINA 2 DE 2

ASISTENTES: REUNIÓN ACTA No. 20			
Tema Tratado: Reunión de Gestión Administrativa - Bioscuridad			
No.	NOMBRE	CARGO	SEDE
1	Georgio Benito Siles	Psicólogo	Cañaver
2	Mariel Angarita	Auxiliar Contable	Cañaver
3	Paula Andrea Quiroz Espitia	T. Operacional	Cañaver
4	Leidy Sauley Mantilla Añilla	Fisioterapeuta	Cañaver
5	Natalia Quiroz Sandoval	T. Operacional	Cañaver
6	Luz Carolina López	Fisioterapeuta	Cañaver
7	Luz Sabina Miquez García	Fisioterapeuta	Cabecera
8	Isolola González	Fisioterapeuta	Cañaver
9	Gl. Cristina Bohórquez Hernández	Fisioterapeuta	Cabecera
10	Dora Milena Sotelo Fuentes	Fonaudióloga	Cañaver
11	Yolli Mirka Gutiérrez	As. Administrativa	Cañaver
12	Aina Soto Castrillo	Fisioterapeuta	Domicilios
13	Daniela Meléndez Duarte	Fisioterapeuta	Domicilios
14	Andrea Arenas Vesga	Fisioterapeuta	Domicilios
15	Ingrid Johanna Díaz	Fisioterapeuta	Domicilios

ELABORÓ	REVISÓ / APROBÓ	FECHA DE APROBACIÓN
LADY PATRICIA QUINTERO VELASCO	NOHORA GALINDO	02 - NOVIEMBRE - 2010

• Acta de reunión No. 25

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

Fecha: 14-Abril 2011 Acta No. 25
 Comité Comite Calidad- Gestion Administrativa
 Hora de Inicio: 7:30 PM Hora de Finalización: _____
 Lugar: Sede Cabrera

Propósito de la Reunión
Socializacion Procedimiento Programa Mantenimiento Preventivo
Temas a Tratar
<ul style="list-style-type: none"> - Conocido Programa Mantenimiento Preventivo Equipos - Actualizar Ags. Vida Equipos

Compromisos de esta Reunión			
ITEM	DESCRIPCIÓN Y COMENTARIOS	RESPONSABLE	FECHA
1	Asignar líderes y responsable para Mantenimiento para Equipos	Lideres Calidad	







FECHA PRÓXIMA REUNIÓN: _____

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


ASISTENTES REUNIÓN ACTA No. **25**

Tema Tratado:

Reunion de Gestion Administrativa - Infraestructura

No.	NOMBRE	CARGO	SEDE	FIRMA
1	Ingrid Belligrán Bueno	Fonocardiologa	Cabecera	
2	Floralba RIVERA A.	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CABECERA	
3	Maria Clara Longoncherry	Psicologa	CUB/CAÑAR	
4	SILVIA LILIANA SUAREZ MONJAVE	FISIOTERAPEUTA	CABECERA	
5	ANA CAROLINA ROSAS GUERRA	FISIOTERAPEUTA	CABECERA	
6	Lady Patricia Quintero Velasco	Coord. de Calidad	Cab / Can.	
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				


Anexo. 5. Listado maestro de documentos

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

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

ELABORÓ: COORDINADORA DE CALIDAD
REVISÓ: GERENCIA

Anexo. 6. Plan de auditoría interna

	GESTIÓN DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC - PR - 02
	PLAN DE AUDITORIA INTERNA	VERSIÓN: 00
		PÁGINA 1 DE 2

Objetivo				
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la conformidad del SGC con respecto a los criterios establecidos en la norma NTC ISO 9001:2008 • Verificar la eficacia del SGC para lograr los objetivos especificados, incluyendo el cumplimiento de los requisitos de la norma, del cliente, legales y reglamentarios del servicio. • Revisar el cumplimiento de los objetivos y requisitos establecidos en los procesos del SGC. • Identificar mejoramientos potenciales en el SGC. 				
Alcance:				
Aplica a todos los procesos del SGC del Centro de Especialistas LOGROS EU.				
Criterios:				
NTC ISO 9001:2008, Manual de Calidad y Documentación establecida en los diferentes procesos del SGC. Requisitos legales como: <ul style="list-style-type: none"> - Sistema Único de Habilitación (Resolución 1043 de 2006) - Manejo de historias clínicas según (Resolución 1995 de 1999) 				
Auditor líder:		Auditor interno:		Procesos a auditar:
Lady Patricia Quintero Velasco.		María Clara Langhammer		Todos los procesos.
PROGRAMACIÓN				
Fecha / Sede	Hora	Proceso/Actividad por auditar	Auditado	Auditor
JUEVES 16-06-11 Sede Cañaveral	2:00 – 2:20 p.m.	Reunión de apertura	Líderes de cada proceso	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
	2:20 - 4:00 p.m.	Gestión Asistencial	Auxiliar Administrativa (Proceso asistencial y Historias Clínicas) Y Auditoría de Campo en las Unidades de Servicio.	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
	4:00 – 4:30 p.m.	Gestión Administrativa	Auxiliar Administrativa y Servicio General (Compras y Bioseguridad)	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
REVISÓ		APROBÓ		FECHA DE APROBACIÓN
Coordinadora de Calidad		Gerencia		21 - Marzo - 2.011

**GESTIÓN DE LA CALIDAD**CÓDIGO: **GC - PR - 02****PLAN DE AUDITORIA INTERNA**VERSIÓN: **00**

PÁGINA 2 DE 2

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

Observaciones:

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


RESPONSABLE: LADY PATRICIA QUINTERO VELASCO
LIDER EQUIPO AUDITOR

APROBADO POR: NOHORA GALINDO
GERENTE

FECHA: Junio 10 de 2011

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

Anexo 7. Informe de auditoría interna

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

FECHA: 20 de Junio del 2.011	AUDITORIA INTERNA No: 01	SEDE: Cañaveral y Cabecera
--	------------------------------------	--------------------------------------

Objetivo

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

Alcance:

Aplica a todos los procesos del SGC del Centro de Especialistas LOGROS EU.

Criterios:

NTC ISO 9001:2008,

Manual de Calidad y Documentación establecida en los diferentes procesos del SGC.

Requisitos legales como:

- Sistema Único de Habilitación (Resolución 1043 de 2006)
- Manejo de historias clínicas según (Resolución 1995 de 1999)

Auditor líder: Lady Patricia Quintero Velasco.	Auditor Interno: María Clara Langhammer	Procesos Auditados: Todos los procesos.
--	---	---

PERSONAL ENTREVISTADO:


Se auditó todo el personal de las dos sedes Cabecera y Cañaveral.

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

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

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

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

	GESTIÓN DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GCA - F - 14
	INFORME DE AUDITORIA	VERSIÓN: 00
		PÁGINA 3 DE 5

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

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

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



GESTIÓN DE LA CALIDAD

CÓDIGO: GCA - F - 14

INFORME DE AUDITORIA


VERSIÓN: 00

PÁGINA 4 DE 5

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

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

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

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

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

CONCLUSIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Tienen definida la estructura y conformidad del sistema de gestión de calidad bajo los lineamientos de la norma NTC -ISO 9001:2008, en el manejo y definición de sus procesos, se recomienda hacer seguimiento para los procesos de gestión administrativa y recurso humano los cuales se presentaron No Conformidades. • Los objetivos y requisitos establecidos en cada caracterización de proceso del SGC, se están cumpliendo y aplicando en las actividades diarias para la prestación del servicio. • La organización y compromiso del personal en cuanto la aplicación de los documentos y formatos definidos en el proceso asistencial, se evidencia un alto compromiso por lograr la satisfacción de los clientes. • Se puede visualizar la organización por parte de la recepción en cuanto al manejo de los procedimientos, control y orden en los documentos establecidos en el SGC. Y el compromiso de los profesionales de Fisioterapia para el mantenimiento de la calidad de los registros de las historias clínicas.

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