

**DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE
CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2000 PARA VIVIR S.A.
MEDICINA PREPAGADA.**

**LUIS FELIPE MORALES PINEDA
JUDITH JAIMES BARAJAS**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO-MECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA**

2008

**DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE
CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2000 PARA VIVIR S.A.
MEDICINA PREPAGADA.**

**LUIS FELIPE MORALES PINEDA
JUDITH JAIMES BARAJAS**

**Proyecto de grado presentado como requisito para optar el título de
Ingeniero Industrial**

**Director:
JOSÉ JOAQUÍN GARCÍA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO-MECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA**

2008

**En nombre de Dios el compasivo,
el misericordioso**

**A mis padres por su apoyo incondicional
en todo momento los quiero mucho**

LUIS FELIPE MORALES PINEDA

**A Dios que es mi fortaleza
A mis padres por su gran amor y paciencia
A mis hijos por ser mi gran ilusión
A mis hermanos por su apoyo incondicional**

JUDITH JAIMES BARAJAS

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darnos la fortaleza y sabiduría para alcanzar esta meta pero que al mismo tiempo abre el inicio para otra.

A nuestros padres por su apoyo incondicional y a todas aquellas personas especiales que conocimos en este camino por creer en nosotros y brindarnos su colaboración, especialmente:

Al Dr. Reinaldo Moreno Bayona, Gerente General de VIVIR S.A. por su confianza, y especial interés en el éxito de este proyecto y en nuestro desarrollo como profesionales.

A Lida Xiomara Directora Garantía de Calidad por su apoyo e interés en la formación de profesionales y buenos y sabios consejos.

Al grupo de colaboradores que integran la familia VIVIR S.A. por todo el cariño y colaboración que nos brindaron durante todo el proyecto.

A la Universidad Industrial de Santander, a todos los docentes quienes de una u otra manera aportaron sus conocimientos para que pudiéramos alcanzar esta meta tan anhelada.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	16
1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	17
1.1 OBJETIVO GENERAL	17
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
1.3 ALCANCE DEL PROYECTO	18
2. MARCO DE REFERENCIA	19
2.1 MARCO TEORICO	19
2.1.1 Evolución de la Calidad	19
2.1.2 Del Control de la Calidad a la Excelencia Empresarial	21
2.1.3 Importancia de la Calidad	24
2.1.4 La filosofía de Deming	25
2.1.5 Enseñanzas de Deming	25
2.1.6 Principios de Gestión de la Calidad	27
2.1.7 Concepto de Sistema de Gestión de la Calidad	29
2.1.8 Enfoque Basado en Procesos	29
2.1.9 Base Racional para los Sistemas de Gestión de Calidad	36
2.1.10 Generalidades de la norma NTC- ISO 9001:2000	37
2.1.11 Ventajas que tiene un Sistema de Gerencia de Procesos	38
2.1.12 Organización de la serie de normas ISO 9000	39
2.1.13 Ventajas de la norma ISO 9000:2000	40
2.2 MARCO LEGAL	41
2.2.1 Ley 100 de 1993	41
2.2.2 Empresas de medicina prepagada	44
2.2.3 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad	47
3. GENERALIDADES DE LA EMPRESA	51

3.1 RESEÑA HISTÓRICA	51
3.2 MISIÓN	53
3.3 VISIÓN	53
3.4 VALORES CORPORATIVOS	53
3.4.1 Respeto	53
3.4.2 Compromiso	53
3.4.3 Identidad	53
3.5 FILOSOFÍA	53
3.6 NUESTROS CLIENTES	54
3.7 SERVICIOS	54
4. DISEÑO Y DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	58
4.1 DIAGNÓSTICO DE LA EMPRESA	58
4.1.1 Objetivos del Diagnóstico	58
4.1.2 Responsables	58
4.1.3 Realización del Diagnóstico	58
4.1.4 Plantilla para el Diagnóstico	59
4.1.5 Resultados del Diagnóstico	60
4.2 PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	67
4.2.1 Actividades de Sensibilización, Capacitación requeridas	67
4.2.2 Actividades de Documentación requeridas	68
4.3 POLÍTICA DE CALIDAD	70
4.4 OBJETIVOS DE CALIDAD	72
4.5 RELACIÓN ENTRE POLÍTICA DE CALIDAD Y OBJETIVOS DE CALIDAD	74
4.6 IDENTIFICACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	76
4.6.1 Definición de los procesos que integran el Sistema de Gestión de Calidad de VIVIR S.A. medicina prepagada	76
4.6.2 Mapa de Procesos	78
4.6.3 Caracterizaciones de Proceso	79
4.6.4 Indicadores de Proceso	80

4.7 MANUAL DE CALIDAD	83
4.6 DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS	85
5. IMPLEMENTACIÓN	90
5.1 SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN	90
5.1.1 Resultado de las actividades de sensibilización y Capacitación	90
5.2 SOCIALIZACIÓN DE LOS PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	92
5.3 IMPLEMENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS Y REGISTROS	92
5.4 IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS	93
6. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	95
6.1 PROCESOS DE EVALUACIÓN DENTRO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	95
6.2 AUDITORIAS AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	95
6.2.1 Ejecución del Procedimiento de Auditorias Internas	96
6.2.2 Resultados de las auditorias internas	97
7. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	101
7.1 PRIMERA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	102
7.2 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN CAMBIOS	103
7.3 SEGUNDA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	105
8. AUDITORIA DE CERTIFICACIÓN	107
CONCLUSIONES	108
RECOMENDACIONES	110
BIBLIOGRAFÍA	111
ANEXOS	113

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Sensibilización y Capacitación	90

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Proceso Genérico	30
Figura 2. Ejemplo de vínculo de los procesos a Través de los departamentos en una organización	32
Figura 3. Ejemplo de una secuencia de un proceso genérico	33
Figura 4. Modelo de un Sistema de Gestión de Calidad basado en procesos descrito en la familia de normas ISO 9000	34
Figura 5. Planear – Hacer – Verificar – Actuar	35
Figura 6. Estructura Organizacional	57
Figura 7. Mapa de procesos VIVIR S.A.	78
Figura 8. Estructura del listado maestro de documentos internos	86
Figura 9. Estructura del listado maestro de documentos externos	87
Figura 10. Estructura del listado maestro de registros	88
Figura 11. Control de servicio no conforme	88
Figura 12. Acciones Correctivas y Preventivas	94

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Escalas de valoración para el diagnóstico	59
Tabla 2. Actividades de documentación requeridas	69
Tabla 3. Relación entre política de calidad y objetivos de calidad	74
Tabla 4. Indicadores de gestión de los procesos del SGC de VIVIR S.A.	80
Tabla 5. Primer ciclo auditoria principal Bucaramanga	97
Tabla 6. Primer ciclo auditoria sucursal Bogotá	98
Tabla 7. Segundo ciclo auditoria principal Bucaramanga	98
Tabla 8. Segundo ciclo auditoria sucursal Bogotá	99
Tabla 9. Tercer ciclo auditoria principal Bucaramanga	99
Tabla 10. Tercer ciclo auditoria sucursal Bogotá	99

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Diagnostico	114
Anexo 2. Plan de Capacitación	127
Anexo 3. Procesos del Sistema de Gestión de Calidad de Vivir S.A.	129
Anexo 4. Estructura para la Caracterización de Procesos del SGC de Vivir S.A.	134
Anexo 5. Documentos Obligatorios Exigidos Por La Norma	136
Anexo 6. Documentación del SGC de Vivir S.A.	159
Anexo 7. Socialización y Capacitación	162
Anexo 8. Programa de Auditorias	173
Anexo 9. Planes de Auditoria	175
Anexo 10. Revisión por Gerencia General del SGC	186
Anexo 11. Primera Revisión por la Dirección	194
Anexo 12. Cambios que pueden afectar el Sistema	208
Anexo 13. Segunda Revisión por la Dirección	210
Anexo 14. Informe de Revisión Previa	234
Anexo 15. Plan de Auditoria en Sitio	242
Anexo 16. Informe de Auditoria en Sitio	246
Anexo 17. Plan de Mejora Post-Certificación	257

RESUMEN

TITULO: DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2000 PARA VIVIR S.A. MEDICINA PREPAGADA .

AUTORES: LUIS FELIPE MORALES PINEDA
JUDITH JAIMES BARAJAS**

PALABRA CLAVE: Sistema de Gestión de Calidad, Norma NTC ISO 9001:2000, Medicina Prepagada, Diseño, Documentación, Implementación, Auditoria, Revisión por la dirección.

DESCRIPCIÓN

Este documento describe las actividades realizadas dentro de las etapas de diseño, documentación, implantación y certificación del sistema de Gestión de Calidad de la empresa VIVIR S.A. Medicina Prepagada, bajo los lineamientos de la norma NTC ISO 9001:2000.

El diseño del Sistema de Gestión de Calidad de VIVIR S.A. inicio con la aplicación de un diagnostico de los procesos de la organización frente al los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000. A través de este diagnostico se identificaron las principales fortalezas y debilidades de la organización para desarrollar un sistema de gestión de la calidad conforme con los requisitos de la norma.

En la epata de planificación se estableció, la política de calidad de la organización, se definieron los objetivos de calidad, se identificaron los procesos que integran el sistema con sus respectivos responsables y la interacción entre los mismos. En la etapa de documentación fueron documentados los procesos identificados generándose manuales y procedimientos, requeridos por la norma y los definidos por la organización como necesarios para asegurar la eficaz planificación, operación y control de los procesos. La implementación inició con la aplicación de los procedimientos documentados, medición de indicadores de gestión.

Implementado el sistema, se desarrolló el primer ciclo de auditorias internas a todos los procesos, para posteriormente analizar y ejecutar planes de acción para eliminar las causas de las no conformidades encontradas. Finalmente se realizó la revisión por la dirección para verificar la eficiencia y eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad.

Al final se presentan las conclusiones y recomendaciones resultado del desarrollo del proyecto.

* Trabajo de Grado.

** Facultad de Ingenierías Fisicomecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales.
Director: José Joaquín García.

SUMMARY

TITLE: Documentation and implementation of a quality management system based on the ISO 9001: 2000 standart for Medical Prepaid PreVIVIR S.A.

AUTHORS: LUIS FELIPE MORALES PINEDA
JUDITH JAIMES BARAJAS**

WORD KEY: Management Quality System, NTC ISO 9001:2000 standart, medical pre-paid, design, documentation, implementation, review for Headquater Office.

DESCRIPTION:

This document describes the activities done inside the design steps, documentation, implementation and the certify of the quality management system on the company VIVIR S.A. medical pre-paid, under the references of the norm NTC ISO 9001:2000.

The design of the management quality system of VIVIR S.A. began with the application of a diagnosis process of the organization in front of all requirements of the norm NTC ISO 9001:2000 through this diagnosis it was identified the principal strength and weakness of the organization for developing a management quality system with the appropriate requirements of the norm.

During the planning step it was established the quality politics of the organization and it was defined the quality objectives, it was identified the processes whose integrates the quality management system and the interaction between them. In the documentation stage it was documented the process identified generating manuals and procedures required for the norm and the ones defined for the organization as needed for the efficient secure planning, operation and control process. The implementation began with the application of the documented procedures and the measuring of the management indicators.

Once the management quality system was implemented, it was executed the first cycle of the intern audits, for all the process, then actions plans were taken to eliminate the causes of no conformity. Finally it was realized the review by the managing to verify the efficient and efficacy of the management quality system.

At the end the recommendations and conclusions are presented as a result of the development of the project.

* Working Grade.

** Faculty of Engineering Physics-mechanical. School of Industrial and Employers. Director: Jose Joaquin Garcia.

INTRODUCCIÓN

Los clientes exigentes, la fuerte competencia, los avances en tecnología, la creciente oferta sobre la demanda y el constante esfuerzo de todo tipo de empresa por mantener y atraer más compradores han ocasionado que en todos los sectores de la economía colombiana se generen estrategias o mecanismos para sobresalir y adelantarse al paso respecto a las adversidades que se lleguen a presentar.

Es por eso que como estrategia de competitividad y de reconocimiento ante diferentes actores de la economía Colombiana; las empresas han optado por desarrollar un Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001:2000. Y precisamente ese es el caso de VIVIR S.A. medicina prepagada empresa netamente santandereana que fue creada por las principales clínicas de la ciudad de Bucaramanga en el año de 1993 y que inició el proceso de certificación en Diciembre del año 2006 como parte de una planeación estratégica enfocada a fortalecer internamente sus procesos administrativos para mejorar la atención en el aseguramiento de la salud a los santanderes ofreciéndoles amplia cobertura asistencial y servicio oportunos y accesibles a toda su población afiliada.

Y así obtener un reconocimiento regional como la mejor de las prepagadas y empezar a ser reconocidos a nivel nacional como una empresa en expansión y crecimiento para poder llegar a todas las familias colombianas brindándoles el mejor aseguramiento en salud a través de una red de prestadores y un staff médico de reconocidos y excelentes profesionales que permitan generar confianza en cada uno de los clientes actuales y lo potenciales.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

1.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar, documentar e implementar un Sistema de Gestión de Calidad para los servicios de comercialización y administración de planes adicionales de salud basado en el cumplimiento de los requisitos de la norma Internacional ISO 9001:2000.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar un diagnóstico del Sistema de Gestión de Calidad, para evaluar el nivel de cumplimiento de los requisitos exigidos por esta norma
- Realizar acompañamiento en la planificación del Sistema de Gestión de la Calidad
- Conformar grupos de trabajo para la elaboración de la documentación necesaria para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.
- Realizar seguimiento a la implementación de los procesos, mediante la definición y el establecimiento de indicadores de gestión que permitan medir la mejora de los mismos.
- Difundir y capacitar en los procesos creados a los funcionarios VIVIR.
- Realizar programas y acompañamiento de auditorías internas de acuerdo a los lineamientos de la norma 19011:2002

- Acompañar a la empresa en la toma de acciones correctivas, acciones preventivas y planes de mejoramiento
- Acompañar a la empresa hasta la certificación correspondiente otorgada por un organismo acreditado por la Superintendencia de Industria y Comercio.

1.3 ALCANCE DEL PROYECTO

El proyecto abarca el diseño, documentación, implementación del sistema de gestión de calidad, el seguimiento mediante auditorías internas de calidad y el acompañamiento en la auditoría de certificación.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 MARCO TEORICO

2.1.1 Evolución de la Calidad¹. La gente piensa que la calidad es un fenómeno actual, y que las empresas han descubierto lo que significa. Esto no es en absoluto cierto, Ya en la edad media existe constancia de artesanos que fueron condenados a ser puestos en la picota por vender un alimento en mal estado. Y es que la calidad era un tema muy importante en aquella época, dada la escasez de productos que existía. Los alimentos eran escasos, y los bienes de consumo muy caros, al tener que ser fabricados de forma totalmente artesanal. Por tanto, desperdiciar alguno de estos recursos era considerado un delito grave.

Si bien, es cierto que es a partir de principios del siglo XX cuando se empieza a formar lo que hoy conocemos por gestión de la calidad, sobre todo a raíz del desarrollo de la fabricación en serie.

A comienzos de siglo, Frederick W. Taylor (1856-1915), desarrolló una serie de métodos destinados a aumentar la eficiencia en la producción, en los que se consideraba a los trabajadores como máquinas con manos. Esta forma de gestión, conocida como Taylorismo, ha estado vigente durante gran parte de este siglo, y aunque está muy alejada de las ideas actuales sobre calidad, fue una primera aproximación a la mejora del proceso productivo.

En 1931, Walter E. Shewart (1891-1967), saca a la luz su trabajo *Economía y Control de Calidad en la Producción*, precursor de la aplicación de la estadística a la calidad. Este trabajo es aprovechado por otros estudiosos de la época como base de ulteriores desarrollos en el mundo de la gestión de la calidad. Además, se

¹ Modulo de formación www.senavirtual.edu.co

da la coincidencia de que el ejército de los Estados Unidos decide aplicar muchas de sus ideas para la fabricación en serie de maquinaria de guerra.

A raíz del final de la guerra, los japoneses se interesan por las ideas de Shewart, Deming, Juran y otros, que preconizan los primeros pasos de la gestión de la calidad moderna. Éstos, ante el rechazo de la industria americana a aplicar sus ideas, deciden trabajar en Japón, obteniendo los resultados que todos conocemos. El impacto de sus ideas fue tal, que en la actualidad, el premio más importante en el ámbito de la gestión de la calidad lleva el nombre de uno de ellos, es el premio Deming.

A partir de finales de los años 70, la industria occidental se da cuenta de la desventaja que sufre respecto a los productores japoneses, y empieza a imitar sus filosofías de gestión, sobre todo a raíz de un cambio de actitud de los consumidores, que cada vez se ilusionan más por productos de elevada calidad a precio competitivo. Es paradójico pensar que estas ideas partieran de científicos americanos, pero que su industria se mostrara reticente a aplicarlas. Es a partir de estos años cuando se empieza a hablar de aseguramiento de la calidad en las empresas, y cuando surgen las primeras normas que regulan la gestión de la calidad.

En la actualidad, y una vez que parece que la industria occidental ha conseguido reducir en gran medida la desventaja respecto a la japonesa, surgen nuevos modelos o paradigmas relacionados con la gestión de la calidad. Las normas ISO 9000 son de obligado cumplimiento en algunos sectores industriales, y aparecen nuevos modelos de gestión como el de Excelencia Empresarial o EFQM de la Unión Europea y el Baldrige de los Estados Unidos. El cliente es consciente de que la calidad es un importante factor diferenciador, y cada vez exige más a los fabricantes y prestadores de servicios.

2.1.2 Del Control de la Calidad a la Excelencia Empresarial. La gestión de la calidad ha ido evolucionando con el paso del tiempo y ha ido incorporando nuevas ideas, así como rechazando aquellas que se han quedado obsoletas. Se puede decir que la filosofía sobre la calidad ha pasado por cuatro fases distintas, cada una de ellas correspondiente a un paso más en el camino hacia la gestión de la calidad actual

Estas cuatro fases son:

- a. Control de la calidad
- b. Aseguramiento de la calidad
- c. Calidad Total
- d. Excelencia empresarial.

a. Control de calidad

- Calidad = Conformidad con las especificaciones. El control de calidad fue y sigue siendo lo que mucha gente considera como gestión de la calidad. El departamento de control de la calidad de la empresa se encarga de la verificación de los productos mediante muestreo o inspección al 100 %. La calidad sólo atañe a los del departamento de control de la calidad y a sus inspectores. Mediante este sistema se procura que no lleguen productos defectuosos a los clientes, pero en modo alguno se evita la aparición de esos errores.

La dirección no considera la calidad como un tema de importancia estratégica para la empresa y se sigue centrando en temas de marketing. Como mucho, se queja del alto costo de garantía de los productos, así como de los rechazos, reprocesos, aunque no es consciente del coste real que suponen para la empresa estos errores.

Son característicos de esta fase los elevados costos de inspección, la inspección 100 %, la presencia de un departamento de control de calidad dependiente del de fabricación, la baja participación y compromiso del personal involucrado directamente en los procesos de producción y/o prestación del servicio.

b. Aseguramiento de la calidad

- Calidad = Aptitud para el uso. La dirección de la empresa se da cuenta de la importancia que tiene la calidad para su empresa, y empieza a plantearse el implantar un sistema de gestión de la calidad, como por ejemplo, el basado en las normas ISO 9000. Esta necesidad puede partir de la exigencia de un cliente importante o por convencimiento de que es bueno para la empresa.

Se considera la calidad como una ventaja competitiva, pero no como una inversión, ya que generalmente lo único que se busca es la certificación del modelo de calidad que emplea la empresa.

Aparece el departamento de calidad como tal, y aunque unas veces suele ser dependiente de marketing o producción, lo normal es que sea un departamento independiente.

Se tratan de extender las ideas de gestión de la calidad a todos los departamentos de la empresa, Se redacta el manual de la calidad, se escriben y utilizan procedimientos.

Aun así, la participación del personal no dependiente del departamento de calidad suele ser baja, Más aún, no se busca su participación activa.

c. Calidad Total

- Calidad = Satisfacción del cliente. La Calidad Total busca un nivel elevado de calidad en cuatro aspectos:
 - Calidad del producto,
 - Calidad del servicio,
 - Calidad de gestión, y
 - Calidad de vida.

La Calidad Total supone un cambio de cultura en la empresa, ya que la gente se debe concientizar de que la calidad atañe a todos y que la calidad es responsabilidad de todos, La dirección es responsable de liderar este cambio, mediante la implantación de un sistema de mejora continua permanente, y mediante la instauración de un sistema participativo de gestión.

Aparece la figura del cliente interno y externo, mediante la que se busca la mejora de la calidad en todos los puntos de la cadena de valor del producto, Para ello, y dado que el proveedor es una parte muy importante de nuestra cadena, se busca su colaboración, viéndolo más como un compañero que como un enemigo.

Dado que el personal es consciente de la importancia de la calidad, la mejor forma de comprobar la calidad de nuestros productos; es hacer que sea el propio personal el que se controle. Para ello se emplean técnicas de control estadístico, que ahora conoce todo el personal de la empresa. Es lo que se conoce como autocontrol.

d. Excelencia empresarial

- Calidad = Satisfacción de los clientes y eficiencia económica. Se puede decir que el modelo de Excelencia empresarial no es más que una adaptación del modelo de Calidad Total (de origen japonés) a las costumbres occidentales. En estos momentos existen dos modelos ampliamente aceptados, son el Baldrige en los Estados Unidos y el de la EFQM en Europa. Ambos son un complemento a las normas ISO 9000, añadiendo la importancia de las relaciones con todos los clientes de la empresa y los resultados de la misma.

2.1.3 Importancia de la Calidad. En la actualidad, los clientes demandan productos de calidad, y dado que existe una gran oferta, podrán elegir aquellos productos que más les satisfagan. Los fabricantes, ante la escasez de su demanda particular, buscan diferenciar sus productos de los de la competencia.

En un principio, los fabricantes no necesitaban diferenciarse, ya que los clientes compraban lo que les diesen, pero esta situación acabó pronto, Posteriormente los fabricantes buscaron diferenciarse mediante el precio, ya que pensaban que el cliente compraría siempre el producto más barato. Aunque esta situación se da aún en ciertos mercados, lo cierto es que el cliente ahora puede elegir y que lo hace normalmente en función de la calidad del producto.

Además, la mejora de la calidad de nuestros productos a la larga reduce su costo real. Veamos como: al aumentar la calidad del producto, su diseño y su facilidad de fabricación, el producto es más sencillo de producir y se desperdicia menos materia prima. Como consecuencia de ello, los costos de fabricación bajan. Además, al utilizar personal mejor capacitado, es más flexible y adaptable a las necesidades de la empresa. Se cree que la reducción en costos en la empresa puede ser del orden del 20 %. Esto permite bajar nuestros precios y por tanto aumentar nuestras ventas.

2.1.4 La filosofía de Deming. Deming (1900-1993) es, según muchos, el padre de la moderna Gestión de la calidad. Matemático de formación, Deming empleó y mejoró herramientas ya conocidas por otros (Shewart), con el fin de desarrollar un proceso sistemático de mejora de la calidad.

En los años 50 la Industria norteamericana se hallaba en un periodo de prosperidad. Se podía vender todo lo que se fabricaba. Todo permitía afirmar que el futuro seguiría siendo igual. Fueron pocos los que prestaron atención al trabajo de Deming, ideas respecto a la calidad y a su defensa de la estadística en la gestión de la calidad. No obstante, la situación era muy diferente en Japón, La economía japonesa estaba en crisis, el país destruido, y los productos japoneses se destacaban por su alto precio y baja calidad.

Los empresarios japoneses se mostraron receptivos a sus ideas y le invitaron a que diese una serie de conferencias en el país. Para mediados de los años 70, Japón empezaba a socavar peligrosamente la posición de los competidores occidentales, mediante productos de elevada calidad a bajo precio. El ataque empezó con los automóviles, y continuó con la electrónica, mercado que en la actualidad dominan. Y todo gracias a las ideas de Deming. Como se dijo antes, el premio de mayor prestigio dentro del mundo de la calidad lleva su nombre, es el Premio Deming.

2.1.5 Enseñanzas de Deming. La Filosofía de Deming se fundamenta en cuatro conceptos básicos:

- Orientación al cliente
- Mejora continua
- El sistema determina la calidad
- Los resultados se determinan a largo plazo

El primer, punto ya ha sido tratado en los apartados anteriores, del segundo nos encargaremos en este apartado, pero primero una nota sobre el tercero. Según Deming, el 80 % de los problemas de calidad de las empresas se deben al sistema establecido. Por tanto, su solución corresponde en un 80 % a la dirección y mandos medios. Poco pueden hacer los trabajadores si éstos no se deciden a actuar y colaborar activamente en su solución.

Deming defiende, que la mejor forma de solucionar los problemas es mediante la mejora continua. Según él, los saltos importantes en la mejora de un proceso son escasos e insuficientes. Debemos mejorarlos día a día, cada vez un poco más. Esto no quiere decir que las mejoras radicales no sean bienvenidas, pero no son la única solución.

Los 14 puntos de Deming

- Crear la firme determinación de mejorar el producto o servicio
- Adoptar la nueva filosofía
- Suprimir la dependencia de la inspección masiva
- Acabar con la práctica de adjudicar los pedidos únicamente en función del precio
- Mejorar constantemente el sistema de producción, sin detenerse jamás
- Instituir la formación en el trabajo
- Instituir el liderazgo
- Librarse del miedo
- Eliminar las barreras que separan los distintos departamentos
- Eliminar los eslóganes, exhortaciones y objetivos dirigidos a los trabajadores
- Eliminar los estándares cuantitativos de trabajo
- Eliminar las barreras que privan al personal del orgullo por el trabajo
- Estimular la formación y el afán de superación personal

- Tomar medidas para llevar a cabo la transformación.

Se puede decir que los 14 puntos de Deming recogen todos los principios en los que se basan sus ideas sobre gestión de la calidad. Además, estos 14 puntos, son considerados por muchos autores como la Biblia de la gestión de la calidad, dado que en ellos se basan casi todas las ideas aportadas con posterioridad. Deming incita a las empresas a que adopten su filosofía con orgullo, y que la expliquen a todo el personal. Este cambio requiere tiempo, y la paciencia es esencial. Deming recomienda empezar la transformación por aquellas actividades que más fáciles sean de mejorar, para después pasar a temas más complejos.

2.1.6 Principios de Gestión de la Calidad². Para conducir y operar una organización en forma exitosa se requiere que ésta se dirija y controle en forma sistemática y transparente. Se puede lograr el éxito implementando y manteniendo un sistema de gestión que esté diseñado para mejorar continuamente su desempeño mediante la consideración de las necesidades de todas las partes interesadas.

La gestión de una organización comprende la gestión de la calidad entre otras disciplinas de gestión.

Se ha identificado ocho (8) principios de gestión de la calidad que pueden ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a la organización hacia una mejora en el desempeño.

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

² Norma ISO 9000:2005 Sistemas de Gestión de la Calidad Fundamentos y Vocabulario

- **Liderazgo:** los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.
- **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.
- **Enfoque basados en procesos:** un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- **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.
- **Mejora continua:** la mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.
- **Enfoque basado en hechos para la toma de decisión:** las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
- **Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:** una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

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

2.1.7 Concepto de Sistema de Gestión de la Calidad³. Un Sistema de Gestión de la Calidad es la forma como una organización realiza la gestión empresarial asociada con la calidad. En términos generales consta de la estructura organizacional junto con la documentación, procesos y recursos que se emplean para alcanzar los objetivos de calidad y cumplir con los requisitos del cliente.

Los Sistemas de Gestión de la Calidad tienen que ver con la evaluación de la forma como se hacen las cosas y de las razones por las cuales se hacen, precisando por escrito la manera como se hacen las cosas y registrando los resultados y registrando los resultados para demostrar que se hicieron.

2.1.8 Enfoque Basado en Procesos⁴

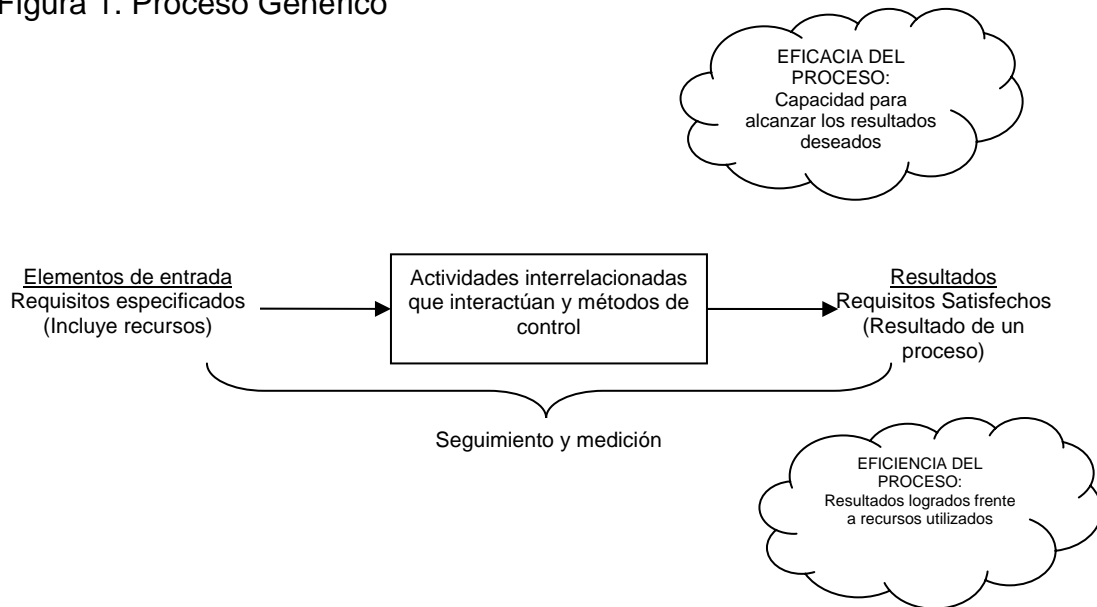
- **Concepto de Proceso.** Un “Proceso” puede definirse como un “Conjunto de actividades interrelacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados”. Estas actividades requieren la asignación de recursos tales como personal y material.

A continuación se presenta el esquema del concepto de proceso.

³ ISO 9000: 2000 Guía para las pequeñas empresas

⁴ Orientación sobre el concepto y uso del “Enfoque basado en procesos” para los sistemas de gestión ISO/TC 176/SC 2/N 544R2

Figura 1. Proceso Genérico



Fuente: Orientación sobre el concepto y uso del "Enfoque basado en procesos" para los sistemas de gestión ISO/TC 176/SC 2/N 544R2

Los elementos de entrada y los resultados previstos pueden ser tangibles (tal como equipos, materiales o componentes) o intangibles (tal como energía o información).

Los resultados también pueden ser no intencionados; tales como el desperdicio o la contaminación ambiental.

Cada proceso tiene clientes y otras partes interesadas (quienes pueden ser internos o externos a la organización) que son afectados por el proceso y quienes definen los resultados requeridos de acuerdo con sus necesidades y expectativas.

Debería utilizarse un sistema para recopilar datos, los cuales pueden analizarse para proveer información sobre el desempeño del proceso, y determinar la necesidad de acciones correctivas o de mejora.

Todos los procesos deberían estar alineados con los objetivos de la organización y diseñarse para aportar valor, teniendo en cuenta el alcance y la complejidad de la organización.

La eficacia y eficiencia del proceso pueden evaluarse a través de procesos de revisión internos o externos.

- **Tipos de Procesos.** Pueden identificarse los siguientes tipos de procesos:

- Procesos para la gestión de una organización. Incluyen procesos relativos a la planificación estratégica, establecimiento de políticas, fijación de objetivos, provisión de comunicación, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios y revisiones por la dirección.

- Procesos para la gestión de recursos. Incluyen todos aquellos procesos para la provisión de los recursos que son necesarios en los procesos para la gestión de una organización, la realización y la medición.

- Procesos de realización. Incluyen todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la organización.

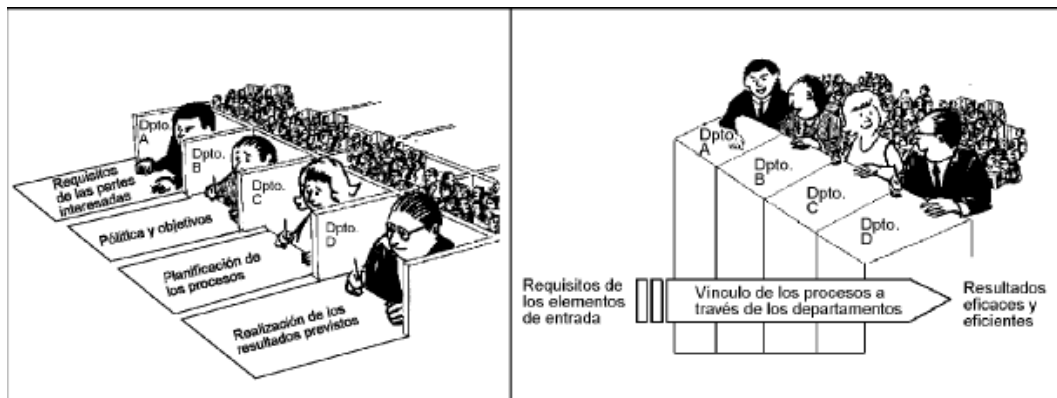
- Procesos de medición, análisis y mejora. Incluyen aquellos procesos necesarios para medir y recopilar datos para realizar el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia. Incluyen procesos de medición, seguimiento y auditoría, acciones correctivas y preventivas, y son una parte integral de los procesos de gestión, gestión de los recursos y realización.

- **Comprensión del Enfoque Basado en Procesos.** Un enfoque basado en procesos es una excelente vía para organizar y gestionar la forma en que las actividades de trabajo crean valor para el cliente y otras partes interesadas.

Las organizaciones están estructuradas a menudo como una jerarquía de unidades funcionales. Las organizaciones habitualmente se gestionan verticalmente, con la responsabilidad por los resultados obtenidos dividida entre unidades funcionales. El cliente final u otra parte interesada no siempre ven todo lo que está involucrado. En consecuencia, a menudo se da menos prioridad a los problemas que ocurren en los límites de las interfases que a las metas a corto plazo de las unidades. Esto conlleva a la escasa o nula mejora para las partes interesadas, ya que las acciones están frecuentemente enfocadas en las funciones más que en el beneficio global de la organización.

El enfoque basado en procesos introduce la gestión horizontal, cruzando las barreras entre diferentes unidades funcionales y unificando sus enfoques hacia las metas principales de la organización. También mejora la gestión de las interfases del proceso. A continuación se representa el enfoque basado en procesos.

Figura 2. Ejemplo de vínculo de los procesos a Través de los departamentos en una organización

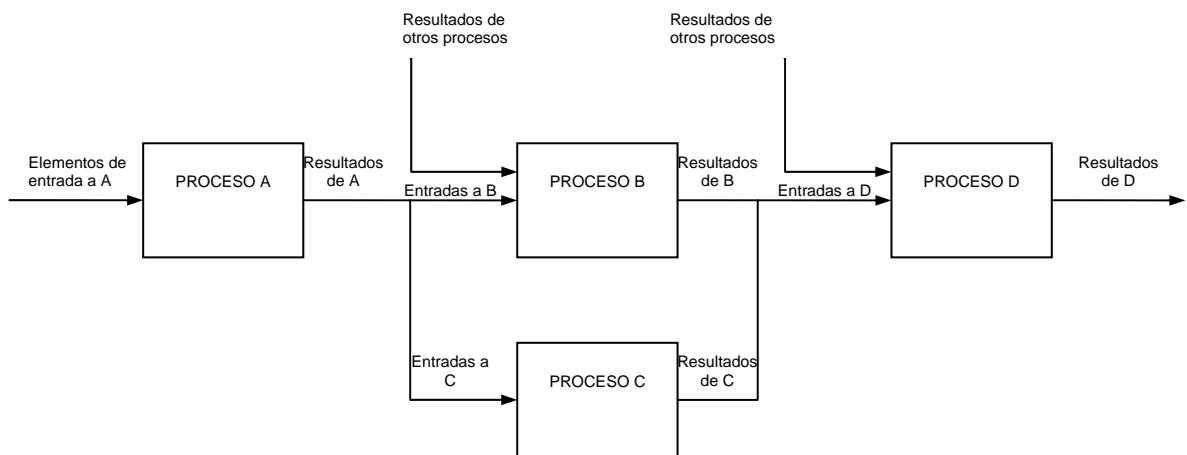


Fuente: Orientación sobre el concepto y uso del “Enfoque basado en procesos” para los sistemas de gestión ISO/TC 176/SC 2/N 544R2

El desempeño de una organización puede mejorarse a través del uso del enfoque basado en procesos. Los procesos se gestionan como un sistema, mediante la creación y entendimiento de una red de procesos y sus interacciones. La operación coherente de esta red a menudo se denomina “enfoque de sistema” para la gestión.

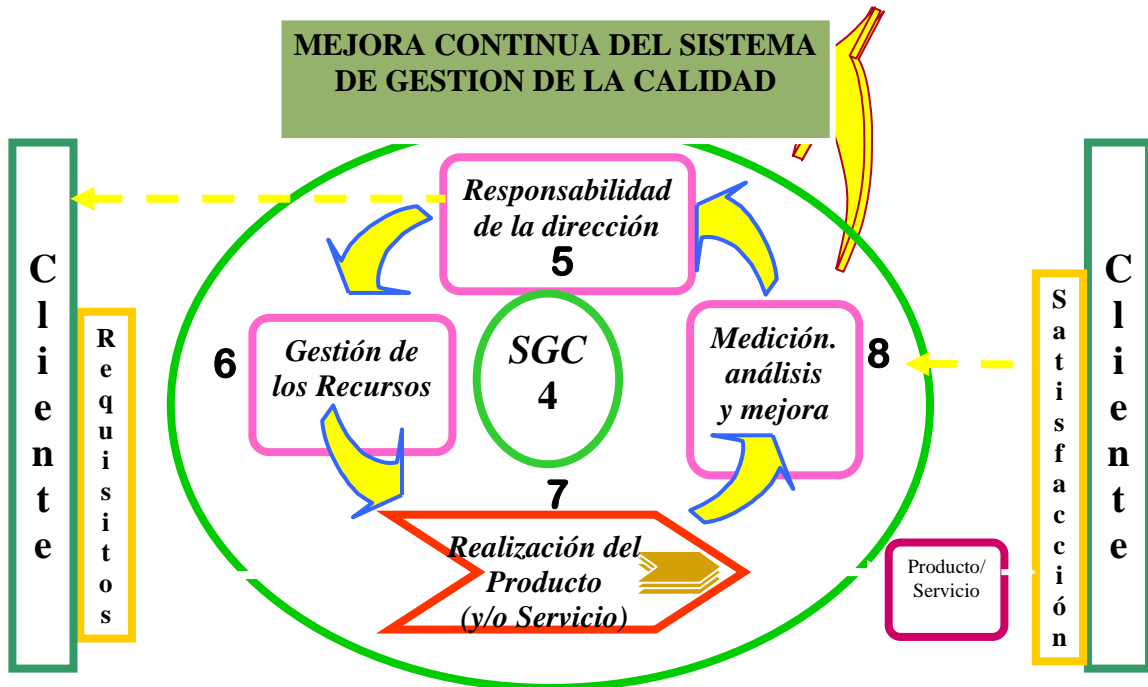
Los resultados de un proceso pueden ser elementos de entrada para otros procesos y estar interrelacionados dentro de la red global o sistema global.

Figura 3. Ejemplo de una secuencia de un proceso genérico



Fuente: Orientación sobre el concepto y uso del “Enfoque basado en procesos” para los sistemas de gestión ISO/TC 176/SC 2/N 544R2

Figura 4. Modelo de un Sistema de Gestión de Calidad basado en procesos descrito en la familia de normas ISO 9000



Fuente: ISO 9000:2000 Guía para las pequeñas empresas

La figura anterior describe el sistema de gestión de la calidad basado en procesos descrito en la familia de Normas ISO 9000. Esta ilustración muestra que las partes interesadas juegan un papel significativo para proporcionar elementos de entrada a la organización. El seguimiento de la satisfacción de las partes interesadas requiere la evaluación de la información relativa a su percepción de hasta qué punto se han cumplido sus necesidades y expectativas. El modelo mostrado no muestra los procesos a un nivel detallado.

La aplicación del PHVA (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar) es una herramienta útil para gestionar los procesos de una organización. La cual consiste en:

Figura 5. Planear – Hacer – Verificar – Actuar



Fuente: Fuente: Orientación sobre el concepto y uso del “Enfoque basado en procesos” para los sistemas de gestión ISO/TC 176/SC 2/N 544R2

- **Planificar:** Establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización.
- **Hacer:** Implementar los procesos.
- **Verificar:** Realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos para el producto, e informar sobre los resultados.
- **Actuar:** Tomar las acciones para mejorar continuamente el desempeño del proceso.

El PHVA es una metodología dinámica que puede ser desplegada dentro de cada uno de los procesos de la organización y sus interacciones. Está íntimamente asociado con la planificación, implementación, verificación y mejora.

Se puede lograr el mantenimiento y la mejora del desempeño del proceso mediante la aplicación del concepto PHVA en todos los niveles dentro de una organización. Esto se aplica igualmente a procesos estratégicos de alto nivel y a actividades de operación sencillas.

2.1.9 Base Racional para los Sistemas de Gestión de Calidad⁵. Los sistemas de gestión de la calidad pueden ayudar a las organizaciones a aumentar la satisfacción del cliente.

Los clientes necesitan productos con características que satisfagan sus necesidades y expectativas. Estas necesidades y expectativas se expresan en la especificación del producto y son generalmente denominadas como requisitos del cliente. Los requisitos del cliente pueden estar especificados por el cliente de forma contractual o pueden ser determinados por la propia organización. En cualquier caso, es finalmente el cliente quien determina la aceptabilidad del producto. Dado que las necesidades y expectativas de los clientes son cambiantes y debido a las presiones competitivas y a los avances técnicos, las organizaciones deben mejorar continuamente sus productos y procesos.

El enfoque a través de un sistema de gestión de la calidad anima a las organizaciones a analizar los requisitos del cliente, definir los procesos que contribuyen al logro de productos aceptables para el cliente y a mantener estos procesos bajo control. Un sistema de gestión de la calidad puede proporcionar el marco de referencia para la mejora continua con el objeto de incrementar la probabilidad de aumentar la satisfacción del cliente y de otras partes interesadas. Proporciona confianza tanto a la organización como a sus clientes, de su capacidad para proporcionar productos que satisfagan los requisitos de forma coherente.

⁵ Norma ISO 9000:2005 Sistemas de Gestión de la Calidad Fundamentos y Vocabulario

2.1.10 Generalidades de la norma NTC- ISO 9001:2000⁶. La norma ISO 9001, es un método de trabajo, que se considera el mejor para mejorar la calidad y satisfacción de cara al consumidor. La versión actual, es del año 2000 ISO 9001:2000, que ha sido adoptada como modelo a seguir para obtener la certificación de calidad. Y es a lo que tiende, y debe aspirar toda empresa competitiva, que quiera permanecer y sobrevivir en el exigente mercado actual.

Estos principios básicos de la gestión de la calidad, son reglas de carácter social encaminadas a mejorar la marcha y funcionamiento de una organización mediante la mejora de sus relaciones internas. Estas normas, han de combinarse con los principios técnicos para conseguir una mejora de la satisfacción del consumidor.

Satisfacer al consumidor, permite que este repita los hábitos de consumo, y se fidelice a los productos o servicios de la empresa. Consiguiendo más beneficios, cuota de mercado, capacidad de permanencia y supervivencia de las empresas en el largo plazo.

Como es difícil mejorar la técnica, se recurren a mejorar otros aspectos con la esperanza de lograr un mejor producto de calidad superior.

La norma ISO 9001, mejora los aspectos organizativos de una empresa, es un grupo social formado por individuos que interaccionan; sin calidad técnica, no es posible producir en el competitivo mercado presente, y una mala organización, genera un producto de deficiente calidad que no sigue las especificaciones de la dirección.

Puesto que la calidad técnica se presupone. ISO 9001 propone unos sencillos, probados y geniales principios para mejorar la calidad final del producto, mediante sencillas mejoras en la organización de la empresa que a todos benefician.

⁶ Modulo de formación www.senavirtual.edu.co

Toda mejora, redundando en un beneficio de la calidad final del producto, y de la satisfacción del consumidor, que es lo que pretende quien adopta la norma ISO 9001 como guía de desarrollo empresarial.

La alta competencia, elevadísima y difundida capacidad tecnológica de las empresas, logra los más altos estándares de producción a nivel de la totalidad del sistema productivo.

La igualdad en calidad técnica de los productos, de las empresas y organizaciones difícilmente superable por los tradicionales métodos tecnológicos ha hecho que cada vez sea más difícil diferenciar los productos, y producir satisfacción en el consumidor.

La mejor forma de mejorar la producción con los medios materiales existentes, es mejorando la organización que maneja y gestiona los medios de producción como un todo siguiendo principios de liderazgo, participación e implicación, orientación hacia la gestión, el sistema de procesos que simplifica los problemas, el análisis de los datos incluyendo sobre todo al consumidor y la mejora continua. Consiguen conocer y mejorar las capacidades de la organización. De este modo, es posible mejorar el producto de forma constante y satisfacer constantemente al cada vez más exigente consumidor.

Satisfacer al consumidor, es el objetivo final de la norma ISO 9001 y de toda empresa que pretenda permanecer en el mercado.

2.1.11 Ventajas que tiene un Sistema de Gerencia de Procesos. Ofrece diez beneficios fundamentales:

- Reducción en la duplicación de actividades.
- Identificación fácil de las ineficiencias del proceso.

- Mayor consciencia de los empleados de las prácticas óptimas.
- Facilidad para que la gerencia tenga al día el control del sistema.
- Logro consistente de objetivos.
- Facilidad en la implantación de cambios.
- Mayor involucramiento de la gerencia.
- Mayor facilidad para medir el desempeño.
- Incremento en las economías de escala.
- Consistencia en la implantación en todo el negocio.

2.1.12 Organización de la serie de normas ISO 9000. Las normas conocidas, ISO 9001, ISO 9002 e ISO 9003 han sido integrados en la nueva ISO 9001:2000. Ésta define los requerimientos de un sistema de gestión de calidad para cualquier organización que necesita demostrar su habilidad para proveer consistentemente el producto que satisface al cliente.

El mayor valor se obtiene al utilizar la serie en forma integral. Comenzando por ISO 9000:2000 principios y vocabulario, se adopta ISO 9001:2000 requisitos con la que se obtiene un primer nivel de desempeño, las prácticas descritas en ISO 9004:2000 recomendaciones para la mejora del desempeño, pueden luego ser implantadas para lograr cada vez mayor efectividad en el logro de las metas de la organización.

Para facilitar su uso, ISO 9001:2000 Requisitos e ISO 9004:2000 Recomendaciones han sido desarrolladas como un par consistente. Ambas cuentan con cinco secciones que especifican actividades a considerar al implantar un sistema. Cuatro secciones indican requerimientos que aplican para toda organización: (4) Sistema de gestión de la calidad, (5) Responsabilidad de la dirección, (6) Gestión de los recursos y (8) Medición, análisis y mejora. De la sección (7) Realización del Producto se podrán excluir apartados que no aplican en una operación determinada.

Los ocho Principios de Gestión de Calidad en los que se basa la nueva norma proveen la base para la mejora del desempeño a la que apunta ISO 9004:2000 Recomendaciones. Dicha norma extiende los beneficios a todas las partes interesadas: Empleados, accionistas, proveedores y la sociedad en general. (Se han editado además normas sobre temas específicos: Gestión de Proyectos, Gestión Configurativa, Sistemas de Medición, Documentación para la Calidad, Economía de la Calidad, Capacitación, Proveedores Automotrices, Auditoria.)

2.1.13 Ventajas de la norma ISO 9000:2000

- Se aplica a todo tipo de producto, sector y organización.
- Su uso es sencillo, con lenguaje claro y fácil de entender con una nueva estructura enfocada al proceso y una secuencia de contenidos más lógica.
- Da mayor énfasis al papel de la alta dirección y su compromiso con el desarrollo y mejora del sistema de gestión de calidad mediante objetivos medibles.
- Se refiere en forma específica a principios de gestión de la calidad.
- Exige tomar en cuenta requerimientos legales y regulatorios.
- Reduce significativamente la documentación requerida.
- Conecta los sistemas de gestión con los procesos de la organización.
- Conduce en forma natural hacia la mejora en el desempeño de la organización.
- Tiene mayor orientación a la mejora continua y la satisfacción del cliente.

- Es compatible con otros sistemas de gestión como ISO 14001.
- Provee una base consistente para atender las necesidades e intereses de organizaciones en sectores específicos (aparatos médicos, telecomunicación, industria automotriz, etc.).
- Se ha estructurado como par consistente: ISO 9001:2000 cubre los requerimientos y sienta la base para ir más allá, de acuerdo a los lineamientos en ISO 9004:2000, para mejorar el desempeño de la organización.
- Toma en cuenta las necesidades y beneficios de todas las partes interesadas. Requiere la evaluación de la efectividad de la capacitación.
- Extiende la medición al sistema, el proceso y el producto.

2.2 MARCO LEGAL

2.2.1 Ley 100 de 1993. El Sistema General de Seguridad Social Integral fue creado en Colombia en el 1993 a través de la Ley 100 de 1993 el cual es definido como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.⁷

⁷ Preámbulo Ley 100 de 1993

Dentro del sistema General de Seguridad Social Integral se encuentra el Sistema General de Seguridad Social en Salud⁸ que tiene como objetivo, regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política de Colombia, la ley 100 de 1993 establece las siguientes reglas del servicio público de salud, como directrices y fundamentos del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

- Equidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad, a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable así como mecanismos para evitar la selección adversa.

- Obligatoriedad. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los habitantes en Colombia. En consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este Sistema y del Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o de capacidad de pago.

- Protección Integral. El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan Obligatorio de Salud.

⁸ Libro Segundo “El Sistema General de Seguridad Social en Salud” Ley 100 de 1993

- Libre escogencia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Quienes atenten contra este mandato se harán acreedores a las sanciones previstas en el artículo 230 de esta Ley.

- Autonomía de Instituciones. Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán, a partir del tamaño y complejidad que reglamente el Gobierno, personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, salvo los casos previstos en la presente Ley.

- Descentralización administrativa. La organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud será descentralizada y de ella harán parte las direcciones seccionales, distritales y locales de salud. Las instituciones públicas del orden nacional que participen del sistema adoptarán una estructura organizacional, de gestión y de decisiones técnicas, administrativas y financieras que fortalezca su operación descentralizada.

- Participación Social. El Sistema General de Seguridad Social en Salud estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del sistema en su conjunto. El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema. Será obligatoria la participación de los representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público.

- Concertación. El sistema propiciará la concertación de los diversos agentes en todos los niveles y empleará como mecanismo formal para ello a los Consejos Nacional, departamentales, distritales y municipales de Seguridad Social en Salud.
- Calidad. El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.

2.2.2 Empresas de medicina prepagada. La reglamentación de las empresas de medicina prepagada se origina a partir de la **Ley 10 de 1990** la cual tiene por objeto reorganizar el Sistema Nacional de Salud el **artículo 1º**. De la mencionada ley presenta lo siguiente:

- **Artículo 1o. Servicio público de salud.** La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas, para el efecto, en los términos que establece la presente Ley. El Estado intervendrá en el servicio público de salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 32 de la Constitución Política, con el fin de:

El inciso K) del presente artículo menciona lo siguiente respecto a la medicina prepagada:

Dictar normas sobre la organización y funcionamiento de los servicios de medicina prepagada, cualquiera sea su modalidad, especialmente sobre su régimen tarifario

y las normas de calidad de los servicios, así como en relación con el otorgamiento del mismo tipo de servicios por las instituciones de seguridad y previsión social, cuya inspección, vigilancia y control estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

De esta forma es que comienza a reglamentar el funcionamiento de las empresas de medicina prepagada en Colombia.

Posteriormente el entonces Ministerio de la Salud; hoy en día Ministerio de la Protección Social emite el **Decreto 1570 de 1993** el cual tiene por objeto reglamentar la **ley 10 de 1990** en cuanto a la organización y funcionamiento de la medicina prepagada y luego el **Decreto 1486 de 1994** que realiza modificaciones al decreto 1570 definen la medicina prepagada de la siguiente manera:

- **Medicina Prepagada**⁹: El sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme al presente Decreto, para la gestión de la atención médica, y la prestación de los servicios de salud y/o atenderá directa o indirectamente estos servicios, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado. No se consideran como entidades de prepago aquellas que se limitan a otorgar descuentos sobre el costo de la utilización de los servicios de salud, que debe ser asumido por parte de un grupo de usuarios".

- **Servicio de medicina prepagada.** La Superintendencia Nacional de Salud calificará como contratos de medicina prepagada y se tendrán como tales para todos los efectos legales, aquellos con contemplen uno o más de los servicios de: (1) promoción de la salud y prevención de la enfermedad; (2) consulta externa, general y especializada, en medicina diagnóstica y terapéutica; (3) hospitalización; (4) urgencias; (5) cirugía; (6) exámenes diagnósticos y (7) odontología.

⁹ Artículo 1 Decreto 1486 de 1994

- **Modalidad en la prestación de los servicios.** Las Empresas de Medicina Prepagada, podrán prestar los servicios (1) en forma directa; (2) a través de profesionales de la salud o instituciones de salud adscritas o (3) a través de la libre elección por parte del usuario.

A continuación se presentan a manera de título las disposiciones contenidas en los **decretos 1570 de 1993 y 1486 de 1994** para reglamentar el funcionamiento de la medicina prepagada:

- Procedimiento para obtener el certificado de funcionamiento
- Suspensión del certificado de funcionamiento
- Denominación social
- Objeto Social
- Servicio de medicina prepagada
- Monto del capital
- Variación del capital por orden de autoridad
- Reserva legal
- Margen de solvencia y patrimonio técnico
- Aspectos generales de la cesión de activos pasivos y contratos.
- Régimen de incompatibilidades e inhabilidades y de control.
- Contratos con los usuarios
- Contratación de la atención médica y la prestación de servicios.
- Información a los usuarios.
- Informes a la superintendencia nacional de salud.
- Programas publicitarios.
- Promoción de servicios mediante incentivos.
- Empresas irregulares.
- Reglas generales para los agentes.
- Reglas sobre la actividad y la operación.

- Auditoria médica y control de gastos.
- Contratos con personal adscrito

La emisión del **decreto 806 de 1998** estableció en su artículo 17o. que dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud pueden prestarse beneficios adicionales al conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial en salud, que no corresponde garantizar al Estado bajo los principios de solidaridad y universalidad.

Estos beneficios se denominan Planes Adicionales de Salud (**P.A.S**) y son financiados con cargo exclusivo a los recursos que cancelen los particulares. Estos planes serán ofrecidos por las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las compañías de medicina prepagada y las aseguradoras.

Y define en su artículo 18 que el acceso a estos planes será de la exclusiva responsabilidad de los particulares, como un servicio privado de interés público, cuya prestación no corresponde prestar al Estado, sin perjuicio de las facultades de inspección y vigilancia que le son propias.

El usuario de un PAS podrá elegir libre y espontáneamente si utiliza el POS o el Plan adicional en el momento de utilización del servicio y las entidades no podrán condicionar su acceso a la previa utilización del otro plan.

2.2.3 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. La constitución política de Colombia de 1991 estableció que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del estado aplicando los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. La ley 100 del año 1993 en su artículo 227 establece que es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un Sistema Obligatorio de

Garantía de Calidad de la Atención de Salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.

El 15 de Octubre del año 2002 mediante el decreto 2309 el ministerio de la salud establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Social. Este es derogado en el año 2006 por el 1011 donde nuevamente se establece un SOGCS que aplica para los prestadores de servicios, entidades promotoras de salud, administradoras del régimen subsidiado, entidades adaptadas, empresas de medicina prepagada (Razón de ser de VIVIR S.A.) y a las entidades departamentales, distritales y municipales de salud.

El artículo 3 del decreto 1011 del 2006 menciona que las acciones que desarrolle el SOGCS se orientará a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van mas allá de la verificación de existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen un prerrequisito para alcanzar mencionados resultados.

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

- Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

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

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

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

El SOGCS posee cuatro componentes¹⁰:

- a. Sistema único de habilitación
- b. La auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud
- c. El sistema único de acreditación
- d. El sistema de información para la calidad

a. El Sistema único de habilitación¹¹ es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

¹⁰ Artículo 4 decreto 1011 de 2006

¹¹ Artículo 6 decreto 1011 de 2006

b. La auditoria para el mejoramiento de la calidad operará en los niveles de autocontrol, auditoria interna y auditoria externa.¹²

c. El sistema único de acreditación¹³ es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

c. Sistema de Información para la Calidad"¹⁴. El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un Sistema de Información para la Calidad con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

¹² Artículo 33 decreto 1011 de 2006

¹³ Artículo 41 decreto 1011 de 2006

¹⁴ Artículo 45 decreto 1011 de 2006

3. GENERALIDADES DE LA EMPRESA

3.1 RESEÑA HISTÓRICA¹⁵

En el mes de agosto del año 1991, las principales clínicas de la ciudad de Bucaramanga decidieron unir sus esfuerzos en procura de brindar, de la mejor manera posible, servicios integrales en salud a la comunidad del Oriente Colombiano. Fruto de esta unión y en consideración a que las clínicas de Bucaramanga tenían la capacidad financiera y el recurso estratégico y técnico para constituir ellas, por sí solas, una compañía de asistencia médica que cumpliera con los principios y valores que rigen el sector de la salud, deciden crear la primera empresa de Medicina Prepagada del Nororiente Colombiano.

Es así como, mediante Escritura Pública No. 1416 de la Notaría Octava de Bucaramanga, se constituyó la sociedad VIVIR S.A. MEDICINA PREPAGADA, con un capital inicial de 150 millones de Pesos. Destacando como sus accionistas fundadores a las principales clínicas de la ciudad de Bucaramanga.

Actualmente la composición accionaria la constituyen los aportes de:

- CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A.
- CLINICA BUCARAMANGA – Centro Médico Daniel Peralta S.A.
- CLINICA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA S.A.
- CLINICA CHICAMOCHA S.A.
- CLINICA SANTA TERESA LTDA.
- SERVIR S.A.
- HUMANA S.A. COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA

¹⁵ Manual de Calidad VIVIR S.A. medicina prepagada

En ese mismo año, en unión con las demás empresas del sector constituyeron ACEMI, (Asociación Colombiana de Medicina Integral) que hoy congrega las principales EPS y entidades de prepago privadas de Colombia.

El 31 de diciembre de 1992, mediante Resolución Número 3173, la Superintendencia Nacional de Salud autorizó a VIVIR S.A. MEDICINA PREPAGADA para desarrollar las actividades comprendidas dentro de su objeto social en todo el territorio de la República de Colombia.

Al entrar en vigencia la Ley 100 de 1993 o Ley de Reforma a la Seguridad Social, VIVIR S.A. MEDICINA PREPAGADA ofertó los servicios a la Caja Nacional de Previsión – CAJANAL, constituyéndose SERVIR S.A., la mayor IPS de servicios ambulatorios de la región.

Por el año 1995, VIVIR S.A. participó en la constitución de EPS HUMANAVIVIR S.A., Entidad Promotora de Salud de la cual actualmente es accionista.

La ventaja estratégica de ser las Clínicas y SERVIR S.A., con su aporte científico y tecnológico, quienes soportan la labor asistencial de la empresa, la han posicionado como la mejor opción de prepago en el Oriente Colombiano hoy ampliándose en su horizonte comercial con la inauguración de esta sede en Bogotá.

Para el año 2006 en aras de crecimiento y buscando nuevos horizontes VIVIR S.A. MEDICINA PREPAGADA extiende sus operaciones en la Ciudad de Bogotá y Tunja asegurando y administrando planes adicionales de salud a muchas familias colombianas.

3.2 MISIÓN

Aportar a la calidad de vida de la familia colombiana, asegurando y administrando planes adicionales de salud de la mas alta calidad, generando al cuerpo médico por sus servicios una justa compensación, a nuestros colaboradores un armonioso desarrollo, y una rentabilidad adecuada a nuestros accionistas.

3.3 VISIÓN

Ser reconocidos en el 2010 como la empresa líder de medicina prepagada del nororiente colombiano, tanto por su cobertura poblacional y geográfica como por la excelencia en sus servicios y la calidez de la atención a sus usuarios.

3.4 VALORES CORPORATIVOS

3.4.1 Respeto: A la profesión médica, a los afiliados y colaboradores

3.4.2 Compromiso: Con los afiliados que son nuestra razón de ser, los accionistas y proveedores.

3.4.3 Identidad: En servicio y tecnología, acompañado de un recurso humano altamente calificado.

3.5 FILOSOFÍA

Haciendo del servicio nuestra base de calidad, asegurando tranquilidad financiera para los socios y solución social integral para nuestros colaboradores y afiliados.

3.6 NUESTROS CLIENTES

Puede pertenecer a la Familia VIVIR toda persona natural o jurídica que tenga capacidad de pago para adquirir un plan de medicina prepagada.

3.7 SERVICIOS

VIVIR S.A. compañía de medicina prepagada ofrece dos modalidades de medicina prepago cuyas características permiten al usuario encontrar diferentes alternativas de cobertura.

Actualmente dentro de nuestros programas de salud VIVIR S.A. ofrece el plan excelencia que es un plan de medicina prepagada creado por la necesidad de contar con un servicio de alta calidad, amplia y reconocida red de prestadores garantizando la totalidad de los siguientes servicios:

- Consulta de medicina general
- Consulta de medicina especializada (Directamente)
- Consulta de psicología y psiquiatría
- Cubrimiento de exámenes ambulatorios especializados y simples Cubrimiento en hospitalización para cirugía y/o tratamientos de alto nivel de complejidad (oncología, quimioterapia, radioterapia, cobaltoterapia)
- Atención al recién nacido parto normal o quirúrgico
- Atención obstétrica y pediátrica para partos prematuros
- Visita domiciliaria
- Cama para acompañante
- Línea gratuita para orientación **LINEAVIVIR 018000-970744**

Y el plan calidad que es un plan de medicina prepagada, con el objetivo de favorecer una importante población Colombiana que requiere mejorar la calidad,

oportunidad y un servicio de prestadores. Altamente profesionales y reconocida con:

- Mas de cincuenta clínicas adscritas
- Mas de 140 laboratorios
- Mas de 500 profesionales de salud
- Cobertura en 6 ciudades: Bucaramanga, Bogota, Tunja, Barranquilla, Cartagena Y Santamaría
- Cobertura nacional para urgencias
- Consulta medica externa donde usted elige su medico familiar
- Consulta medica domiciliaria
- Servicio preventivo de de odontología y atención de urgencias odontológicas
- Exámenes de laboratorio clínico radiológico y patológico
- Cirugía en caso de urgencia vital
- Hospitalización para tratamiento medico, quirúrgico, o en unidades de cuidados intensivos
- Fisioterapia y rehabilitación sin limite
- Terapia respiratoria sin limite
- Terapia de lenguaje sin limite
- Tratamiento para el cáncer con quimioterapia, radioterapia y cobaltoterapia(excluidos medicamentos)
- Línea gratuita para orientación **LINEAVIVIR 018000-970744**

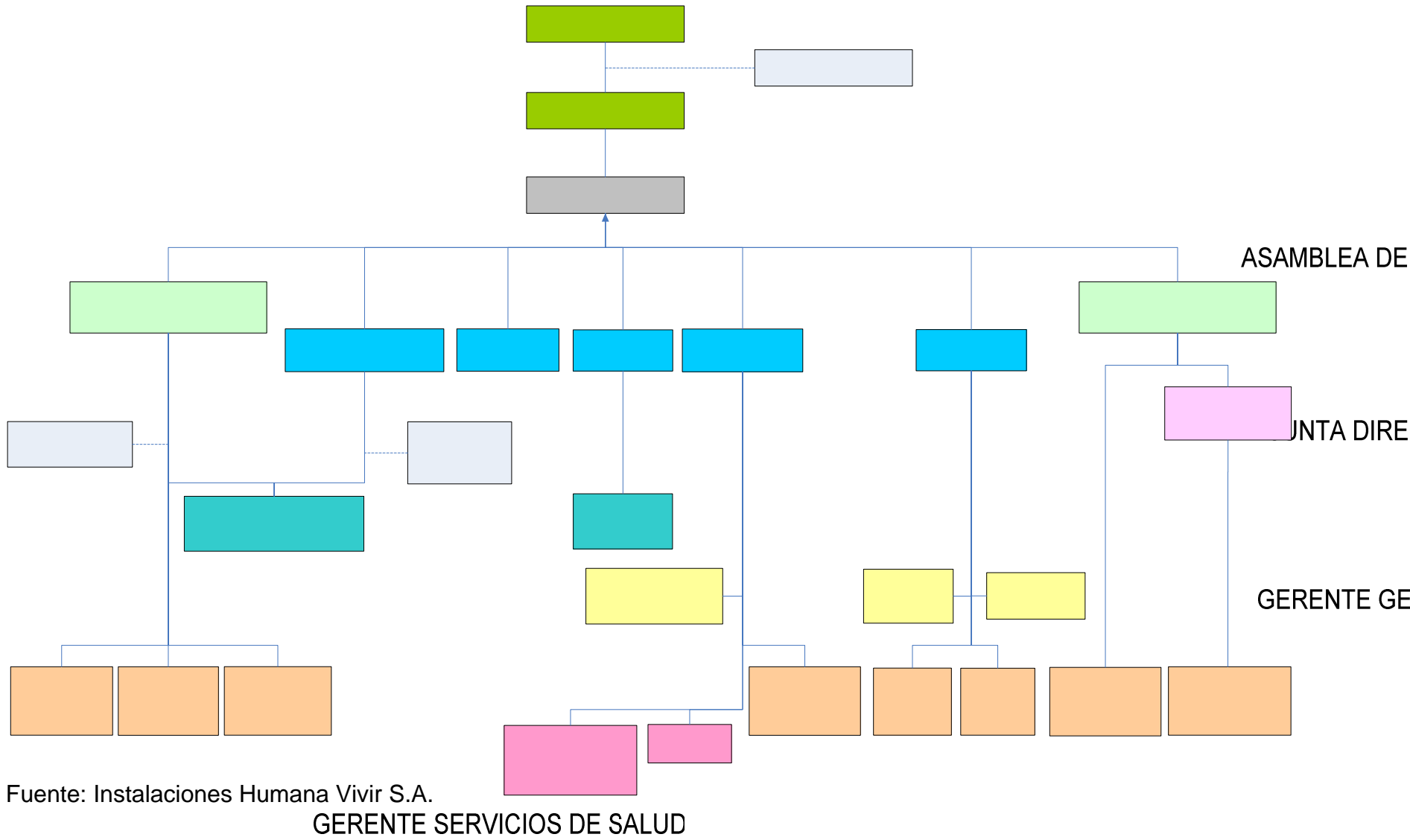
Cada uno diseñado de acuerdo a sus necesidades.

Estos servicios integrales de salud realzan en su contenido, para todas aquellas personas que se afilien con nosotros al plan obligatorio de salud – POS brindándoles servicios agregados de atención tales como: cero periodos de carencia tanto para exámenes de diagnostico como para procedimientos

quirúrgicos electivos, hospitalizaciones sin límite de tiempo y otros aspectos de importancia para los usuarios. Además la de prestadores de servicios se convierte en la de mayor amplitud en nuestra área de influencia permitiéndonos garantizarle la totalidad de los servicios ofrecidos en el tiempo justo de respuesta.

Los únicos requisitos para afiliarse a VIVIR S.A. Medicina Prepagada son: estar cotizando a la seguridad social a través de un Plan Obligatorio de Salud (POS) y ser aceptado por previa solicitud. Adicionalmente si se encuentra afiliado al POS de Humana Vivir o Solsalud, usted y su familia reciben beneficios adicionales en su prepago.

Figura 6. Estructura Organizacional



Fuente: Instalaciones Humana Vivir S.A.

GERENTE SERVICIOS DE SALUD

4. DISEÑO Y DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

4.1 DIAGNÓSTICO DE LA EMPRESA

El diagnóstico de la organización es la herramienta que permite identificar los frentes de trabajo críticos a manejar dentro del proyecto, y los temas en los que la empresa ya ha realizado avances, en cuanto al desarrollo de su sistema de gestión de calidad, con el objetivo de coordinar las tareas y optimizar los recursos. Es el punto de partida para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad y la elaboración de un respectivo plan de trabajo.

4.1.1 Objetivos del Diagnóstico. Determinar el nivel de cumplimiento de los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000 en la empresa de medicina prepagada VIVIR S.A.

4.1.2 Responsables. El análisis diagnóstico sobre el sistema de gestión de calidad de VIVIR S.A., estuvo a cargo de la Dirección de Garantía de calidad con apoyo de los Coordinadores de proceso y la orientación de la empresa asesora.

4.1.3 Realización del Diagnóstico. El primer paso fue definir la información requerida para la realización del diagnóstico, las fuentes de dicha información y los responsables de suministrarla, para facilitar el análisis y la comparación de las condiciones de la organización con los requisitos de la norma. Para ello se estableció la PLANTILLA DE DIAGNOSTICO, como herramienta para captura y consolidar la información y facilitar el análisis que permita establecer el nivel de conformidad de los procesos de la organización con los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000.

Fue así como en Diciembre del año 2006 primer mes de inicio de las actividades de implementación de un Sistema de Gestión de Calidad para VIVIR S.A. medicina prepagada, se comparó la documentación que poseía la empresa para la época; con la documentación exigida por la norma y la revisión de cada uno de los requisitos exigidos por esta versus el cumplimiento por parte de VIVIR S.A. medicina prepagada obteniéndose como resultado el diagnóstico para la empresa como puede verse en el anexo 1 “Diagnóstico” del presente documento.

4.1.4 Plantilla para el Diagnóstico. En esta plantilla se listan cada uno de los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000, clasificados por capítulos y numerales, en ella se registran los resultados de la verificación del cumplimiento de los requisitos de la norma en los procesos de la organización.

El cumplimiento con cada uno de los requisitos de la norma se registra de acuerdo al avance observado, asignando el número 1, ubicando dentro de la escala de valoración según corresponda:

Tabla 1. Escalas de valoración para el diagnóstico

ESCALA DE VALORACIÓN	
NIVEL	DESCRIPCIÓN
0	Si en la organización el requisito de la norma no se ha definido
1	Si el requisito se ha definido informalmente y no se ha documentado
2	Existe evidencia de la documentación pero no se ha normalizado
3	Si el requisito se encuentra normalizado e implementado parcialmente
4	Si existe evidencia de su implementación
5	Si existe evidencia de la mejora en el cumplimiento del requisito en la organización.

Fuente: Autores del proyecto

Con esta información se calcula el porcentaje de cumplimiento por actividades y el porcentaje real de cumplimiento respecto a numeral de la norma evaluado.

El nivel de cumplimiento del SGC de la organización frente a los requisitos de la norma se calculó aplicando un promedio de los porcentajes del nivel de cumplimiento real obtenidos por cada numeral.

4.1.5 Resultados del Diagnóstico. El nivel de cumplimiento del Sistema de Gestión de la Calidad de VIVIR S.A. frente a los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2000, es de: 23%.

Realizado el diagnóstico se detectaron los siguientes hallazgos:

a. Respecto al numeral 4.1 Requisitos Generales /Enfoque a procesos: VIVIR S.A. ha identificado inicialmente los siguientes procesos como necesarios para la prestación del servicio:

- Planeación Estratégica
- Revisión del Sistema
- Comercial
- Atención al Usuario
- Postventa
- Contratación
- Financiero
- Talento Humano
- Sistemas de Información
- Auditoria
- Mejoramiento

- No se ha identificado completamente los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización.
- No se ha identificado claramente la secuencia e interacción de estos procesos.
- No se han determinado completamente los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces.

b. Respecto al numeral 4.2 Requisitos de la Documentación: VIVIR S.A. ha documentado los siguientes procedimientos:

- Procedimiento de atención al usuario – Quejas
- Procedimiento de verificación de Afiliación
- Procedimiento de Referencia y Contrarreferencia
- Procedimiento de Realización de la Venta
- Procedimiento Suficiencia de la Red de Prestadores
- Procedimiento de Afiliación
- Procedimiento de Verificación de Afiliación

Estos procedimientos no cumplen los requisitos establecidos por la norma para ser llamados “Procedimiento Documentados”.

- VIVIR S.A. ha documentado un manual de calidad, el cual deberá ser revisado, adaptado o complementado para dar cumplimiento a los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000.
- No existe un procedimiento documentado en donde se definan los controles necesarios sobre los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad. No se

ejerce control sobre los documentos requeridos por el Sistema de Gestión de la Calidad.

- No existe un procedimiento documentado en donde se definan los controles necesarios para el manejo de los registros del Sistema de Gestión de Calidad de la organización.

c. Respecto al numeral 5.2 Enfoque al Cliente.

- No se han definido los mecanismos que permitan evidenciar el compromiso de la alta dirección con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad, así como con la mejora continua de su eficacia.

- La organización debe fortalecer los mecanismos que le permitan asegurar que los requisitos de sus clientes se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente.

d. Respecto al numeral 5.3 Política de Calidad: VIVIR S.A. no ha definido una política de calidad acorde con el propósito de la organización y con los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2000.

e. Respecto al numeral 5.4. Planificación: No se han definidos objetivos de calidad medibles y coherentes con la política de calidad de la organización, de conformidad con los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2000.

f. Respecto al numeral 5.5 Responsabilidad, Autoridad y Comunicación: VIVIR S.A. ha trabajado en la elaboración de manual de funciones y organigrama, los cuales se encuentran en revisión.

- La Gerencia General de VIVIR S.A. designo a la Directora de Garantía de Calidad como representante de la Dirección Enf. Lida Xiomara Gómez Almeida. No se ha formalizado la designación.

g. Respecto al numeral 5.6 Revisión por la Dirección:

- No se han definido los mecanismos para planificar, realizar y analizar los resultados de la revisión por la dirección del SGC de VIVIR S.A. de conformidad con los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000.

h. Respecto al numeral 6. Gestión de los Recursos

- Se evidencia la asignación de recursos para consultoría, equipos de apoyo para el desarrollo del sistema de gestión, Ingeniero de apoyo.
- Existe evidencia de capacitación al grupo de colaboradores en Ventas, Sermarketing.
- Existe evidencia de la implementación del COPASO.
- Existen competencias definidas informalmente en el manual de funciones.
- Se ha definido un responsable del proceso de Recurso Humano: Responsable del proceso: Asistente Administrativo.

i. Respecto al numeral 7.1 Planificación de la Realización del Producto:

Existe evidencia de Planificación de los procesos en cuanto a: Planificación de la red de prestadores realizada por a Gerencia de Servicios de Salud y planificación mediante la documentación existente.

j. Respecto al numeral 7.2 Procesos relacionados con el cliente: Se han definido los Planes de medicina prepagada a comercializar por la organización:

Plan Calidad, Plan Excelencia, las características de los planes y los beneficios que se ofrecen se encuentran definidas en la minuta de contrato de cada plan.

- Se han determinado los requisitos de afiliación e inclusión de afiliados y la documentación soporte requerida.
- Se ha documentado un Manual del Usuario y del prestador.
- No se han definido los mecanismos que permitan evidenciar la revisión de los requisitos relacionados con la prestación del Servicio, de conformidad con la norma.

k. Respecto al numeral 7.3 Diseño y Desarrollo: La organización ha decidido excluir este numeral de su SGC.

- No se ha documentado la justificación a esta exclusión de este numeral, como lo requiere la norma NTC ISO 9001:2000.

l. Respecto al numeral 7.4 Compras

- No se han definido los requisitos de compra para los servicios y productos que afecta la prestación del servicio.
- No se han definido los mecanismos que le permitan a la organización asegurarse de que los productos o servicios adquiridos cumple los requisitos de compra especificados.
- No se han definido el mecanismo que permitan a la organización evaluar y seleccionar sus proveedores de productos o servicios en función de su capacidad

para suministrar productos o servicios de acuerdo con los requisitos de la organización.

- No se han definido los mecanismos que permitan a la organización asegurarse de la adecuación de los requisitos de compra especificados antes de comunicárselos al proveedor. Para la compra de Servicios de Salud los requisitos de compra se define en la minuta del contrato entre VIVIR S.A. y el Prestador.

m. Respecto al numeral 7.5 Producción y Prestación del Servicio: El control a la prestación del servicio se realiza a través controles establecidos en las actividades de atención al usuario. Un seguimiento a la prestación del servicio se realiza a través del proceso de postventa.

- No se han establecido los mecanismos que permitan evidenciar que la organización planifica y lleva a cabo la prestación del servicio bajo condiciones controladas.

- La trazabilidad a la prestación del servicio puede realizarse por medio del código único de autorización con el cual es identificado cada servicio autorizado por VIVIR S.A.: Es posible realizar trazabilidad por medio del código del afiliado o su documento de identificación a través del sistema de información.

- Se ha identificado como propiedad del cliente el Control sobre el manejo de resumen de Historias Clínica, epicrisis y documentación propiedad del afiliado.

n. Respecto al numeral 7.6 Control de los Dispositivos de Seguimiento y de Medición VIVIR S.A. ha excluido el Numeral 7.6 de su Sistema de Gestión de Calidad.

- No se ha definido la justificación a la exclusión del numeral 7.6 de la norma, del Sistema de Gestión de Calidad de VIVIR S.A.

ñ. Respecto al numeral 8.2 Seguimiento y Medición: VIVIR S.A. Ha definido la aplicación de encuesta de Satisfacción a sus afiliados, y el manejo de Buzones de Sugerencias.

- Fortalecer los mecanismos de seguimiento a la información relativa a la percepción de sus clientes con respecto al cumplimiento de sus requisitos.

- Por desarrollar: Auditoria Interna de Calidad

- No se han establecido los mecanismos para la realización de auditoria internas al Sistema de Gestión de Calidad de VIVIR S.A.

- No se ha definido un procedimiento documentado, en donde se definan las responsabilidades y requisitos para la planificación y la realización de auditorias internas, como lo establece la norma.

o. Respecto al numeral 8.3 Control del Producto No Conforme: No existe un procedimiento documentado en donde se encuentren definidos los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto no conforme.

p. Respecto al numeral 8.4. Análisis de Datos: No se han determinado los mecanismos para determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

q. Respecto al numeral 8.5 Mejora: No existe un procedimiento documentado para el tratamiento de las no conformidades o potenciales no conformidades detectadas en la organización, de conformidad con los requisitos de la norma.

- VIVIR S.A. ha documentado planes de mejora dando cumplimiento a los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

4.2 PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Por medio del diagnóstico se logró definir el nivel de cumplimiento de los procesos de la organización frente a la norma NTC ISO 9001:2000 y se identificaron las principales falencias en cuanto a la capacidad para dar cumplimiento a los requisitos de la norma y los avances que VIVIR S.A. ha desarrollado en su SGC.

Del análisis de los resultados del Diagnóstico se definieron las principales actividades a desarrollar para lograr el cumplimiento de los objetivos del proyecto.

4.2.1 Actividades de Sensibilización, Capacitación requeridas. Teniendo en cuenta los resultados del diagnóstico se identificó la necesidad de sensibilizar y/o capacitar a los miembros de la organización en los siguientes temas:

Sensibilización sobre el proyecto de Certificación del SGC de la organización, dirigida a todo el personal.

- Direccionamiento Estratégico, a desarrollarse con los líderes de proceso y la gerencia general.
- Planeación estratégica - Misión, Visión, política de calidad y Objetivos de calidad.
- Elaboración de política, objetivos de calidad e indicadores para medir los objetivos

- Gestión por procesos
- Elaboración del Mapa de Procesos y la descripción de los procesos, caracterización.
- Conocimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2000 y su identificación dentro de cada proceso
- Acciones correctivas y Preventivas
- Servicios no conformes
- Auditoria

Para el desarrollo de las actividades de Capacitación y Sensibilización en los temas identificados VIVIR S.A. estableció un plan de capacitación, programado para apoyar cada una de las etapas del proyecto, aprobado e impulsado por la Gerencia General, asignando los recursos, Humanos, técnicos, y financiero necesarios para su desarrollo, .El plan de capacitación definido para el logro de los objetivos del proyecto se presenta en el Anexo 2 “Plan de Capacitación” de este proyecto

4.2.2 Actividades de Documentación requeridas. En el análisis de los resultados del diagnostico de la organización frente a los requisitos de la norma se identificaron las siguientes actividades de documentación necesarias para evidenciar la conformidad de los procesos de la organización con los requisitos de la norma.

Tabla 2. Actividades de documentación requeridas

Numeral	Requisitos de la norma NTC ISO 90012000	Actividad a realizar	Responsable
4.1	a) identificar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización (véase 1.2), b) determinar la secuencia e interacción de estos procesos. c) determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces,	Documentar los proceso necesarios para el SGC	Lideres de Proceso Coordinadores de Proceso Empresa Asesora Director Garantía de Calidad
	La documentación del sistema de gestión de la calidad debe incluir: a) declaraciones documentadas de una política de la calidad y de objetivos de la calidad,	Documentar Política y Objetivos de Calidad de la organización	Lideres de Proceso Coordinadores de Proceso Empresa Asesora Director Garantía de Calidad
	b) un manual de la calidad,	Documentar el Manual de Calidad VIVIR S.A.: Revisar y adaptar o complementar el Manual de Calidad para dar cumplimiento a los requisitos de la norma.	Coordinadores de Proceso
	c) los procedimientos documentados requeridos en esta Norma Internacional,	Documentar procedimiento para:: <ul style="list-style-type: none"> • Control de los documentos • Control de los registros • Auditoria interna • Control del producto no conforme • Acción correctiva • Acción preventiva 	Coordinadores de Proceso Director de Garantía de Calidad
	d) los documentos necesitados por la organización para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos	Documentar los procedimientos distintos a los requeridos por la norma pero identificados como necesarios para asegurar la eficaz planificación, operación y control del SGC de la organización,	Lideres de Proceso Coordinadores de Proceso
	d) los documentos necesitados por la organización para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos	Revisar los procedimientos documentados existentes, definir y documentar los procedimientos y registro necesarios para asegurar la eficaz planificación, operación y control de los procesos de la organización.	Lideres de Proceso Coordinadores de Proceso

	e) los registros requeridos por esta Norma Internacional (véase 4.2.4).	Documentar los registros requeridos por la norma	
5.5.1	La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la organización.	Documentar Manual de Perfiles de Cargo de VIVIR S.A.	Empresa asesora Director Administrativo Coordinadores de proceso
7.3	DISEÑO Y DESARROLLO. Numeral excluido.	Documentar la justificación a la exclusión de este numeral, como lo requiere la norma NTC ISO 9001:2000.	Coordinadores de Proceso
7.6	CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDIICON	Documentar la justificación a la exclusión de este numeral, como lo requiere la norma NTC ISO 9001:2000.	

Fuente: Autores del proyecto

Por último adecuar la documentación existente a los requisitos establecidos por la norma ISO 9001:2000 y al Control de documentos a establecer para su aplicación a la organización.

4.3 POLÍTICA DE CALIDAD

La política de calidad son las intenciones globales y orientaciones relativas a la calidad tal como son expresadas por la alta dirección.

La política de calidad permite alinear a todo el personal, es un mensaje que se convierte en la cultura de servicio y el objetivo de la atención al público.

El desarrollo de la política de Calidad de VIVIR S.A. se realizó con la participación de los líderes de Proceso, la Gerencia General y el apoyo de los coordinadores de proceso bajo la dirección de la empresa asesora.

Aspectos que se tuvieron en cuenta en el desarrollo de la política de calidad:

- **Adecuada al propósito de la organización:** para ello se revisó y estudió la misión de la empresa de tal forma que sirviera como punto de partida para la elaboración de la política de calidad.

 - **Compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad:** Los requisitos especificados fueron los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios.

 - **Proporcione un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de calidad:** de tal forma que se generaron objetivos medibles y coherentes con la política.
- Como requisitos o necesidades de los clientes se establecieron los siguientes:

 - Atención rápida en cualquiera de los servicios prestados.

 - Amplia cobertura asistencial

 - Humanización de los servicios de salud

 - Servicios económicos

Como requisitos de la organización se estableció:

- Cumplimiento de los requisitos legales de las empresas administradoras de planes de beneficio y de su red de prestadores.

Teniendo en cuenta todos estos parámetros se estableció la política de calidad:

Política de calidad de VIVIR S.A. “Vivir Medicina Prepagada ofrece a sus afiliados un servicio oportuno y accesible con amplia cobertura asistencial, a nivel Nacional para brindar soluciones a las necesidades de atención en salud a un costo razonable, fortalecidas con atención amable, trato humano y cordial; buscamos la satisfacción de los usuarios, enmarcados en una cultura de servicio de nuestros colaboradores y prestadores y comprometidos con la mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad y el cumplimiento de los requisitos legales vigentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios”.

4.4 OBJETIVOS DE CALIDAD

Los objetivos de calidad de una empresa son metas cuantificadas, a los que se dirigen todos los esfuerzos de la organización, generalmente en corto plazo. Su medición garantiza la sostenibilidad del Sistema de Gestión de la Calidad y permite determinar la eficacia del sistema implantado

Los objetivos de calidad son resultados del despliegue de la política de calidad finalmente se establecieron los siguientes:

- Implementar acciones en búsqueda de la mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad.

- Generar competencias en nuestro equipo de trabajo, manteniendo la cultura de calidad en la prestación del servicio, asegurando un trato humano y cordial a nuestros afiliados, mediante la capacitación continua a nuestros colaboradores.

- Realizar vigilancia, seguimiento y control del cumplimiento de los requisitos legales e internos a nuestra red de prestadores de tal manera que generen planes de mejora para beneficio mutuo.

- Prestar a nuestros afiliados servicios oportunos y accesibles con amplia cobertura asistencial.

- Cumplir con el presupuesto establecido para la administración de planes de beneficios, asegurando a nuestros afiliados la adquisición de servicios a precios competitivos.

- Asegurar la satisfacción de nuestros afiliados enfocados en la prestación de servicios de la red de prestadores y la gestión de VIVIR S.A.

4.5 RELACIÓN ENTRE POLÍTICA DE CALIDAD Y OBJETIVOS DE CALIDAD

Tabla 3. Relación entre política de calidad y objetivos de calidad

Directriz de la Política de Calidad	Objetivo de Calidad	Indicador	Proceso
VIVIR Servicios Oportunos y accesibles con amplia cobertura asistencial.	Prestar servicios oportunos y accesibles con amplia cobertura asistencial.	<ul style="list-style-type: none"> Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina general Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada. 	MEJORAMIENTO
Para brindar soluciones a las necesidades de atención en salud a un costo razonable	Cumplir con el presupuesto establecido para la administración de planes de beneficios, asegurando a nuestros afiliados la adquisición de servicios a precios competitivos.	<ul style="list-style-type: none"> % de Ejecución del presupuesto para el costo médico % de cumplimiento del presupuesto por ingreso promedio mes. 	ADMINISTRACIÓN DE PLANES
Fortalecidas con atención amable, trato humano y cordial.	Generar competencias en nuestro equipo de trabajo, manteniendo la cultura de la calidad en la prestación del servicio, asegurando un trato humano y cordial a nuestros afiliados, mediante la capacitación continua a nuestros colaboradores.	<ul style="list-style-type: none"> Personal con nivel de desempeño excepcional Cumplimiento del programa de capacitaciones 	TALENTO HUMANO

<p>Buscamos la satisfacción de los usuarios enmarcados en una cultura de servicio.</p>	<p>Generar competencias en nuestro equipo de trabajo. Manteniendo la cultura de la calidad en la prestación del servicio, asegurando un trato humano y cordial a nuestros afiliados, mediante la capacitación continua a nuestros colaboradores.</p> <p>Asegurar la satisfacción de nuestros afiliados enfocados en la prestación de servicios de la red de prestadores y la gestión de VIVIR S.A.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del plan de acción en la evaluación del clima organizacional. • Tasa de satisfacción global (Respecto a la red de prestadores y a los servicios de VIVIR S.A.) 	<p>TALENTO HUMANO</p> <p>MEJORAMIENTO</p>
<p>Comprometidos con la mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad</p>	<p>Implementar acciones en búsqueda de la mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de acciones eficaces (Correctivas y Preventivas) 	<p>MEJORAMIENTO</p>
<p>Cumplimiento de los requisitos legales del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.</p>	<p>Realizar seguimiento y control del cumplimiento de los requisitos legales e internos a nuestra red de prestadores de tal manera que generen planes de mejora para beneficio mutuo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del Cronograma de visitas a la red de prestadores. • Porcentaje de IPS visitadas que cumplen requisitos legales 	<p>AUDITORIA</p>

Fuente: Autores del proyecto

4.6 IDENTIFICACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

4.6.1 Definición de los procesos que integran el Sistema de Gestión de Calidad de VIVIR S.A. medicina prepagada. El numeral 4.1 de la Norma ISO 9001:2000 Requisitos generales requiere a la organización “establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional”

El numeral 4.2.1 Generalidades indica que la documentación del sistema de Gestión de la calidad debe incluir:

- a) declaraciones documentadas de una política de la calidad y de objetivos de la calidad;
- b) un manual de la calidad;
- c) los procedimientos documentados requeridos en esta Norma Internacional;
- d) los documentos necesitados *por la organización* para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos, y
- e) los registros requeridos por esta Norma Internacional;

La identificación de los procesos que integran el Sistema de Gestión de Calidad de VIVIR S.A. se realizó con la participación de los responsables de las distintas áreas establecidas en la organización, con la coordinación de la Directora de Garantía de Calidad con el apoyo de los coordinadores de procesos, bajo la dirección de la Empresa Asesora. Para cada proceso se estableció el objetivo del proceso y se definieron los responsables en la sede principal y las sucursales, quienes se designaron líderes de proceso.

Se identificaron once procesos como necesarios para garantizar la eficaz operación del SGC de la empresa, clasificados en tres tipos de proceso: Procesos Gerenciales, Procesos Operativos o Misionales, y Procesos de Apoyo.

- **Procesos Gerenciales:** VIVIR S.A. ha definido como procesos gerenciales los responsables de establecer los lineamientos y directrices de la organización, realizar la planificación estratégica, establecer las políticas, fijar los objetivos, asegurar la disponibilidad de recursos necesarios y realizar las revisiones por la dirección, dentro de este grupo se incluyo las responsabilidades sobre el análisis de datos para la mejora.

Se definieron como procesos gerenciales:

- Proceso de Gerencia Estrategia
- Proceso de Mejoramiento

- **Procesos Operativos o Misionales:** Se definieron como misionales los procesos por los cuales se soporta la comercialización y administración de los planes de medicina prepagada que ofrece la organización.
 - Administración de Planes
 - Contratación de Red
 - Comercial
 - Postventa

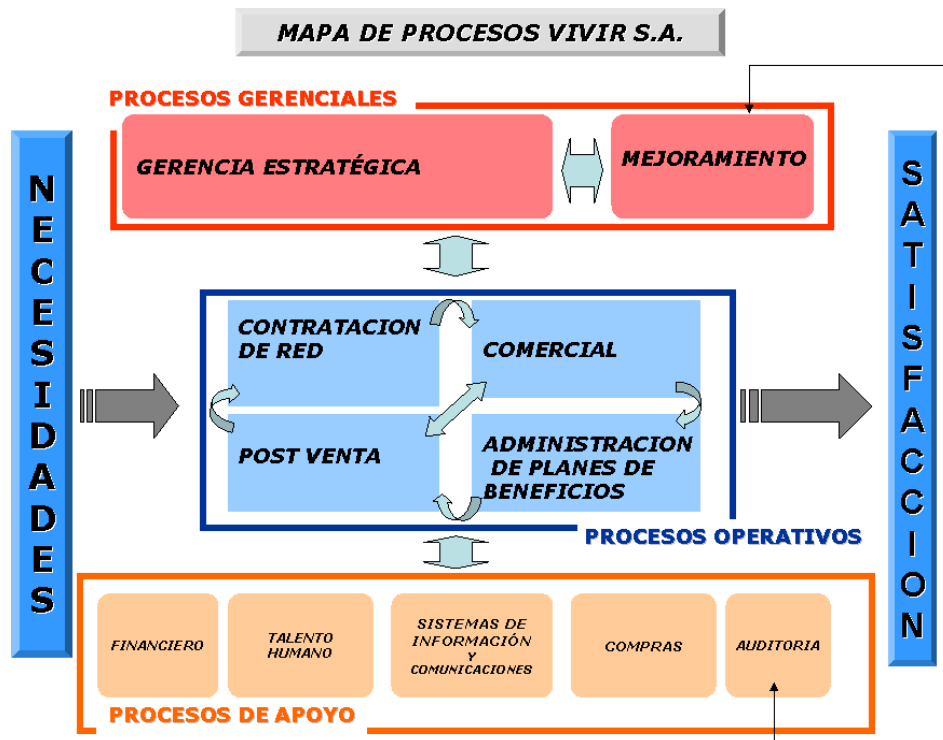
- **Procesos de Apoyo:** Aquellos que soporten la operación y funcionamiento de los misionales los cuales son:
 - Financiero

- Talento Humano
- Sistemas de Información y Telecomunicaciones
- Compras
- Auditoria

En el Anexo 3 “Procesos del sistema de gestión de calidad de vivir s.a.” se presentan los procesos que integran el SGC de la organización destacando el tipo de proceso al que pertenece, el nombre del proceso como se encuentra establecido en el mapa de proceso, el Objetivo del proceso, los responsables y los requisitos de la norma que desde el proceso se evidencia su cumplimiento.

4.6.2 Mapa de Procesos. Es la representación esquemática de los procesos que integran el Sistema de Gestión de Calidad de una empresa.

Figura 7. Mapa de procesos VIVIR S.A.



Fuente: Manual de Calidad VIVIR S.A. medicina prepagada

4.6.3 Caracterizaciones de Proceso. Identificados los procesos de la organización, cada líder de proceso con el apoyo de los coordinadores de procesos y bajo la dirección de la Empresa Asesora, establecieron las actividades a realizar dentro de cada proceso, las entradas necesarias para realizarlas y sus proveedores, las salidas resultado de estas actividades y los clientes, los mecanismos de seguimiento y medición a la gestión del proceso, los requisitos legales y reglamentarios que aplican al proceso y los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2000 responsabilidad del proceso.

La caracterización de proceso es una forma de documentar los procesos de la organización, VIVIR S.A. ha definido una estructura específica para presentar la caracterización de sus procesos, en ella se presentan las actividades a realizar dentro de cada procesos agrupadas como actividades del Planificar, Actividades del Hacer, Actividades de Verificar y Actividades de Actuar, con el propósito de evidenciar la aplicación del ciclo PHVA dentro del proceso.

En la caracterización del proceso se presentan:

- Los mecanismos de seguimiento y medición requeridos para controlar el proceso.
- Los documentos y registros definidos para asegurar la eficaz planificación, operación y control del proceso, los requisitos legales y reglamentarios que aplican al proceso.
- Los requisitos de la norma NTC IO 9001:2000 Generales y específicos que han de ser evidenciados desde el proceso.

En el Anexo 4 “Estructura para la caracterización de procesos del SGC DE VIVIR s.a.” se presenta la forma que en se estructuraron cada uno de los procesos establecidos en el Mapa mostrado anteriormente.

4.6.4 Indicadores de Proceso. Para cada uno de los procesos del Sistema de Gestión se establecieron indicadores de tal forma que fuera posible medir su gestión para dar cumplimiento al numeral 8.2.3 de la norma “Seguimiento y medición de los procesos”

Tabla 4. Indicadores de gestión de los procesos del SGC de VIVIR S.A.

INDICADORES DE GESTIÓN DE LOS PROCESOS DEL SGC DE VIVIR S.A.			
PROCESO	NOMBRE / FORMULA DEL INDICADOR	RANGOS DE GESTION	META
Gerencia Estratégica	Cumplimiento del Sistema de Gestión de Calidad (Total de Indicadores del Sistema de Gestión que se encuentren en el rango aceptable y sobresaliente / Total de Indicadores del Sistema de Gestión de Calidad)*100	SOBRESALIENTE >= 85% ACEPTABLE > 60% Y < 85% NO CUMPLIDA <= 60%	85%
Mejoramiento	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Medicina General Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita / número de muestras tomadas	SOBRESALIENTE CITA OPORTUNA ACEPTABLE 2 DÍAS NO CUMPLIDA > 2 DÍAS	1 día
	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta Medica Especializada Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita / numero de muestras tomadas	SOBRESALIENTE <= 3 DÍAS ACEPTABLE > 3 DÍAS Y <= 7 DÍAS NO CUMPLIDA > 7 DÍAS	3 días
	Tasa de Satisfacción Global (Numero de afiliados satisfechos / Total afiliados encuestados)*100	SOBRESALIENTE: > 85% ACEPTABLE: ENTRE 80 % Y 85 % NO CUMPLIDA: < 80%	85 %

	Proporción de quejas resueltas antes de 15 días (Numero de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días / Número total de quejas recibidas)	SOBRESALIENTE: > 70% ACEPTABLE: ENTRE 60 % Y 70 % NO CUMPLIDA: < 60%	70 %
	% de Acciones eficaces (correctivas y preventivas) (Número de acciones eficaces / Número de acciones generadas)*100	SOBRESALIENTE: >80% ACEPTABLE: ENTRE 70% Y 80% NO CUMPLIDA: <70%	80%
Comercial	Gestión del Presupuesto Comercial (Ventas efectivas realizadas en el periodo / Ventas planeadas para el periodo)*100	SOBRESALIENTE: > 80% ACEPTABLE: ENTRE 50 % Y 80 % NO CUMPLIDA: < 50%	80 %
	% De renovación de contratos de los afiliados (Contratos renovados en el periodo / Contratos vencidos en el periodo)*100	SOBRESALIENTE: > 80% ACEPTABLE: ENTRE 50 % Y 80 % NO CUMPLIDA: < 50%	80%
	% de retiros (Numero de afiliados retirados / Numero de afiliados en el periodo)*100	SOBRESALIENTE: < 1% ACEPTABLE: ENTRE 2% Y 1% NO CUMPLIDA: >2%	1%
	Prospectación de visitas (Sumatoria de visitas realizadas en el periodo por los asesores / Sumatoria de visitas proyectadas por los asesores para el periodo)*100	SOBRESALIENTE: >80% ACEPTABLE: ENTRE 70 % Y 80 % NO CUMPLIDA: <70%	80%
	Productividad de Asesores (Sumatoria de afiliaciones efectivas para el periodo de los asesores / Sumatoria de ventas para el periodo de los asesores)*100	SOBRESALIENTE: >100% ACEPTABLE: ENTRE 80 % Y 100 % NO CUMPLIDA: <80%	100%
Administración de Planes De Beneficios	% de Ejecución del presupuesto para el costo medico. Presupuesto ejecutado / Presupuesto costo medico del periodo	SOBRESALIENTE: < 95% ACEPTABLE: Entre 95 % y 100 % NO CUMPLIDA: > 100%	100%
	% De cumplimiento de presupuesto por ingreso promedio mes. Costo promedio por usuario / ingreso promedio por usuario por periodo.	SOBRESALIENTE: < 65% ACEPTABLE: Entre 65 % y 67 % NO CUMPLIDA: > 67%	66%

	% Órdenes anuladas Numero de ordenes anuladas / Numero de ordenes expedidas en el periodo	SOBRESALIENTE: < 1% ACEPTABLE: Entre 1% y 2 % NO CUMPLIDA: > 2%	1%
Contratación de Red	Tiempos de Contratación Sumatoria de los días transcurridos entre la fecha en que es aprobada la contratación por el comité hasta la legalización del contrato.	SOBRESALIENTE: <25 ACEPTABLE: de 25 a 30 NO CUMPLIDA: >30	30
Postventa	% de cumplimiento de actividades de fidelización Contactos de fidelización efectivos / contactos planeados mensualmente.	SOBRESALIENTE: > 95% ACEPTABLE: Entre 85% y 95% NO CUMPLIDA: < 85%	95%
Talento Humano	Cumplimiento del programa de capacitaciones Capacitaciones realizadas / Capacitaciones programadas)*100	SOBRESALIENTE: > 70% ACEPTABLE: Entre 50 % y 70 % NO CUMPLIDA: < 50%	70 %
	Personal con nivel de desempeño Excepcional (Cantidad de personal con nivel de desempeño excepcional/ Cantidad de personal evaluado)*100	SOBRESALIENTE: > 15% ACEPTABLE: Entre 5 % y 15 % NO CUMPLIDA: < 5%	15 %
Compras	Proveedores con nivel de desempeño Excelente (Cantidad de proveedores con nivel de desempeño excelente/ Cantidad de proveedores re-evaluado)*100	SOBRESALIENTE: > 50% ACEPTABLE: Entre 35 % y 50 % NO CUMPLIDA: < 35%	50 %
Financiero	Provisión Cartera Mayor 60 Días. (Cartera Mayor a 60 Días – Cartera de Socios Mayor a 60 Días) / (Cartera Total – Cartera Total Socios)	SOBRESALIENTE: Menor Igual al 20% ACEPTABLE: Mayor al 20% y Menor al 40% NO CUMPLIDA: Mayor Igual al 40%	35%
	Periodo Promedio de Cobro. Cx C Promedio * 360 Días) / Ventas.	SOBRESALIENTE: Menor Igual a 15 Días ACEPTABLE: Mayor a 15 Días y Menor a 25 Días NO CUMPLIDA: Mayor a 25 Días	20 Días
	Nivel de Endeudamiento. (Pasivo total / Activo Total) * 100	SOBRESALIENTE: Menor Igual al 50% ACEPTABLE: Menor al 70% y Mayor al 50% NO CUMPLIDA: Mayor al 70%	55%

Auditoria	Cumplimiento del Cronograma de Visitas a la Red de Prestadores. (Cantidad de visitas realizadas / Visitas programadas en el periodo)*100	SOBRESALIENTE: > 80% ACEPTABLE: Entre 70 % y 80 % NO CUMPLIDA: < 70%	80 %
	% de IPS visitadas que cumplen requisitos legales (Nº IPS que cumplen indicadores de calidad / Nº Total de IPS de visitadas.)*100	SOBRESALIENTE > 80% ACEPTABLE ENTRE 70% Y 80% NO CUMPLIDA < 70%	80%
	Auditoria medica Intrahospitalaria (Numero de cuentas de hospitalizaciones recibidas con hoja de auditoria / total de cuentas de hospitalizaciones recibidas en el periodo.)*100	SOBRESALIENTE: > 95% ACEPTABLE ENTRE 80% Y 95% NO CUMPLIDA < 80%	100%

Fuente: Autores del proyecto

4.7 MANUAL DE CALIDAD

El manual de calidad de VIVIR S.A. medicina prepagada Fue documentado dentro del proceso de Mejoramiento como: MANUAL DE CALIDAD VIVIR S.A. MEDICINA PREPAGADA”, con el código M-MJ- 001 cumpliendo todos los requisitos de normalización, implementación y control de documentación definidos dentro del Procedimiento Control de Documentos.

El manual de Calidad de VIVIR S.A. Medicina Prepagada contiene:

- Una descripción general de a Organización. Con una breve reseña histórica de la organización, su direccionamiento estratégico, intuida la política y los objetivos de calidad, su filosofía y valores corporativos y el organigrama de la empresa.
- Las responsabilidades del Representante de la Dirección.

- Descripción del alcance del Sistema d Gestión de la Calidad de la organización, establecido como: “Comercialización y administración de planes de medicina prepagada.

- Las exclusiones al sistema y la justificación a las mismas:

Exclusión: Se excluye el Numeral 7.3. DISEÑO Y DESARROLLO de la norma NTC-ISO 9001:2000. **Justificación:** Los planes de de medicina prepagada comercializados por la organización están presentes en el mercado y son aprobados por la superintendencia de Salud.

Exclusión: Se excluye el Numeral 7.6 CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN de la norma NTC-ISO 9001:2000. **Justificación:** Los servicios ofrecidos por la organización no requieren de equipos de medición para la realización de su seguimiento.

- Matriz de cumplimiento del sistema de gestión de calidad del SGC de VIVIVIR S.A. frente a los requisitos de la norma ISO 9001:2000.

- Matriz principales requisitos legales y reglamentarios aplicables a los procesos que integran el SGC de VIVIR S.A.

- Listado de los documentos definidos por VIVIR S.A. para asegurar la eficaz planeación, operación y control de sus procesos.

- El mapa de procesos de la Organización.

- La caracterización de cada uno de los procesos que integran el sistema de Gestión de Calidad de VIVIR S.A.

- Control a las modificaciones realizadas al manual

4.6 DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS

El principal objetivo de la documentación del sistema de gestión de calidad es facilitar la comunicación y transmisión de la información del sistema y proporcionar evidenci4a de la conformidad con los requisitos de la norma, en forma tal que se pueda verificar que lo planificado se ha llevado a cabo realmente.

Al documentar podemos aportar a la difusión y preservación de la experiencia de la organización generando el conocimiento empresarial

La Norma ISO 9001:2000 requiere específicamente que se establezcan “procedimientos documentados” para:

- 4.2.3 Control de los documentos
- 4.2.4 Control de los registros
- 8.2.2 Auditoria interna
- 8.3 Control del producto no conforme
- 8.5.2 Acción correctiva
- 8.5.3 Acción preventiva

Estos procedimientos documentados deben controlarse de acuerdo con los requisitos del apartado 4.2.3.

La norma establece que cuando se defina un “procedimiento documentado”, el procedimiento debe establecerse, documentarse, implementarse y mantenerse.


En VIVIR S.A. cada uno de los Líderes de proceso con el apoyo de los coordinadores de proceso y bajo la orientación del asesor, analizaron sus procesos y definieron los procedimientos necesarios para asegurar la eficacia de sus procesos y dar cumplimiento a los requisitos de la norma

En el Anexo 5 “Documentos obligatorios exigidos por la norma”, se relacionan los procedimientos documentados definidos para cada proceso.

a. Procedimiento Documentado para el Control de Documentos. Dentro del proceso de Mejoramiento se documento un procedimiento específico para el control de documentos, “**CONTROL DE DOCUMENTOS P-MJ-001**” el objetivo de este procedimiento es establecer los lineamientos para la elaboración y administración de los documentos del sistema de Gestión de la calidad de VIVIR S.A. Medicina Prepagada, dentro de este procedimiento se definen las condiciones de normalización de la documentación del SGC, los mecanismos de identificación de los documentos por tipo de documento y proceso al que pertenece, la estructura que debe guardar cada tipo de documento en cuanto a su encabezado pie de pagina y contenido en general. En este procedimiento se describen las actividades, los responsables y los registros definidos para evidenciar el control sobre la documentación del sistema.

b. Listado maestro de documentos internos: herramienta utilizada por la organización para controlar las versiones y el estado de actualización de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad.


Figura 8. Estructura del listado maestro de documentos internos

	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS F-MJ-001 Version 1			
	Fecha de Actualización:			
NOMBRE	CODIGO	VERSION No.	FECHA ACTUALIZACION	ENTREGADO A
PROCESO GERENCIA ESTRATÉGICA				

Fuente: Documentación Sistema de Gestión de Calidad VIVIR S.A. medicina prepagada

c. Listado maestro de documentos externos: Es la herramienta establecidas para controlar los documentos externos que afecta a cada uno de los proceso del sistema en el se incluyen los requisitos de tipo legal y reglamentario que aplican a la organización.

Figura 9. Estructura del listado maestro de documentos externos

 LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS EXTERNOS F-MJ-002 Versión 1						
FECHA EMISION	NOMBRE	EMITIDO POR	CONTENIDO	PROCESO	UBICACIÓN	RESPONSABLE

Fuente: Documentación Sistema de Gestión de Calidad VIVIR S.A. medicina prepagada

d. Procedimiento Documentado para el Control de Registros. Dentro del proceso de Mejoramiento se estableció un procedimiento documentado para el control de los registros del sistema “CONTROL DE REGISTROS P-MJ-002” dentro de este procedimiento se definen las actividades y los responsables del control sobre los requisaros del Sistema de gestión de Calidad

e. Listado maestro de registros: es el mecanismo definido para controlar los documentos establecidos como registro de las actividades desarrolladas en cada proceso. Este listado controla registros normalizados y no normalizados, registrando su ubicación dentro de la organización la autoridad de acceso al documento, los tiempos de retención en archivo de gestión, archivo central, archivo muerto y la disposición final del documento.

Figura 10. Estructura del listado maestro de registros

 LISTADO MAESTRO DE REGISTROS F-MJ-004 Version 1											
PROCESO: <input type="text"/>						PROCEDIMIENTO: <input type="text"/>					
IDENTIFICACIÓN A-Z O CARPETA	IDENTIFICACIÓN DEL REGISTRO	CODIGO	UBICACIÓN ESPECIFICA		TIPO DE REGISTRO		AUTORIZACIÓN DE ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN			DISPOSICION FINAL
			CIUDAD	LUGAR	FISICO	MAGNETICO		ARCHIVO GESTION	ARCHIVO CENTRAL	ARCHIVO MUERTO	


Fuente: Documentación Sistema de Gestión de Calidad VIVIR S.A. medicina prepagada

f. Procedimiento Documentado para Auditoria interna. Se estableció un procedimiento denominado “AUDITORIAS INTERNAS P-AD-001” con el fin único de conseguir información en forma planificada, de una variedad de fuentes y comparar todo a fin de confirmar que las cosas se estén llevando adecuadamente.

Este procedimiento se describe detallada mente en el capítulo de Auditoria Interna del presente proyecto.

g. Procedimiento Documentado para el Control del producto no conforme. VIVIR S.A. ha identificado dentro de cada uno de los procedimientos que forman parte de los procesos de Administración de Planes, Contratación de Red, Comercial y Financiero, el tratamiento, los controles y la responsabilidad en el manejo de los servicios no conformes.

Figura 11. Control de servicio no conforme

 CONTROL DE SERVICIO NO CONFORME F-MJ-012 Versión 1											
PROCESO: <input type="text"/>						LIDER DE PROCESO: <input type="text"/>					
Fecha de ocurrencia	Descripción del Servicio No Conforme	Detectado por:	Reportado a:			Tratamiento	verificación de la disposiciones dadas al servicio no conforme			Acciones Correctivas	
			fecha	Cargo	Nombre		Fecha	Responsable	Observaciones	Si	No

Fuente: Documentación Sistema de Gestión de Calidad VIVIR S.A. medicina prepagada

h. Procedimiento Documentado para Acción Correctiva y Preventivas.

Permite establecer los parámetros a seguir para eliminar las causas de no conformidades mediante la implementación de acciones correctivas con el objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir; de la misma forma se delinearán los pasos a seguir para la implementación de acciones preventivas tendientes a erradicar las posibles causas de potenciales no conformidades en VIVIR S.A.

i. Documentación requerida por VIVIR S.A. para asegurar la operación y control de sus procesos.

Permite generar el Know – How de la organización, esta documentación describe el conjunto de actividades, políticas, necesarias para operar en forma eficiente cada uno de los procesos definidos en el sistema de gestión de calidad de VIVIR S.A.; esta documentación fue elaborada por los coordinadores de procesos y aprobada por los líderes antes de su implementación. En el anexo 6 documentación del SGC de VIVIR S.A. se muestra a manera de resumen toda la documentación que se generó durante este proyecto.

5. IMPLEMENTACIÓN

5.1 SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN

Cuadro 1. Sensibilización y Capacitación

TALLER, SEMINARIO O CAPACITACIÓN	DIRIGIDO A	RESPONSABLES
Direccionamiento Estratégico	Lideres de proceso	Empresa Asesora Coordinadores de proceso
Talle desarrollo de política y objetivos de calidad	Lideres de proceso	Empresa Asesora Coordinadores de proceso
Sensibilización sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2000 Enfoque por proceso	Todo el personal	Empresa Asesora Coordinadores de proceso
Taller de acciones correctivas y preventivas	Todo el personal	Empresa Asesora Coordinadores de proceso
Taller producto no conforme	Todo el personal	Empresa Asesora Coordinadores de proceso
Taller de identificación de los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000 por proceso	Lideres de proceso	Empresa Asesora Coordinadores de proceso
Curso de formación de Auditores Internos	Lideres de proceso	Empresa Asesora
Auditorias de entrenamiento	Auditores Internos	Empresa Asesora Coordinadores de proceso
Seminario taller de acciones correctivas y preventivas	Todo el personal	Empresa Asesora Coordinadores de proceso
Seminario taller Servicio No conforme	Todo el personal	Empresa Asesora Coordinadores de proceso

Fuente: Autores del proyecto

5.1.1 Resultado de las actividades de sensibilización y Capacitación. El desarrollo de las actividades orientadas a fortalecer el Direccionamiento Estratégico de la organización respecto a la calidad, permitió:

- Establecer la Política de Calidad de VIVIR S.A.

- Definir los Objetivos de Calidad de la organización.
- Definiré los indicadores para el control de los objetivos de calidad y desarrollar su ficha técnica.
- Definir el mapa de procesos de la organización.
- Desarrollar las caracterizaciones de proceso del SGC.

Como resultado del curso de Auditoria Interna, se formaron 14 funcionarios como auditores internos, entre ellos los líderes de proceso.

Como estrategia para fortalecer las competencias del grupo de auditores internos, se realizo el primer siglo de auditorias al SGC, como auditorias de entrenamiento, en las que los nuevos auditores fueron designados como auditores líderes u observadores en auditorias a otros procesos. En estas auditorias de entrenamiento el grupo de auditoria designado, con el apoyo de los líderes de proceso, diseñaron las listas de verificación de requisitos, ejecutaron las auditorias y presentaron los informes de auditoria correspondientes. A través de la auditorias de entrenamiento el grupo de auditores no solo fortalecían sus competencias como auditores, además, pudo diseñar las estrategias para fortalecer su proceso para evidenciar la conformidad con los requisitos de la norma.

El seminario taller de Acciones correctivas y preventivas, permitió la identificación de las primeras no conformidades y potenciales no conformidades dentro de cada uno de los procesos y el levantamiento de las primeras acciones correctivas dentro del sistema.

El anexo 7 “Socialización y Capacitación” del presente documento se evidencia listados de asistencia a capacitación para las actividades mencionadas anteriormente.

5.2 SOCIALIZACIÓN DE LOS PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

La etapa de implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de VIVIR S.A. Inicio con la socialización de los procesos dentro de la organización. Por dirección de la Gerencia General, se realizaron dos grandes jornadas de socialización, una por proceso y otra a nivel de la organización.

La socialización por proceso, fue realizada por los líderes a través de los grupos primarios de cada una de las áreas de la organización. El objetivo era dar a conocer a los integrantes del grupo la caracterización del proceso a cual pertenecen, los mecanismos de seguimiento y medición establecidos para medir la gestión de su proceso, estudiar cada uno de los procedimientos documentados y los registros definidos para el proceso

La socialización a nivel de la organización se realizó en jornadas de una hora diaria por dos semanas, cada líder de proceso acompañado de sus colaboradores, presentó en forma lúdica su proceso. El objetivo de esta actividad era que cada grupo identificara su proceso y lo presentara a la organización, estimulando el análisis de los procesos y fortalecer el trabajo realizado en los grupos primarios. Esta actividad fue evaluada para establecer el cumplimiento del objetivo.

5.3 IMPLEMENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS Y REGISTROS

El objetivo de la implementación de la documentación revisada y aprobada por los líderes de proceso, es realizar las actividades, en la secuencia y por los responsables, aplicando los registros correspondientes según se establece en los procedimientos documentados para el proceso.

Para asegurar el cumplimiento de este objetivo se sensibilizó a los responsables dentro de cada proceso sobre la importancia de implementar los documentos y los registros como fueron definidos en la etapa de documentación, sin realizar modificaciones no autorizadas, llevado los registros sin tachaduras ni enmiendas, verificando que se implementen las versiones actualizadas de los documentos y seguir los procedimientos documentados para el control de documentos y registros, para modificar o actualizar documentos.

5.4 IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

A través de los talleres de Acciones correctivas y Preventivas, cada líder de proceso con la ayuda de los coordinadores de proceso, identificaron las primeras no conformidades dentro de cada proceso y desarrollaron las acciones correctivas y preventivas, analizando las causas de las no conformidades o potenciales no conformidades y estableciendo los planes de acción para la eliminación de la causa raíz.

La mayoría de las no conformidades fueron detectadas por las auditorías internas al sistema al sistema de gestión de calidad, las cuales fueron reportadas a los líderes de proceso a través de los informes de auditoría, quienes desarrollaron las acciones correctivas necesarias, aplicando el análisis de causas y estableciendo los respectivos planes de acción para la eliminación de las causas, varios procesos establecieron planes de mejora como resultado del análisis de los informes de auditoría.

Como herramienta estadística o metodología empleada para el análisis de no conformidades se utilizó el diagrama causa – efecto o diagrama de espina de pescado que consistía en generar una lluvia de ideas para identificar el número de causas que podrían estar contribuyendo a generar la no conformidad detectada, posteriormente se identificaba la causa raíz o la principal causa generadora de la

6. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

6.1 PROCESOS DE EVALUACIÓN DENTRO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Cuando se evalúan sistemas de gestión de la calidad, hay cuatro preguntas básicas que deberían formularse en relación con cada uno de los procesos que es sometido a la evaluación:

- a) ¿Se ha identificado y definido apropiadamente el proceso?
- b) ¿Se han asignado las responsabilidades?
- c) ¿Se han implementado y mantenido los procesos?
- d) ¿Es el proceso eficaz para lograr los resultados requeridos?

El conjunto de las respuestas a las preguntas anteriores puede determinar el resultado de la evaluación. La evaluación de un sistema de gestión de la calidad puede variar en alcance y comprender una diversidad de actividades, tales como auditorias y revisiones del sistema de gestión de la calidad y auto evaluaciones.

6.2 AUDITORIAS AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Las auditorias se utilizan para determinar el grado en que se han alcanzado los requisitos del sistema de gestión de la calidad. Los hallazgos de las auditorias se utilizan para evaluar la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para identificar oportunidades de mejora.

Para la ejecución de las auditorias fue necesario realizar el curso de formación auditores con una intensidad de 40 horas dictado por la empresa asesora

Concalidad LTDA., lo que permitió formar 14 auditores internos entre ellos los autores del proyecto.

6.2.1 Ejecución del Procedimiento de Auditorias Internas. Una vez finalizado el curso de formación de auditores internos se genera el programa de auditorias (Ver anexo 8 Programa de auditoria) para la principal Bucaramanga y la Sucursal Bogotá, realizándose auditorias de entrenamiento coordinadas por la empresa asesora de tal forma que se pueda iniciar la ejecución del ciclo de auditorias.

Luego de haber programado las auditorias en unas fechas determinadas se procedía a realizar el plan de auditoria (Ver anexo 9 Planes de Auditoria) para la principal Bucaramanga y Sucursal Bogotá cuya responsabilidad de elaborarlo corresponde al Director Garantía de Calidad con el deber de los auditados de estar presentes en la hora y el día señalado.

En Cada una de las auditorias se designó un Auditor Líder que era elegido por el Director Garantía de Calidad y un equipo auditor compuesto por una o mas personas.

La elaboración de la lista de chequeo o verificación es de responsabilidad del auditor líder quien luego la socializaba y compartía con el equipo auditor para finalmente ejecutar la auditoria en sitio.

Una vez finalizado las auditorias se pasó a la siguiente etapa de realizar una auditoria de mayor magnitud que fue realizada por la empresa consultora en el mes de octubre para la principal Bucaramanga y en el mes de enero para la sucursal Bogotá; obteniéndose como conclusión que la sede principal y la sucursal Bogotá se encuentran en condiciones de afrontar una auditoria de certificación por parte de un ente acreditado.

Vale la pena destacar que además de los ciclos programados de auditoría interna, como estrategia para la mejora de los procesos misionales se ejecutaron auditorías adicionales a los procesos Comercial y Contratación de Red ya que se detectaron en ellos falencias en la revisión por la Dirección realizada en el mes de noviembre.

Es responsabilidad del líder de proceso levantar los no conformidades encontradas durante la auditoría y del área de calidad controlar la ejecución de las acciones correctivas y preventivas adelantadas que estuviesen enfocadas a eliminar la causas de las no conformidades.

6.2.2 Resultados de las auditorías internas. Las auditorías a la principal Bucaramanga y la sucursal Bogotá generaron los siguientes resultados:

Tabla 5. Primer ciclo auditoría principal Bucaramanga

Proceso	Fecha	Nº de No Conformidades	Nº Observaciones	Nº Fortalezas
Gerencia Estratégica	28/09/07	0	9	2
Auditoría	13/09/07	3	8	4
Contratación de Red	12/09/07	2	11	4
Post Venta	16/08/07	1	8	2
Compras	16/08/07	2	10	1
Financiero	15/08/07	0	10	3
Sistemas de Información y Comunicaciones	10/08/07	0	9	3
Comercial	10/08/07	3	12	5
Administración de Planes	26/07/07	1	15	3
Mejoramiento	24/07/07	0	7	1
Talento Humano	23/07/07	0	8	1
Total		12	107	29

Fuente: Autores del proyecto

Tabla 6. Primer ciclo auditoria sucursal Bogotá

Proceso	Fecha	Nº de No Conformidades	Nº Observaciones	Nº Fortalezas
Mejoramiento	18/09/07	0	7	1
Talento Humano	18/09/07	0	4	1
Financiero	18/09/07	2	4	1
Auditoria	18/09/07	2	5	2
Comercial	19/09/07	2	5	2
Administración de Planes	19/09/07	1	8	3
Total		7	33	10

Fuente: Autores del proyecto

Tabla 7. Segundo ciclo auditoria principal Bucaramanga

Proceso	Fecha	Nº de No Conformidades	Nº Observaciones	Nº Fortalezas
Comercial	11/10/07	4	2	6
Talento Humano	11/10/07	1	1	6
Post Venta	11/10/07	2	2	6
Compras	11/10/07	2	4	6
Financiero	11/10/07	1	1	6
Sistemas de Información y Comunicaciones	11/10/07	0	1	6
Administración de Planes	12/10/07	1	2	6
Auditoria	12/10/07	0	1	6
Contratación de Red	12/10/07	7	3	6
Mejoramiento	12/10/07	3	1	7
Gerencia Estratégica	12/10/07	1	2	6
Total		22	20	67

Fuente: Autores del proyecto

Tabla 8. Segundo ciclo auditoria sucursal Bogotá

Proceso	Fecha	Nº de No Conformidades	Nº Observaciones	Nº Fortalezas
Mejoramiento	16/10/07	6	2	3
Auditoria	16/10/07	4	3	3
Comercial	17/10/07	2	2	3
Administración de Planes	17/10/07	4	4	3
Total		16	11	12

Fuente: Autores del proyecto

Tabla 9. Tercer ciclo auditoria principal Bucaramanga

Proceso	Fecha	Nº de No Conformidades	Nº Observaciones	Nº Fortalezas
Contratación de Red	21/01/08	6	5	2
Comercial	27/12/07	8	4	1
Total		14	9	3

Fuente: Autores del proyecto

Tabla 10. Tercer ciclo auditoria sucursal Bogotá

Proceso	Fecha	Nº de No Conformidades	Nº Observaciones	Nº Fortalezas
Comercial	29/01/08	1	6	5
Administración de Planes	29/01/08	0	5	6
Compras	29/01/08	0	4	5
Financiero	29/01/08	1	2	6
Talento Humano	29/01/08	0	5	5
Auditoria	29/01/08	2	1	6
Mejoramiento	29/01/08	1	1	6
Total		5	24	39

Fuente: Autores del proyecto

Los ciclos de auditoria permitieron preparar a VIVIR S.A. medicina prepagada para afrontar una auditoria de certificación, ya que todas las no conformidades encontradas tuvieron su respectivo tratamiento aplicando el procedimiento de acciones correctivas y preventivas, generando el aprendizaje organizacional en todos los niveles de la organización.

Respecto a las observaciones generadas cada líder de proceso se encuentra en la libertad de aplicarlas o no según sea conveniente para la mejora del proceso.

Las fortalezas encontradas permitieron generar mayor motivación y entusiasmo para mejorar los procesos del Sistema de Gestión de Calidad.

Y como resultado final la empresa consultora recomendó gestionar la auditoria de certificación ante una entidad acreditada por la Superintendencia de Industria y Comercio; para el caso VIVIR S.A. medicina prepagada escogió al Instituto Colombiano de Normas Técnicas por su experiencia y líderes del sector.

7. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Culminada la etapa de documentación y adelantando la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, es necesario que se establezcan los mecanismos que le permitan a la organización evaluar la mejora de los procesos y asegurarse que el SGC sigue siendo adecuado y es eficiente para la organización.

La revisión por la dirección es un proceso en el cual la alta dirección revisa el SGC de su organización y desarrolla las estrategias respecto a la calidad de la empresa generando planes de mejora.

La norma NTC ISO 9001:2000 en su numeral 5.6.1 establece que la alta dirección debe, a intervalos planificados, revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas. La revisión debe incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluyendo la política de la calidad y los objetivos de la calidad.

VIVIR S.A. Ha establecido dentro del proceso de Gerencia Estratégica, un procedimiento documentado para realizar la revisión por la dirección: "REVISION POR LA DIRECCION", con el código P-GE-001, presentado en el anexo 10, en donde se establecen los lineamientos y se definen las responsabilidades sobre la revisión al SGC por parte de la Gerencia General, este procedimiento incluye la metodología para identificar, evaluar y controlar los cambios que pudieran afectar el sistema de gestión de calidad de la organización.

7.1 PRIMERA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

El 8 de Octubre de 2007 se realizó la primera revisión al SGC por parte de la Gerencia General de VIVIR S.A., cada uno de los líderes de los 11 procesos que integran el sistema, reportó a la Gerencia General el informe de gestión del proceso, registrando:

- El resultado de la auditoria al proceso: número de acciones correctivas resultado de la auditoria y el nivel de avance de los planes de acción establecidos para eliminar las caudas de las no conformidades detectadas.
- Desempeño del proceso: reporte de los resultados de los indicadores establecidos como mecanismos de control a la gestión del proceso.
- Acciones correctivas y preventivas establecidas en el proceso.
- Recomendaciones para la mejora del SGC, detectadas por los colaboradores que participan en el proceso.
- Cambios que pudieran afectar el SGC detectados desde el proceso.
- Los procesos en los que se han definido su responsabilidad sobre Servicios No Conformes reportaron el tratamiento dado a los servicios no conformes identificados.
- Los líderes de los procesos de Postventa y Mejoramiento reportaron sus informes de retroalimentación con el cliente.

Esta primera revisión por la dirección se realizó de manera particular, en comité de Calidad Gerencia Estratégica, con la participación de los líderes de proceso. Cada líder de proceso presentó ante el comité su informe para la revisión por la dirección, el cual fue analizado por todos los miembros del comité, estableciéndose como resultado un plan de mejora, liderado por la Gerencia General, en donde se establecieron compromisos por proceso.

En el Anexo 11 se presentan evidencias de la primera revisión por la dirección:

- Plan de Mejora Primera revisión por la dirección al SGC de VIVIR S.A.
- Seguimiento Plan de Mejora Primera revisión por la dirección al SGC de VIVIR S.A.

Como resultado de la primera revisión por la dirección, se detectaron necesidades de:

- Estimular la generación de acciones correctivas generadas por parte de los responsables de los procesos, sin que estas sean resultado de las auditorias.
- Estimular la documentación de acciones preventivas tomadas para anular causas de potenciales no conformidades.
- Estimular la generación de oportunidades de mejora del SGC como resultado del análisis de los proceso por parte de los responsables del desarrollo de las actividades en cada uno de ellos.

7.2 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN CAMBIOS

El 11 de Noviembre de 2007 se realizo la revisión de los cambios que pudieran afectar al Sistema de Gestión de Calidad de la empresa, se identificaron y analizaron los siguientes cambios que afectan al sistema:

- VIVIR S.A. Medicina Prepagada como decisión de direccionamiento estratégico establece el cierre de la sucursal en la ciudad de Tunja.
- La Gerencia General en búsqueda de un fortalecimiento de la organización interna de la compañía determina el re nombramiento de los cargos establecidos en el organigrama.
- Emisión por parte de la superintendencia Nacional de Salud de la circular externa N. 47 (Circular Única)

Impacto de los cambios identificados, sobre el sistema:

- No se observa un impacto dentro del SGC a causa del cierre de la sucursal en la ciudad de Tunja.
- La documentación del SGC no se ve afectada debido a su carácter general y estandarización de las actividades desarrolladas en procura de una mejor sinergia de los procesos.
- El alcance de la certificación del SGC de VIVIR S.A. se limita dentro de la oficina principal en la ciudad de Bucaramanga y su sucursal en la ciudad de Bogotá.
- El desarrollo de la novedad en la designación y nombramiento de los cargos dentro del organigrama de la organización no implica una alteración en la secuencia de las actividades enmarcadas en la misma; no obstante involucra el ajuste en la asignación del apelativo al cargo.
- La emisión y establecimiento de la circular única por parte de la superintendencia nacional de salud requiere por parte de VIVIR S.A. el análisis y ajuste de la documentación del SGC en los casos donde sea necesario.

Observaciones:

Se desarrollara la revisión por Gerencia General del sistema de forma completa siguiendo las pautas establecidas dentro de la documentación para la ejecución de la revisión por Gerencia General del SGC y lo programado en la "Planilla de planificación revisiones por Gerencia General"; dando tratamiento a los cambios identificados y su impacto dentro del SGC.

La revisión de los cambios que afectan al sistema se realizo siguiendo el procedimiento documentado para la revisión por la dirección dejando registro en el formato; Anexo 12 cambios que pueden afectar al sistema

7.3 SEGUNDA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

La Gerencia General de VIVIR S.A. realizó una segunda revisión general a su SGC el 18 de Diciembre de 2007.

Avanzada la implementación del sistema y habiéndose aplicado un segundo ciclo de auditorías internas sobre los procesos, la Gerencia General determinó realizar una revisión al sistema que superara las falencias detectadas en la primera y le permitiera tener una visión real sobre la evolución del sistema,

La segunda revisión por la dirección incluyó la presentación de los informes de gestión de los procesos, diferenciados por sucursal, reportando:

- El resultado de las auditorías al proceso por sucursal.
- Desempeño del proceso, presentando el comportamiento de los indicadores en el año, por sucursal, incluyendo el análisis al comportamiento y las acciones tomadas en búsqueda de la mejora de los resultados en el desempeño.
- Acciones correctivas y preventivas establecidas para el proceso en cada sucursal.
- Recomendaciones para la mejora del SGC, detectadas por los responsables del proceso, en cada sucursal
- Cambios que pudieran afectar el SGC detectados desde el proceso, por sucursal.
- Los procesos en los que se han definido su responsabilidad sobre Servicios no conformes reportaron el tratamiento dado a los servicios no conformes identificados.
- Los líderes de los procesos de Postventa y Mejoramiento reportaron sus informes de retroalimentación con el cliente, discriminados por sucursal.

La segunda revisión por la dirección, permitió evidenciar:

- Un mayor entendimiento de los objetivos y la metodología de la Revisión por la Dirección, por parte de los líderes de proceso.
- El reporte por parte de todos los líderes de proceso de acciones preventivas incluyendo los responsables en la sucursal.
- La toma de acciones correctivas como resultado del análisis al comportamiento de los indicadores de gestión del proceso.
- La detección de oportunidades de mejora al SGC en los procesos.

El Anexo 13 presenta evidencias de esta segunda revisión por la dirección.

8. AUDITORIA DE CERTIFICACIÓN

Una vez finalizada todas las etapas del proceso de implementación de la norma ISO 9001: 2000 se procedió en el mes de Febrero a realizar todos los trámites para recibir una auditoria externa con fines de certificación.

Esta consistió en dos etapas en donde la primera tuvo como objetivo la revisión del alcance de la certificación, la justificación de las exclusiones en caso de que existiesen, el cumplimiento del manual de calidad respecto a los requisitos de la norma, revisión de requisitos, revisión del grado de implementación del sistema de gestión. Esta primera etapa se puede evidenciar en el anexo 14 “Informe de revisión previa” y por último se armó el plan de auditoria en conjunto con el Director Garantía de Calidad y el Auditor de ICONTEC. Ver anexo 15 plan de auditoria en sitio.

La auditoria de certificación se ejecutó los días 17 y 19 de Marzo en la ciudad de Bucaramanga y el día 18 de marzo en la ciudad de Bogotá, encontrándose cero no conformidades en el Sistema de Gestión de Calidad de VIVIR S.A. (Ver anexo 16 Informe de auditoria en sitio) logrando así la certificación bajo la norma ISO 9001:2000 para la principal Bucaramanga y la sucursal Bogotá.

Aunque no se detectaron no conformidades durante la ejecución de auditoria de certificación; se generaron observaciones con fines de mejora para cada uno de los procesos. Por tal motivo se genera un plan de mejora para VIVIR S.A. medicina prepagada (Ver anexo 17 Plan de Mejora Post – Certificación) orientado al desarrollo de las observaciones de auditoria de certificación siendo el responsable de implementarlo y realizar seguimiento la misma empresa; ya que no se encuentra contenido dentro de los objetivos iniciales del presente proyecto.

CONCLUSIONES

La Implementación del Sistema de Gestión de Calidad en la organización, genero un cambio organizacional, a todo nivel, estableciendo una cultura de servicio al cliente y de trabajo por procesos.

La identificación de frentes de trabajo críticos a manejar dentro del proyecto, y los temas en los que la empresa ya había realizado avances, en cuanto al desarrollo de su sistema de gestión de calidad, realizada a través del diagnostico, facilito la eficiente planificación y ejecución del proyecto logrando la conformidad de los proceso de la organización frente a los requisitos de la norma.

El desarrollo de las jornadas de socialización por proceso y a nivel de la organización permitió a los funcionarios, ver las tareas que realizan desde un enfoque por proceso, generando sentido de pertenencia sobre los proceso.

El desarrollo de auditorias de entrenamiento y auditorias internas al SGC de la organización, permitiendo la participación de los auditores internos que fueron formados durante el proyecto, rotando su participación como auditores líderes u observadores de procesos distintos a los suyos, permitió fortalecer sus competencias como auditores y el desarrollo de oportunidades de mejora.

Se gestionó el aprendizaje organizacional a través de la ejecución de acciones correctivas y preventivas permitiendo a la empresa aprender de los errores cometidos o problemas presentados para evitar que estos sucedan a futuro.

El compromiso de la Gerencia General con el logro de los objetivos del proyecto, dándole la importancia debida a cada una de sus etapas, fue lo que permitió el éxito del proyecto, reflejado en la total conformidad del SGC de la empresa, con

los requisitos de la norma, como lo manifiesta el informe de auditoria del ente certificador.

RECOMENDACIONES

Establecer e implantar mecanismos que permitan mantener las competencias del grupo de 14 auditores internos que fueron formados durante el proyecto.

Diseñar mecanismos que permitan la generación de acciones de mejora desde todos los niveles de la organización.

Mantener la gestión de fortalecimiento al SGC que se realizan desde el comité semanal de calidad gerencia estratégica.

El mantenimiento de un Sistema de Gestión de Calidad depende de la medición de los indicadores de gestión por proceso y las acciones que se deriven de estos en caso que no cumplan meta; por lo tanto se recomienda generarlos con la periodicidad que se tiene establecida en sus fichas técnicas y tomar acciones preventivas que los lleven a cumplir metas.

Implementar las acciones contenidas en el plan de mejora establecido como resultado de las observaciones generadas por el auditor líder en la auditoria de certificación.

BIBLIOGRAFÍA

CLAUDIA VICTORIA ALVARADO GONZÁLEZ Tesis de grado Universidad Industrial de Santander Diseño, documentación, implementación y evaluación de un Sistema de Gestión de la Calidad para la unidad médica quirúrgica IPS de coomultrasan multiactiva según los lineamientos de la norma NTC-ISO 9001:2000

Decreto 1011 de 2006

Decreto 1486 de 1994

Decreto 1570 de 1993

Decreto 806 de 1998

ISO 9000:2000 Guía para las pequeñas empresas

ISO 9000:2005 Sistemas de Gestión de la Calidad Fundamentos y Vocabulario

Ley 100 de 1993

MALDONADO HERRERA NELSON ARTURO Tesis de Grado Universidad Industrial de Santander Diseño, documentación e implementación de un Sistema de Gestión la Calidad en la empresa “AUTOPARTES CASTELMOTORS & CIA LTDA”, según la norma NTC ISO 9001:2000

Orientación sobre el concepto y uso del “Enfoque basado en procesos” para los sistemas de gestión ISO/TC 176/SC 2/N 544R2

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER ESCUELA DE QUÍMICA memoria
del diplomado basado en la norma ISO 9001:2000 Septiembre de 2005.

www.icontec.org.co

www.senavirtual.edu.co

ANEXOS

Anexo 1. Diagnostico

PLANTILLA DE DIAGNOSTICO	
INDICADORES	ESCALA DE VALORACION
1. De acuerdo al estado del avance del Sistema de Gestión de Calidad de la Organización, se asigna el numero 1 en la escala de valoración	0. No esta definido. 1. Definido Informalmente, no se encuentra normalizado. 2. Se tiene documentado pero no esta normalizado.
2. Cuando un elemento no aplique al SGC de la organización se identificara en la tabla como NA.	3. Se encuentra normalizado e implementado parcialmente. 4. Se tiene implementado. 5. Se evidencia mejoras del Requisito.

Capitulo	Numeral	0	1	2	3	4	5	Actividad	% Real	% Ideal	Observación
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	4.1 REQUISITOS GENERALES							0%	13%	100%	Se identificaron los siguientes procesos: <ul style="list-style-type: none"> Planeación Estratégica Revisión del Sistema Comercial Atención al Usuario Postventa Contratación Financiero Talento Humano Sistemas de Información Auditoria Mejoramiento
	4.2 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN 4.2.1 Generalidades	1	1					33%			VIVIR S.A. ha documentado planes de mejora de sus procesos y ha documentado los siguientes procedimientos: <ul style="list-style-type: none"> Procedimiento de atención al usuario – Quejas

- Procedimiento de verificación de Afiliación
- Procedimiento de Referencia y Contrarreferencia
- Procedimiento de Realización de la Venta

PLANTILLA DE DIAGNOSTICO	
INDICADORES	ESCALA DE VALORACION
1. De acuerdo al estado del avance del Sistema de Gestión de Calidad de la Organización, se asigna el numero 1 en la escala de valoración	0. No esta definido. 1. Definido Informalmente, no se encuentra normalizado. 2. Se tiene documentado pero no esta normalizado.
2. Cuando un elemento no aplique al SGC de la organización se identificara en la tabla como NA.	3. Se encuentra normalizado e implementado parcialmente. 4. Se tiene implementado. 5. Se evidencia mejoras del Requisito.

5 RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN	1	1						33%	22%	100%	Se encuentra conformado un comité de calidad, dirigido por la Gerencia General de la organización, en el cual participan todos los líderes de proceso.		
	5.2 ENFOQUE AL CLIENTE	1	1						33%			Se dispone de los siguientes mecanismos y herramientas para asegurar el cumplimiento de los requisitos de los afiliados y los beneficiarios de los planes ofrecidos. Línea VIVIR Proceso de Seguimiento Postventa Aplicación de encuestas de Satisfacción		
	5.3 POLITICA DE LA CALIDAD								0%			Por desarrollar		
	5.4 PLANIFICACIÓN								0%			Por desarrollar		
	5.4.1 Objetivos de la calidad													
	5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad	1							17%			Se ha trabajado el tema de documentación de procesos		
	5.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN													
5.5.1 Responsabilidad y autoridad	1							17%	Se ha trabajado en la elaboración de manual de funciones y organigrama, se encuentran en revisión.					
5.5.2	1	1	1					50%	La Gerencia General de VIVIR S.A.					

PLANTILLA DE DIAGNOSTICO	
INDICADORES	ESCALA DE VALORACION
1. De acuerdo al estado del avance del Sistema de Gestión de Calidad de la Organización, se asigna el numero 1 en la escala de valoración	0. No esta definido. 1. Definido Informalmente, no se encuentra normalizado. 2. Se tiene documentado pero no esta normalizado.
2. Cuando un elemento no aplique al SGC de la organización se identificara en la tabla como NA.	3. Se encuentra normalizado e implementado parcialmente. 4. Se tiene implementado. 5. Se evidencia mejoras del Requisito.

Capitulo	Numeral	0	1	2	3	4	5	Actividad	% Real	% Ideal	Observación
6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS	6.1 PROVISIÓN DE RECURSOS	1	1					33%	38%	100%	Se evidencia la asignación de recursos para consultoría, equipo de apoyo para el desarrollo del sistema de gestión, Ingeniero de apoyo.
	6.2 RECURSOS HUMANOS 6.2.1 Generalidades 6.2.2 Competencia, toma de conciencia y formación	1	1					33%			Existe evidencia de capacitación al grupo de colaboradores en: Ventas Sermarketing COPASO El COPASO se implementa Existen competencias definidas informalmente en el manual de funciones Procedimiento de Recurso Humano: Por desarrollar Responsable del proceso: Asistente Administrativo
	6.3 INFRAESTRUCTURA	1	1	1				50%			Cuenta con una sede administrativa y oficinas en la IPS VIP Ltda. La Infraestructura de la Red de Prestadores Manejo del Sistema de Información
	6.4 AMBIENTE DE TRABAJO	1	1					33%			Condiciones definidas por el COPASO Requisitos para Habilitación

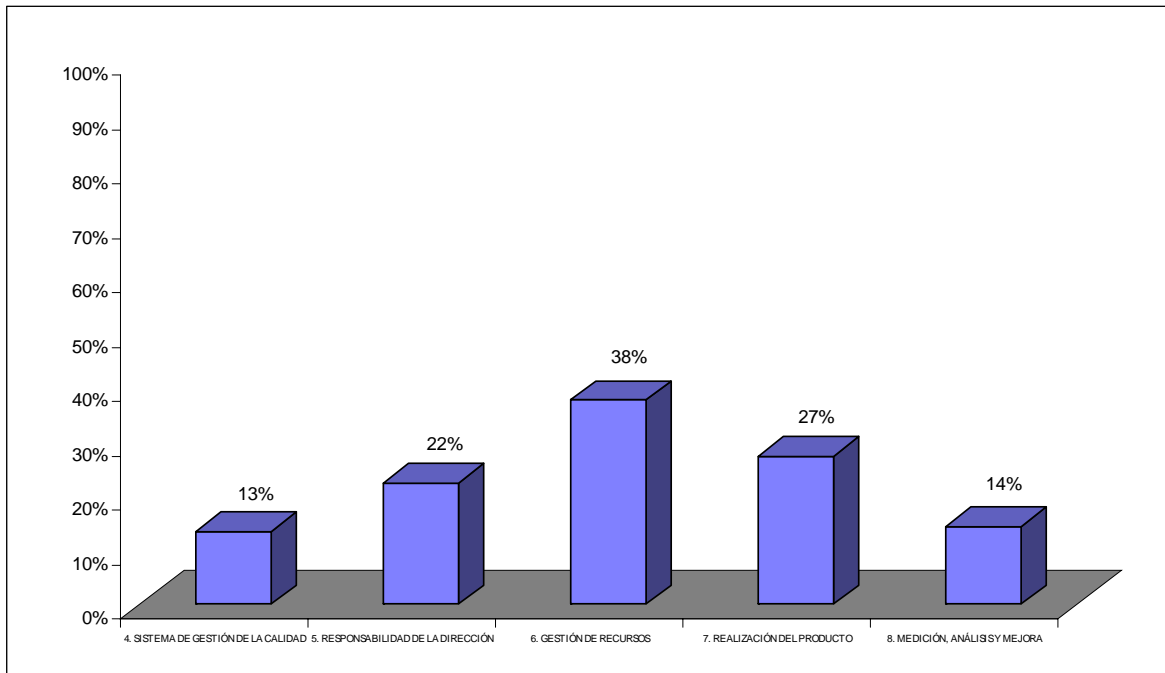
PLANTILLA DE DIAGNOSTICO	
INDICADORES	ESCALA DE VALORACION
1. De acuerdo al estado del avance del Sistema de Gestión de Calidad de la Organización, se asigna el numero 1 en la escala de valoración	0. No esta definido.
	1. Definido Informalmente, no se encuentra normalizado.
2. Cuando un elemento no aplique al SGC de la organización se identificara en la tabla como NA.	2. Se tiene documentado pero no esta normalizado.
	3. Se encuentra normalizado e implementado parcialmente.
	4. Se tiene implementado.
	5. Se evidencia mejoras del Requisito.

CAPITULO	NUMERAL	0	1	2	3	4	5	ACTIVIDAD	% REAL	% IDEAL	OBSERVACIÓN
7. REALIZACION DEL PRODUCTO	7.1 PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	1	1					33%	27%	100%	Existe evidencia de Planificación de la red de prestadores por parte de la Gerencia Medica. Planificación mediante la documentación existente.
	7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE	1	1					33%			Determinación de requisitos durante la afiliación del afiliado Planes de medicina prepagada: Plan Calidad – Plan Excelencia. Manual del Usuario Proceso de Seguimiento Postventa
	7.3 DISEÑO Y ESARROLLO							NA			REQUISITO EXCLUIDO
	7.4 COMPRAS 7.4.1 Proceso de compras	1	1								Por desarrollar
	7.4.2 Información de las compras	1	1					33%			Para la compra de Servicios de Salud los requisitos de compra se define en la minuta del contrato entre VIVIR S.A. y el Prestador. Por desarrollar para las demás compras
	7.4.3 Verificación de los	1	1								Verificación de los requisitos de compra de Servicios de Salud

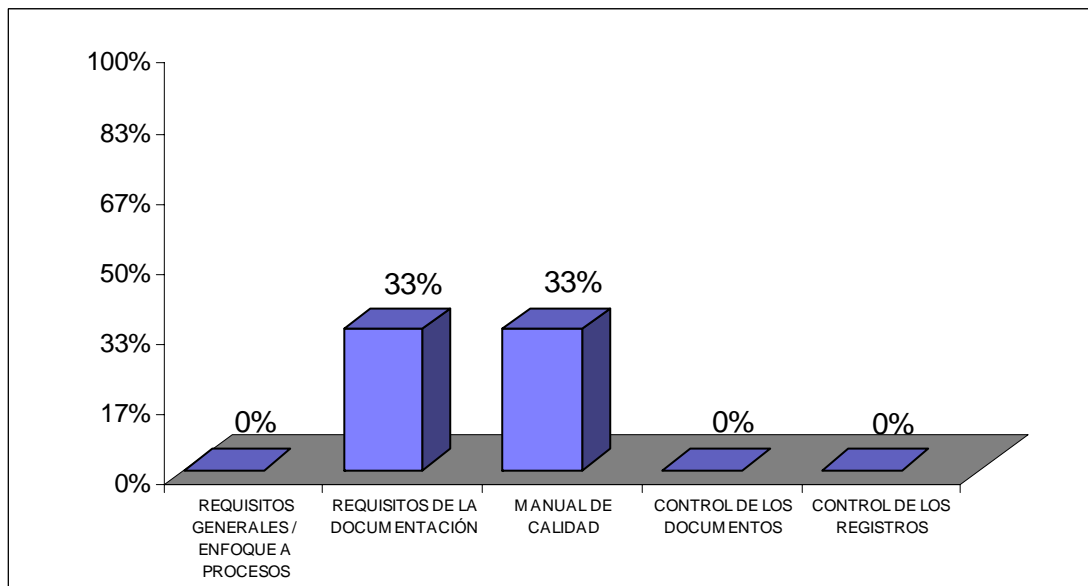
PLANTILLA DE DIAGNOSTICO	
INDICADORES	ESCALA DE VALORACION
1. De acuerdo al estado del avance del Sistema de Gestión de Calidad de la Organización, se asigna el numero 1 en la escala de valoración	0. No esta definido.
	1. Definido Informalmente, no se encuentra normalizado. 2. Se tiene documentado pero no esta normalizado.
2. Cuando un elemento no aplique al SGC de la organización se identificara en la tabla como NA.	3. Se encuentra normalizado e implementado parcialmente.
	4. Se tiene implementado.
	5. Se evidencia mejoras del Requisito.

CAPITULO	NUMERAL	0	1	2	3	4	5	ACTIVIDAD	% REAL	% IDEAL	OBSERVACIÓN
8 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	8.1 GENERALIDADES								14%	100%	
	8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN										
	8.2.1 Satisfacción del cliente	1	1					33%			Encuesta de Satisfacción del Usuario Manejo de Buzones de Sugerencias
	8.2.2 Auditoria interna							0%			Por desarrollar: Auditoria Interna de Calidad Manual de auditoria sobre la red de prestadores
	8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos	1	1					33%			Se manejan los indicadores requeridos por la Superintendencia Nacional de Salud en la Circular 030 de 2006, es necesario establecer los indicadores del Sistema de Gestión para cada uno de los procesos.
	8.2.4 Seguimiento y medición del producto							0%			Por desarrollar
	8.3 CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME							0%			Por desarrollar.
8.4		1	1					33%			Aplicación de encuestas de satisfacción

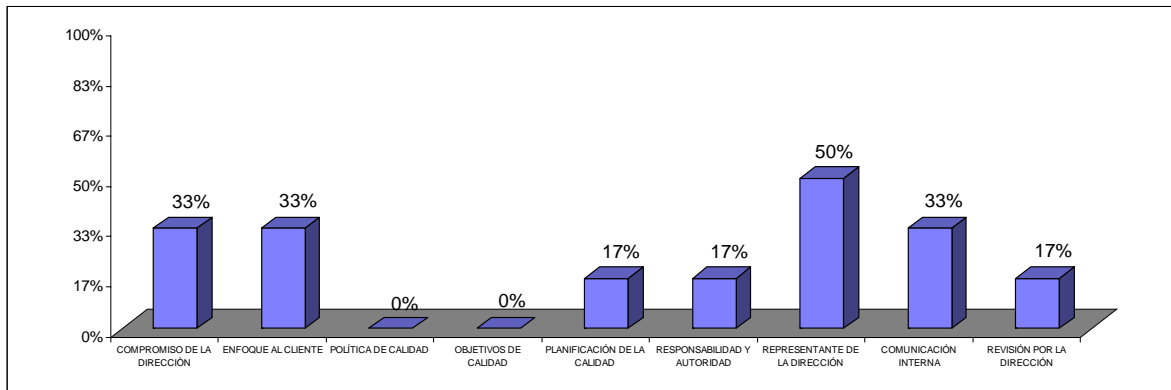
Porcentaje de cumplimiento actual frente a los requisitos de la NTC ISO 9001:2000



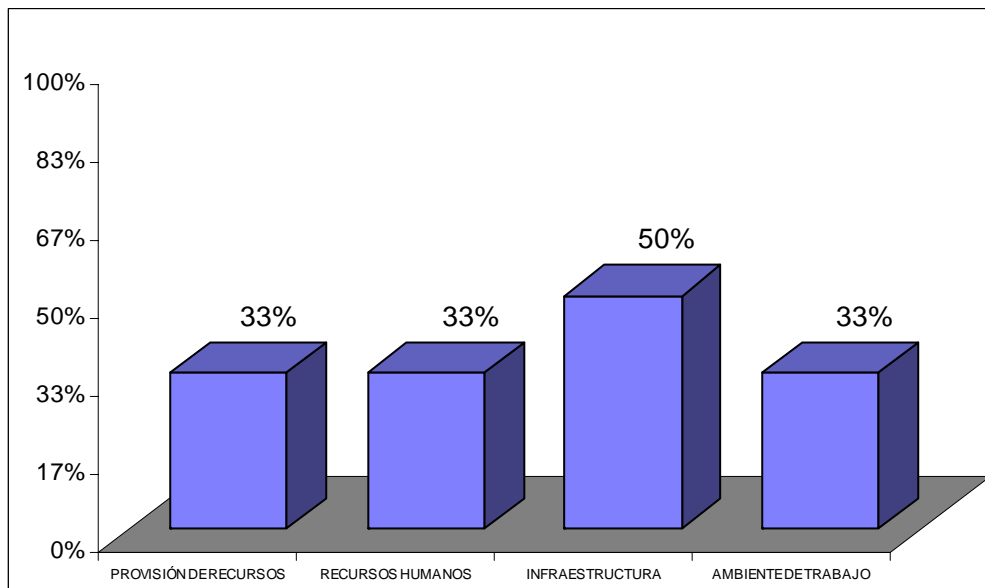
% de Cumplimiento capítulo 4 requisitos del SG



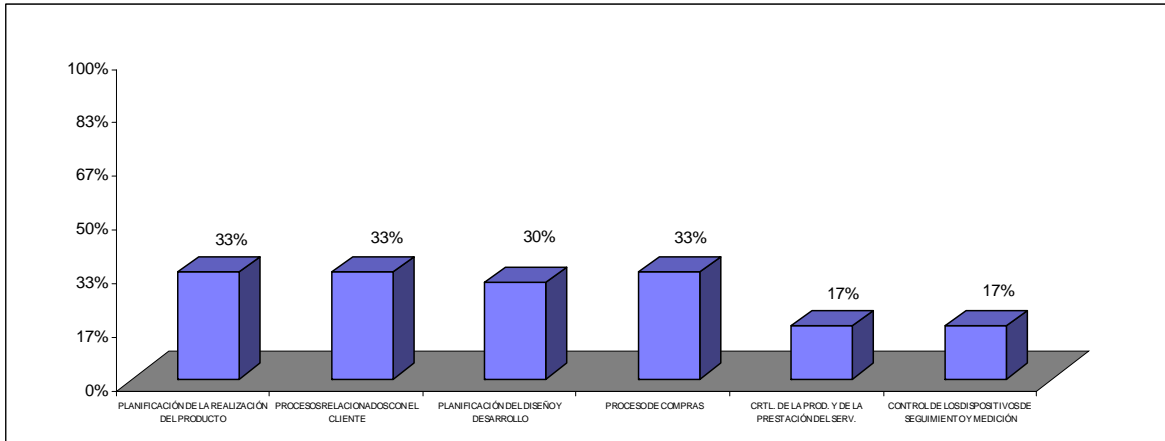
% de Cumplimiento capítulo 5 responsabilidad de la dirección



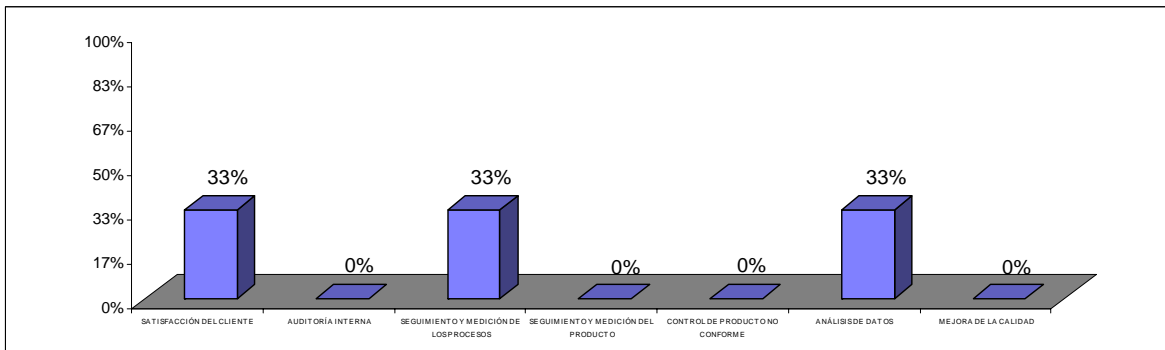
% de Cumplimiento capítulo 6 gestión de recursos



% de Cumplimiento capítulo 7 realización del producto



% de cumplimiento capítulo 8 Medición análisis y mejora



Anexo 2. Plan de Capacitación



**PLAN DE CAPACITACIÓN
F-TH-005
Versión 1**

DIA	MES	AÑO	TEMA CAPACITACION	DIRIGIDO A:	CAPACITADOR	INTENSIDAD HORARIA	FECHA REALIZADA			OBSERVACIONES	
							DIA	MES	AÑO		HORA
7	5	2007	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	PERSONAL VIVIR S.A.	ADRIANA MOROS	2 HORAS	7	5	2007	4:00 A 6.00 P.M.	SE CUMPLIO EL OBJETIO, SE ANEXA LISTADO DE ASISTECIA
8	5	2007	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	LIDERES DE PROCEOS	ADRIANA MOROS	2 HORAS	7	5	2007	4:00 A 6.00 P.M.	SE CUMPLIO EL OBJETIO, SE ANEXA LISTADO DE ASISTECIA
22	5	2007	SENSIBILIZACION PROCESOS	PERSONAL VIVIR S.A.	ADRIANA MOROS	2 HORAS	22	5	2007	4:00 A 6.00 P.M.	SE CUMPLIO EL OBJETIO, SE ANEXA LISTADO DE ASISTECIA
2	6	2007	EQUIPO Y PROCESOS	PERSONAL VIVIR S.A.	ING. LUIS EDUARDO	4 HORAS	2	6	2007	8:00 A 12:00 M.	SE CUMPLIO EL OBJETIO, SE ANEXA LISTADO DE ASISTECIA
29	6	2007	SOCIALIZACION PROCESOS	PERSONAL VIVIR S.A.	COORDINADORES DE PROCESOS	8 HORAS	29	6	2007	8:00-6:00 P.M.	NO FUE FUE POSIBLE QUE LA DRA. SANDRA MEDINA REALIZARA LA CAPACITAICON.POR TANTO LA REALIZA EL INGE. FELIPE MORALES.SE CUMPLIO EL OBJETIO, SE ANEXA LISTADO DE ASISTECIA
13	6	2007	CURSO AUDITORES INTERNOS	PERSONAL VIVIR S.A.	MARIA I. TOLOZA	10 HORAS	21	6	2007	7:00 A.M. A 12:00 Y DE 2:00 A 7:00 P.M.	SE REPROGRAMA PARA EL PROXIMO 21 DE JUNIO/07, TENIENDO EN CUENTA QUE EL CAPACITADOR NO PUEDE DESPLAZARSE EL 13/06/2007. SE CUMPLIO EL OBJETIO, SE ANEXA LISTADO DE ASISTECIA
14	6	2007	CURSO AUDITORES INTERNOS	PERSONAL VIVIR S.A.	MARIA I. TOLOZA	10 HORAS	22	6	2007	7:00 A.M. A 12:00 Y DE 2:00 A 7:00 P.M.	SE REPROGRAMA PARA EL PROXIMO 22 DE JUNIO/07, TENIENDO EN CUENTA QUE EL CAPACITADOR NO PUEDE DESPLAZARSE EL 14/06/2007. SE CUMPLIO EL OBJETIO, SE ANEXA LISTADO DE ASISTECIA
15	6	2007	CURSO AUDITORES INTERNOS	PERSONAL VIVIR S.A.	MARIA I. TOLOZA	4 HORAS	23	6	2007	8:00-12:00 M.	SE REPROGRAMA PARA EL PROXIMO 23 DE JUNIO/07, TENIENDO EN CUENTA QUE EL CAPACITADOR NO PUEDE DESPLAZARSE EL 15/06/2007. SE CUMPLIO EL OBJETIO, SE ANEXA LISTADO DE ASISTECIA
3	7	2007	IMPLEMENTACION ACCION CORRECTIVA Y PREVENTIVA	PERSONAL VIVIR S.A.	ING. BERTHA	2 HORAS	3	7	2007	5:00 A 7:00 P.M.	SE CUMPLIO EL OBJETIO, SE ANEXA LISTADO DE ASISTECIA
9	7	2007	SERVICIO NO CONFORME	PERSONAL VIVIR S.A.	ING. BERTHA	2 HORAS	9	7	2007	5:00 A 7:00 P.M.	SE CUMPLIO EL OBJETIO, SE ANEXA LISTADO DE ASISTECIA
14	12	2007	LIDERAZGO Y TRABAJO EN EQUIPO	PERSONAL VIVIR S.A.	ARP ISS	1 HORA	NA	NA	NA	NA	SE CANCELA Y SE REPROGRAMA EN EL 2008

Elaboro: Dra. Nelly Reyes
Director Administrativo

Reviso: Enf. Lida Xiomara Gomez
Director Garantia de Calidad

Aprobo: Dr. Reinaldo Moreno Bayona
Gerente General

Anexo 3. Procesos del Sistema de Gestión de Calidad de Vivir S.A.

PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD DE VIVIR S.A.				
TIPO DE PROCESO	NOMBRE DEL PROCESO	OBJETIVO DEL PROCESO	RESPONSABLE	REQUISITOS DE LA NORMA RESPONSABILIDAD DEL PROCESO
Gerencial	Gerencia Estratégica	Evidenciar el compromiso de la Dirección con el desarrollo, implementación y mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad, así como con la mejora continua de su eficacia.	Gerente General	5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN 5.2 ENFOQUE AL CLIENTE 5.3 POLÍTICA DE CALIDAD 5.4 PLANIFICACIÓN 5.4.1 Objetivos de Calidad 5.4.2 Planificación del Sistema de Gestión de Calidad 5.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN 5.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN 6. GESTION DE LOS RECURSOS 6.1 PROVISION DE LOS RECURSOS
Gerencial	Mejoramiento	1. Recolectar y analizar la información sobre satisfacción del afiliado, quejas de los afiliados y medición de la accesibilidad y oportunidad telefónica a médicos generales y especialistas. 2. Administrar los documentos y registros del sistema 3. Controlar la aplicación de acciones correctivas y preventivas y Servicios No Conformes.	Director Garantía de Calidad Coordinador de Calidad y Atención al Usuario (Sucursales)	4.2.3 Control de los Documentos 4.2.4 Control de los Registros 7.2.3 Comunicación con el Cliente 8.2.1 Satisfacción del Cliente 8.2.4 Seguimiento y medición del producto 8.3 CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME 8 5.1 Mejora continua 8.5.2 Acción Correctiva 8.5.3 Acción Preventiva
Misional	Contratación de Red	Mantener a disposición de los afiliados VIVIR una red de prestadores de servicios de salud con las mejores condiciones de calidad, accesibilidad y oportunidad a un costo razonable para VIVIR S.A. medicina prepagada.	Gerente Servicios de Salud	7.4 COMPRAS 7.4.1 Proceso de Compras 7.4.2 Información de las compras 7.4.3 Verificación de los servicios comprados

TIPO DE PROCESO	NOMBRE DEL PROCESO	OBJETIVO DEL PROCESO	RESPONSABLE	REQUISITOS DE LA NORMA RESPONSABILIDAD DEL PROCESO
Misional	Comercial	Promover y comercializar los planes de beneficios que ofrece la organización realizando una afiliación efectiva para los afiliados.	Gerente Comercial (Sede principal) - Director Comercial (Sucursales)	7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE 7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto. 7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto. 7.2.3 Comunicación con el Cliente 7.5.4 Propiedad del Cliente (control de la documentación soporte para la afiliación). 8.3 CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME
Misional	Administración de Planes de Beneficios	Administrar los planes de medicina prepagada asegurando la autorización de servicios de salud de acuerdo al contenido, cobertura, derecho de los planes contratados por el afiliado	Gerente de Servicios de Salud (Sede Principal) Coordinador de Calidad y Atención al Usuario (Sucursales)	7.1 PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO 7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE 7.2.3 Comunicación con el cliente 7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio 7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del producto 7.5.3 Identificación y trazabilidad 7.5.4 Propiedad del cliente 7.5.5 Preservación del producto (documentos soportes de cuenta médica). 8.2.4 Seguimiento y medición del producto 8.3 CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME

TIPO DE PROCESO	NOMBRE DEL PROCESO	OBJETIVO DEL PROCESO	RESPONSABLE	REQUISITOS DE LA NORMA RESPONSABILIDAD DEL PROCESO
Misional	Postventa	Establecer sólidos vínculos que nos permitan mantener relaciones a largo plazo con los afiliados.	Director de Postventa	7.2.3 Comunicación con el Cliente
Proceso de Apoyo	Financiero	Administrar los Recursos para mayor optimización y suministrar información oportuna , confiable y veraz para la toma de decisiones	Director Financiero (Sede principal) Asistente Administrativo (Sucursales)	6.1 Provisión de Recursos 7.5.1 control de la prestación del servicio (Facturación y recaudo de cartera) 8.3 CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME
Proceso de Apoyo	Talento Humano	Servir de apoyo y orientación en la implementación de condiciones de trabajo apropiadas que generen un ambiente de bienestar al personal que compone VIVIR S.A.	Director Administrativo	6.2. Recursos Humanos 6.2.1. Generalidades 6.2.2. Competencia, toma de conciencia y formación
Proceso de Apoyo	Sistemas de Información y Comunicaciones	Crear y mantener herramientas de almacenamiento y administración de información, comunicaciones y telecomunicaciones	Director de Sistemas	6.3. Infraestructura (equipos para los procesos tanto hardware como software).
Proceso de Apoyo	Compras	Administrar y satisfacer las necesidades y requerimientos del proceso, que asegure los suministros oportunos de materias primas y servicios de la compañía, necesarios para el desarrollo de las actividades.	Director Administrativo	7.4 COMPRAS 7.4.1 Proceso de compras 7.4.2 Información de las compras 6.3 INFRAESTRUCTURA

Proceso de Apoyo	AUDITORIA	Contribuir al mejoramiento continuo de VI VIR S.A. mediante la vigilancia, seguimiento y control del cumplimiento de los requisitos establecidos para la prestación del servicio, a través de la realización de auditorias internas de calidad, auditorias médicas y auditorias a la RED de prestadores.	Director Garantía de Calidad Gerente de Servicios de Salud Coordinador de Calidad y atención al Usuario (Sucursal)	7.5.1 Control en la producción y la prestación del servicio. 7.5.3 Identificación de la trazabilidad 7.5.4 Propiedad del Cliente 8.2.2 Auditoria Interna 8.2.4 Seguimiento y medición del producto.
------------------	-----------	--	--	---

**Anexo 4. Estructura para la Caracterización de Procesos
del SGC de Vivir S.A.**

ESTRUCTURA PARA LA CARACTERIZACION DE PROCESOS DEL SGC DE VIVIR S.A.					
PROCESO		LIDER DEL PROCESO		TIPO	
Nombre del proceso al que pertenece la caracterización como se encuentra definido en el mapa de proceso		Cargo del responsable del proceso		Tipo de Proceso (Gerencial Misional o de apoyo)	
OBJETIVO					
Objetivo del proceso					
PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES DEL PROCESO		SALIDAS	CLIENTE
Procesos o partes interesadas que suministras las entradas requeridas para la ejecución de las actividades del proceso	Información en los distintos medios	PLANEAR		Información producto del proceso	Procesos o partes interesadas que reciben el resultado de las actividades del proceso
		Actividades de planificación en el proceso			
		HACER			
		VERIFICAR			
		ACTUAR			
MECANISMO DE SEGUIMIENTO: Mecanismos establecidos por los líderes de proceso o por VIVIR S.A. para hacer seguimiento al proceso (Eje: cronogramas de actividades del proceso, Auditorias Internar, etc.)			MECANISMO DE MEDICIÓN: Indicadores de Gestión del proceso		
RECURSOS:			DOCUMENTOS:		
			REGISTROS:		
COLABORADORES:			REQUISITOS DE LEY: Reglamentación aplicable al proceso.		
REQUISITOS NTC-ISO 9001:2000 Requisitos Generales: Requisitos de la norma que deben ser cumplidos desde todos los procesos Requisitos Específicos: Requisitos que aplican específicamente al proceso.					

Anexo 5. Documentos Obligatorios Exigidos Por La Norma

A. CONTROL DE DOCUMENTOS

1. OBJETIVO

Establecer lineamientos para la elaboración y administración de los documentos del sistema de Gestión de la calidad de VIVIR S.A. Medicina Prepagada.

2. ALCANCE

Este procedimiento es aplicado a todos los documentos tanto internos como externos del sistema de Gestión de la calidad implementado en VIVIR S.A. Medicina Prepagada

3. DEFINICIONES

3.1 PROCEDIMIENTO

Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso (NTC-ISO-9000)

3.2 PROCESO

Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados (NTC-ISO-9000).

3.2 SGC

Sistema de Gestión de Calidad

4. RESPONSABLES

4.1 Director Garantía de Calidad: Es la persona encargada de verificar la conveniencia de los documentos del SGC de acuerdo a los procesos implementados y los lineamientos de la norma internacional ISO 9000. Así mismo es responsable por manejar el listado maestro de documentos del Sistema de Gestión de Calidad y prevenir el uso de documentos obsoletos o no establecidos por el Sistema de Gestión de Calidad en los procesos o áreas de la organización

4.2 Líderes de Proceso: Son responsables por realizar, revisar y aprobar los documentos del SGC de sus procesos a cargo y de manejarlos de acuerdo a lo establecido en este procedimiento.

4.3 Coordinador de Procesos: Encargados de apoyar a los responsables de procesos en la realización de documentos del SGC y apoyar al Director de Calidad en la publicación de los documentos del SGC, así mismo pueden apoyar a los jefes de área en la capacitación y uso de la documentación del Sistema de Gestión de Calidad.

5. DESARROLLO


El presente control de documentos se aplicara con total libertad en el desarrollo y emisión de manuales por VIVIR S.A.

5.1 Normalización

Los documentos del Sistema de Gestión de Calidad se encuentran normalizados de acuerdo a los siguientes aspectos:

5.1.1 Encabezado

Cada una de las páginas que hace parte de un manual, procedimiento o instructivo del sistema de gestión de calidad contiene el siguiente encabezado:

Logo de la empresa		Nombre y código del documento	
	CONTROL DE DOCUMENTOS		
	P-MJ-001		
Versión No. 01	Fecha Actualización: Mes Año		Página _ de _
Número de Revisión	Fecha de Revisión	Paginación	

Todos los documentos del sistema de calidad se codifican de la siguiente forma:

Planificaciones	PI-XX-###
Manuales	M-XX-###
Procedimientos	P-XX-###
Instructivos	I-XX-###
Guías	G-XX-###
Formatos	F-XX-###

M, P, I F: Describe el tipo de documento dependiendo si se trata de un Manual, Procedimiento, Instructivo, Guía o Formato.

XX: Corresponde a la sigla del proceso al que pertenece el documento, así:

CODIGO	PROCESO	CODIGO	PROCESO
GE	Gerencia Estratégica	FC	Financiero y Contable
MJ	Mejoramiento	TH	Talento Humano
CT	Contratación	SC	Sistemas de información y comunicaciones
CM	Comercial	CP	Compras
AP	Administración de Planes de Beneficios	AD	Auditoria
PV	Postventa		

###: Número consecutivo de tres dígitos

Para los formatos del sistema de Gestión de la calidad de VIVIR S.A. Medicina Prepagada, se conserva el siguiente encabezado que contiene el logo de la empresa, el título del formato, código y número de versión respectiva.



5.1.2 Pie de Página

En la primera página de un manual, procedimiento o instructivo, se presenta el siguiente pie de página.

ELABORADO POR: Nombre: _____ Firma: _____	REVISADO POR: Nombre: _____ Firma: _____	APROBADO POR: Nombre: _____ Firma: _____
---	--	--

Elaborado por: Indica el nombre y firma respectiva del responsable de documentar la actividad.

Revisado por: Indica el nombre y firma respectiva del responsable de revisar el contenido del documento antes de ser aprobado.

Aprobado por: Indica el nombre y firma respectiva del responsable de aprobar el contenido del documento.

5.1.3 Contenido del Documento

Los procedimientos documentados del Sistema de Gestión de Calidad relacionan los siguientes aspectos:

5.1.3.1 Objetivo

Define el propósito del documento de manera clara y concisa.

5.1.3.2 Alcance

Relaciona los procesos, actividades o funciones en las cuales tiene aplicación el documento e igualmente excepciones en los casos en que estas existan.

5.1.3.3 Definiciones

Relaciona los términos y su respectivo significado de acuerdo con las actividades documentadas, según se consideran necesarias para facilitar la aplicación y/o desarrollo de las mismas.

5.1.3.4 Responsables

Definición de los cargos que tienen responsabilidad en el desarrollo del procedimiento

5.1.3.5 Desarrollo

Se describen las diferentes actividades que hacen parte del procedimiento, se presentan en forma de flujograma, texto, cuadros, gráficos, según se considere conveniente.

5.1.3.6 Registros

Se listan los formatos normalizados implementados en las actividades.

5.1.3.7 Control de modificaciones

Se presenta el siguiente cuadro indicando el número de revisión del documento, fecha de actualización y breve descripción del cambio respectivo.

No. Revisión	Fecha de Actualización	Descripción del Cambio

5.2 Control de Documentos Internos

No. Actividad	Descripción de la Actividad	Responsable	Documento/ Registro
1	Identificar la necesidad de documentar la actividad.	Personal de la empresa	
2	Evaluar la necesidad de documentar la respectiva actividad.	Gerente General. Director Garantía de Calidad. Líderes de Proceso.	
3	¿Se aprueba la elaboración del documento? SI: Continúa actividad 4. NO: Informar al área respectiva.	Director Garantía de Calidad. Líderes de Proceso.	
4	Asignar código al documento de acuerdo al Listado Maestro de Documentos F-MJ-001.	Coordinador de Procesos	Listado Maestro de Documentos F-MJ-001
5	Elaborar o modificar el documento, teniendo en cuenta los requisitos de normalización establecidos en el capítulo 5.1 de este procedimiento.	Líderes de Proceso. Coordinador de Procesos	
6	Revisión del contenido y forma del documento.	Director Garantía de Calidad. Líderes de Proceso.	

7	<p>Aprobar el documento teniendo en cuenta las necesidades de la empresa, políticas, objetivos y los requisitos de calidad. Definir los cargos o áreas a las cuales se les va a distribuir el documento.</p> <p>¿Es aprobado el documento?</p> <p>SI: Continúa actividad 9.</p> <p>NO: Continúa actividad 8.</p>	<p>Líderes de Proceso. Director Garantía de Calidad.</p>	
8	<p>Coordinar los ajustes y modificaciones respectivas y presentar nuevamente a aprobación, Retoma actividad 7.</p>	<p>Coordinador de procesos</p>	
9	<p>Editar el documento y solicitar firma de elaboración y aprobación respectiva. Verificar fecha y número de versión y actualizar el listado maestro de documentos, F-MJ-001.</p> <p>¿Es copia controlada?</p> <p>SI: Continúa actividad 10.</p> <p>NO: Continúa actividad 13.</p>	<p>Director de Garantía de Calidad.</p>	<p>Listado Maestro de Documentos F- MJ-001</p>
10	<p>Identificar como copia controlada y distribuir.</p>	<p>Director de Garantía de Calidad.</p>	
11	<p>¿Se tienen versiones anteriores del documento a distribuir en los cargos o áreas?</p> <p>SI: Continúa actividad 12.</p> <p>NO: Continúa actividad 13.</p>	<p>Director de Garantía de Calidad.</p>	
12	<p>Recoger documentos obsoletos y reemplazar por la nueva versión. Destruir los documentos obsoletos que se encuentre en medio físico y mantener una copia en medio digital en la carpeta de documentos obsoletos del Sistema de Gestión de Calidad ubicada en el PC del Director de Garantía de Calidad.</p>	<p>Director de Garantía de Calidad. y/o Coordinador de Procesos</p>	
13	<p>Distribuir el documento actualizado, relacionando en el listado la persona a quien fue entregado el documento.</p>	<p>Director de Garantía de Calidad. y/o Coordinador de Procesos</p>	<p>Control de Distribuciones. F-MJ-009</p>

14	Socializar respecto al entendimiento, utilización y aplicación del documento.	Líderes de Proceso.	
15	Implementar las actividades de acuerdo a lo documentado.	Personal VIVIR S.A.	
16	Revisar el documento para asegurar que se mantiene actualizado en relación con las actividades descritas. ¿Se necesita Actualizar o hacer modificaciones al documento? SI: Continúa actividad 17. NO: Continúa actividad 21.	Líder de proceso responsable.	
17	Diligenciar el Formato Solicitud de Modificación o Actualización de Documentos. F-MJ-003”	Personal VIVIR S.A.	Formato Solicitud de Modificación o Actualización de Documentos. F-MJ-003
18	¿Es aprobada la solicitud? SI: Continúa actividad 19. NO: Informar al responsable del área solicitante y fin del procedimiento.	Director Garantía de Calidad. Líderes de Proceso.	
19	Realizar las modificaciones respectivas; retomar a partir de actividad.	Director Garantía de Calidad. Líderes de Proceso.	
20	Informar la decisión tomada.	Director Garantía de Calidad.	
21	Fin del Procedimiento.		

5.2.2 Documentos Externos

No Actividad	Descripción de la actividad	Responsable	Registro
1	Revisa periódicamente los documentos externos que afecten los servicios y/o procesos de VIVIR S.A. Medicina Prepagada tales como Leyes, decretos, circulares externas.	Lideres de Proceso	
2	Informa y envía listado de documentos externos requeridos en el proceso, a la Dirección Garantía de Calidad.	Lideres de Proceso	
3	Actualiza el listado maestro de documentos externos.	Coordinador de Procesos.	Listado maestro de documentos externos F-MJ-002
4	Determina, comunica e informa la existencia del documento al directo responsable de aplicarlo.	Líder de Proceso y/o Gerente General	Listado maestro de documentos externos F-MJ-002
5	Recepciona la información y aplica el documento a su proceso.	Líder de proceso responsable	
6	Fin del Procedimiento.		

6. REGISTROS

F-MJ-001. Listado maestro de documentos internos

F-MJ-002. Listado maestro de documentos externos

F-MJ-003. Formato Solicitud de Modificación o Actualización de Documentos.

F-MJ-009 .Control de Distribuciones.

7. CONTROL DE MODIFICACIONES

No. Versión	Fecha de Actualización	Descripción del Cambio
01	Enero de 2007	Emisión inicial
02	Julio de 2007	Cambio Colaborador de Procesos – Coordinador de Procesos.
03	Septiembre de 2007	Numeral 5.1.1 Se incluye la Guía como tipo documento dentro del SGC de VIVIR S.A. Modificación del numeral 5.1.3
04	Octubre de 2007	Se elimina la responsabilidad del Gerente General en la aprobación a los procedimientos documentados dentro del sistema de gestión de calidad. Se asigna la responsabilidad en la aprobación de los documentos del SGC a los líderes de proceso.
05	Febrero de 2008	Modificaciones de la actividad 12 y 14 respecto a la disposición de obsoletos, la responsabilidad de la actividad 8 corresponde al coordinador de procesos

B. CONTROL DE REGISTROS

1. OBJETIVO

Establecer los requisitos que se deben cumplir para el control que se ejerce sobre los registros del Sistema de Gestión de Calidad, para asegurar su identificación, recuperación, almacenamiento y protección, los tiempos de retención y su disposición final.

2. ALCANCE

Este procedimiento es aplicado a todos los registros del sistema de Gestión de la calidad implementado en VIVIR S.A. Medicina Prepagada

3. DEFINICIONES

3.1 Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas. (ISO 9000)

3.2 Formato para registro: Documento base que establece los campos a diligenciar como resultado de actividades a desempeñar.

3.3 Archivo Central: Archivo general de consulta en el cual se encuentran ubicados registros inactivos de todos los procesos de VIVIR S.A.

3.4 Archivo de gestión: Archivo propio de cada área o proceso para el almacenamiento de documentos y registros de consulta frecuente.

3.5 Archivo muerto: Archivo de disposición final de registros que cumplieron el tiempo de retención en el archivo central.

4. RESPONSABLES

4.1 Director Garantía de Calidad

Es la persona encargada de controlar la normalización de los formatos requeridos para evidenciar el SGC.

4.2 Líderes de Proceso

Son las personas encargadas de establecer los formatos para los registros necesarios en cada uno de sus procesos y de asegurar que se controle la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición final.

4.3 Auxiliar de Archivo

Responsable por custodiar, proteger y mantener actualizado el archivo central de la empresa.

5. DESARROLLO

5.1 Generalidades

El Control se aplica sobre los registros internos del Sistema de Gestión de Calidad generados por la implementación de los procedimientos y por las actividades propias de cada proceso, tales como formatos diligenciados, hojas de calculo, informes, hojas de vida, correspondencia enviada, contratos, capacitaciones, entre otros.

Los registros de calidad son diligenciados de tal manera que permitan su lectura y comprensión, evitando borrones, tachones o enmendaduras.

El control de registros aplica también para todos aquellos registros de origen externo tales como: cuentas médicas con sus respectivos soportes, correspondencia recibida, etc.

5.1.1 Identificación de los Registros

Para garantizar la identificación de los registros generados por las diferentes áreas de la organización, estos se archivan en carpetas legajadoras o en A-Z, identificados por temas, números de contrato, nombre de prestadores, etc.

5.1.2 Recuperación, Almacenamiento y Protección

VIVIR S.A. garantiza el almacenamiento adecuado de los registros manteniendo las áreas destinadas para el archivo de gestión, central y protegidos de agentes externos para evitar el deterioro.

Los registros, se archivan según se determine en cada dependencia, en A-Z o carpetas legajadoras, y se ubican en archivadores o estantes, a los cuales tiene acceso el personal autorizado de la organización que los requiera, cada dependencia se encarga que los registros sean debidamente protegidos contra la pérdida.

5.1.3 Tiempo de Conservación y Disposición

El tiempo de conservación de cada uno de los registros en los archivos de gestión y central aparecerá descrito en el Listado maestro de registros F-MJ-004.

Anualmente se realiza una revisión (Por parte de los líderes de proceso y/o colaboradores) de los registros para destruirlos o enviarlos al archivo central si así lo requieren, manteniendo de esta forma el archivo de gestión actualizado.

5.1.4 Legibilidad

- Para los registros diligenciados manualmente, es necesario tener en cuenta que su diligenciamiento debe ser en tinta y la caligrafía utilizada pueda ser leída fácilmente por los diferentes usuarios del registro.
- Cuando se reciban documentos vía fax en papel químico, se recomienda generar fotocopia para evitar que con el tiempo se pierda la legibilidad del registro.
- Evitar en lo posible el uso de fondos y marcaciones con resaltador oscuro en los documentos; en razón a que esta información al momento de ser escaneada se convierte en ilegible. Se recomienda subrayar la información que se considere relevante.

5.1.5 Registros en Medio Magnético

Para la protección de los registros magnéticos el responsable del registro genera copia de seguridad de acuerdo a lo definido en el procedimiento P-SC-002 del proceso de sistemas de información y comunicaciones.

5.2 MANEJO DE ARCHIVO

5.2.1 Manejo y Control del Archivo Central

Actividad No	Actividades	Responsable	Documento /Registro
1	Transfiere información (Carpetas, Libros, documentos, A-Z etcétera) que no sea utilizada en los archivos de gestión, al archivo central de la empresa.	Lideres de proceso y/o colaboradores	
2	Registra documentos que ingresan en el archivo central.	Auxiliar de archivo	Formato de entrada de documentos a archivo central. F-MJ-025
3	Identifica la carpeta, libro, documento, A-Z etcétera y archiva en el lugar correspondiente. Según marcación de los estantes.	Auxiliar de archivo	
ACTUALIZACIÓN PERMANENTE			
4	Actualiza el archivo central transfiriendo, documentos al archivo muerto que hayan perdido vigencia en el archivo central o no son utilizados por VIVIR.	Auxiliar de archivo	Relación de archivo muerto. F-MJ-022
5	Fin del Procedimiento		

5.2.2 Control del Préstamo de Archivos

Actividad No	Actividades	Responsable	Documento/Registro
1	Solicita documentos del archivo central.	Funcionarios VIVIR	
2	Registra el préstamo del archivo	Auxiliar de archivo	Control de préstamo de documentos a archivo central. F-MJ-023
3	Realiza control al archivo prestado respecto a devoluciones.	Auxiliar de archivo	Control de préstamo de documentos a archivo central. F-MJ-023
4	Fin del Procedimiento		

6. REGISTROS

F-MJ-004 Listado maestro de registros

F-MJ-019 Formato de entrada de documentos a archivo central

F-MJ-022 Relación de archivo muerto

F-MJ-023 Control de préstamos de documentos a archivo central

F-MJ-025 Formato de entrada de documentos a archivo central

7. CONTROL DE MODIFICACIONES

No. Versión	Fecha de Actualización	Descripción del Cambio
01	Enero de 2007	Emisión Inicial
02	Junio de 2007	Inicia el funcionamiento del archivo central, se incluyen los formatos F-MJ-025, F-MJ-022, F-MJ-023
03	Julio de 2007	Inclusión del formato F-MJ-024 Modificación del numeral 5.2.2
04	Noviembre de 2007	Se modifican los numerales 5.1 – 5.1.1 – 5.1.2 y 5.1.3
05	Diciembre de 2007	Se elimina la autorización de préstamos de documentos archivo central “F-MJ-024” por solicitud de la Gerencia de Servicios de Salud en Comité de Calidad Gerencia Estratégica y aprobación de la Dirección de Garantía de Calidad.

C. AUDITORIA INTERNA

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos para la realización de auditorias internas de calidad con el fin de determinar la conformidad en relación con los criterios de auditoria establecidos.

2. ALCANCE

Aplica para los procesos del Sistema de Gestión de Calidad de VIVIR S.A. medicina prepagada y abarca desde su programación hasta la generación del informe de auditoria.

3. DEFINICIONES

Auditoria: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoria y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoria.

Programa de la auditoria: Conjunto de una o más auditorias planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

Criterios de la auditoria: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencia.

Plan de auditoria: Descripción de las actividades y los detalles acordados en una auditoria

Evidencia de la auditoria: Registro, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoria y que son verificables.

Hallazgos de la auditoria: Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoria recopilada frente a los criterios de auditoria.

Conclusiones de la auditoria: Resultado de una auditoria que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoria y todos los hallazgos de la auditoria

Cliente de la auditoria: Organización o persona que solicita una auditoria.

Auditado: Organización que es auditada.

Auditor: Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoria.

Equipo auditor: Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoria.

No conformidad: Incumplimiento de un requisito.

Observación: Incumplimiento leve que no afecta la funcionalidad del SGC, ni la calidad del producto, ni es incumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2000.

Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

Acción Preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial detectada u otra situación potencialmente indeseable.

4. RESPONSABLES

Director Garantía de Calidad: Es responsable de asignar el auditor líder y realizar la programación de auditorías para VIVIR S.A. medicina prepagada.

Auditor Líder: Es el encargado de asignar las responsabilidades del equipo auditor, determinar su conformación, elaborar el plan de auditoría y entregar el informe final de auditoría.

Equipo auditor: Es el grupo encargado de realizar las actividades de auditoría asignadas por el auditor líder y de revisar la evidencia para la generación de hallazgos.

5. DESARROLLO

Condiciones Generales

- Perfil requerido para ser auditor:

Educación:	Mínimo: Título de formación secundaria. Ideal: Profesional en cualquier área.
Formación:	24 Horas de formación como auditor interno
Habilidades:	Comunicación asertiva, diplomacia, imparcialidad, de conducta ética.
Experiencia:	8 Horas como auditor observador 2 Horas Auditoría como auditor líder.

- Los auditores no pueden auditar su propio trabajo.

5.2 Criterios de la auditoría

Se evalúa los procedimientos y documentos establecidos respecto a:

- Desarrollo de la política y objetivos
- Son los suficientes y eficaces.
- Se encuentran actualizados frente a los cambios
- Asegura el cumplimiento de los requisitos de ISO 9001 y de los requisitos legales.

La Gerencia General de VIVIR puede solicitar la realización de una auditoría no programada para revisar la gestión de determinado proceso.

Las auditorías se planean teniendo en cuenta el área o proceso a auditar, aspectos críticos del proceso y resultados de auditorías anteriores: por lo menos una vez al año se realizan auditorías a todos los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad.

Actividad No	Descripción de la actividad	Responsable	Documento/ Registro
1	Establecer el programa de auditoria teniendo en cuenta los objetivos, alcance, responsabilidades y criterios de auditoria. Asignación del auditor líder.	Director garantía de calidad.	Programa de auditoria F-AD-001
2	Inicio de la auditoria; comprende las siguientes actividades: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Designación del líder del equipo auditor ✓ Define, alcance y objetivos de la auditoria ✓ Determinación de la disponibilidad del auditado. ✓ Selección del equipo auditor y establecer el contacto inicial con el auditado. 	Director garantía de calidad.	
3	Revisión de la documentación del sistema de gestión.	Auditor líder	
4	Preparación de las actividades de la auditoria in situ incluye: Preparación del plan de auditoria Asignación de tareas al equipo auditor Preparación de los documentos de trabajo (Lista de verificación)	Auditor líder	Plan de auditoria F-AD-002 Lista de verificación auditoria interna F-AD-003
5	Entrega al auditado del plan de auditoria para su ajuste y aprobación.	Auditor líder	
6	Ejecuta el plan de auditorias	Equipo auditor	
6.1	Realiza reunión de apertura con aquellos responsables para las funciones o procesos que se van a auditar. Teniendo en cuenta los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo y alcance de auditoria. • Criterios de auditoria • Agenda de auditoria • Metodología utilizada 	Auditor líder	
6.2	Realización de entrevistas, recopilación evidencia objetiva, a través de la revisión del cumplimiento de los criterios de auditoria, teniendo como base la lista de verificación. Registro de los hallazgos en la lista de verificación.	Equipo Auditor	Lista de verificación F-AD-003

Actividad No	Descripción de la actividad	Responsable	Documento/ Registro
6.3	Realización de la reunión de conclusiones con el equipo auditor. Revisa los hallazgos de la auditoria y determina las no conformidades encontradas. Identificación de las fortalezas, aspectos por mejorar y conclusiones de auditoria.	Equipo auditor	Informe de Auditoria "F-AD-004"
6.4	Realiza reunión de cierre de auditoria: Presentación hallazgos y conclusiones de la auditoria al auditado. Entrega de no conformidades encontradas.	Líder del equipo auditor	
7	Realiza el informe de auditoria y lo entrega cuatro días después de la auditoria al auditado.	Auditor Líder	Informe de Auditoria "F-AD-004"
8	Generación de acciones correctivas y preventivas de acuerdo al informe de auditoria, según lo definido en el procedimiento de acciones correctivas y preventivas P-MJ-007 El cierre de las no conformidades encontradas será realizado por el auditado y el auditor verificará la eficacia de las acciones tomadas.	Auditado	Acciones correctivas y preventivas F-MJ-016
9	Fin del procedimiento.		

6. REGISTROS

F-AD-001 Programa de auditorias
F-AD-002 Plan de auditoria
F-AD-003 Lista de verificación auditoria interna
F-AD-004 Informe de auditoria
F-MJ-016 Acciones Correctivas y Preventivas

7. CONTROL DE MODIFICACIONES

No Version	Fecha de actualización	Descripción del cambio
01	Mayo de 2007	Emisión inicial
02	Septiembre 2007	Modificación de la actividad 7

D. CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos para la identificación, manejo y control del servicio no conforme detectado en VIVIR S.A.

2. ALCANCE

Este procedimiento comprende la identificación del Servicio No Conforme, su tratamiento y seguimiento. Aplica a los servicios no conformes identificados en los Procesos: Comercial, Administración de Planes, Contratación de Red y Financiero.

3. DEFINICIONES

No conformidad (NTC: ISO 9000 Fundamentos y Vocabulario). Incumplimiento de un requisito (Criterios de calidad del servicio/proceso, requisitos del cliente, requisitos especificados en un documento, quejas de los usuarios, satisfacción del cliente, requisitos del sistema de gestión de la calidad, requisitos legales).

Corrección (NTC: ISO 9000 Fundamentos y Vocabulario). Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

Acción correctiva (NTC: ISO 9000 Fundamentos y Vocabulario). Acción tomada para eliminar la CAUSA de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

4. RESPONSABLES

- **Funcionarios VIVIR:** Son los responsables de identificar y reportar los servicios no conformes que se presenten en cada uno de los procesos: comercial, administración de planes, Contratación de Red y financiero. Además, en los casos en que sea posible ofrecer un tratamiento inmediato al servicio no conforme, son los responsables de dejar evidencia del mismo.
- **Líderes de Procesos:** Son los responsables de hacer seguimiento al tratamiento dado a los servicios no conformes, analizar su impacto, verificar el incumplimiento a requisitos, detectar las no conformidades y tomar las respectivas acciones correctivas, y generar informes de los Servicios no Conformes identificados en su proceso.
- **Director Garantía de Calidad:** Es responsable de consolidar y hacer seguimiento a los servicios no conformes detectados en VIVIR S.A.

- **Coordinador de Calidad y Atención al usuario:** Es responsable de consolidar y hacer seguimiento a los servicios no conformes detectados en la sucursal.

5. DESARROLLO

Condiciones Generales

VIVIR S.A. ha identificado dentro de cada uno de los procedimientos que forman parte de los procesos de Administración de Planes, Contratación de Red, Comercial y Financiero, el tratamiento, los controles y la responsabilidad en el manejo de los servicios no conformes.

Procedimiento

No Actividad	Descripción de la actividad	Responsable	Documento/ Registro
1	<p>Identificación y descripción del Servicio No Conforme Una vez el servicio no conforme es detectado por un funcionario de VIVR S.A. Se diligencia el formato Servicio no conforme F-MJ-021, registrando: fecha en la que fue detectado y la descripción detallada del servicio no conforme.</p>	Funcionarios VIVIR.	Servicio No Conforme F-MJ-021
2	<p>Tratamiento del Servicio No Conforme. El funcionario que detecte el Servicio No Conforme da tratamiento, conforme a lo establecido en los cuadros control de Servicio No Conforme, definidos en el Manual de Administración de planes M-AP-001, el Procedimiento de Administración de la venta P-CM-004 en el proceso Comercial, la Guía de Controles de proceso Financiero, y el procedimiento General de Contratación de Red P-CT-001.</p> <p>El responsable de dar tratamiento al servicio no conforme se asegura que las condiciones que generaron la no conformidad sean controladas en forma tal que no se preste a otro usuario el servicio en esas condiciones, mientras se toman las acciones correctivas necesarias.</p> <p>Registrar en el formato Servicio no Conforme F-MJ-021 el tratamiento dado.</p>	Funcionarios VIVIR.	Servicio No Conforme F-MJ-021

3	<p>Reportar el servicio no conforme Reportar al líder de proceso la ocurrencia de un servicio no conforme, enviando el formato Servicio No Conforme, registrando el tratamiento dado, para que se analice y se Informe a los responsables de otras áreas que pudieran ser afectadas.</p>	Funcionarios VIVIR.	Servicio No Conforme F-MJ-021
4	<p>Verificación de las disposiciones El líder de proceso revisa los servicios no conformes detectados y el tratamiento dado; teniendo como referencia los cuadros Control de Servicio No Conformes, relacionados en los procedimientos definidos en el alcance:</p> <p>verifica el servicio antes y después de su disposición, registrando siempre el resultado de la verificación</p> <p>Determina el impacto del servicio no conforme la importancia de la tendencia que podría llegar a tener, así mismo analiza la información para tomar Acciones Correctivas y/o Acciones Preventivas, según sea el caso.</p> <p>Registrar la descripción del servicio no conforme, el tratamiento dado, los resultados de la verificación y análisis en el formato Control de Servicio No Conforme F-MJ-012,</p>	Líder de Proceso	Control de Servicio No Conforme F-MJ-012
5	<p>Solicitud de acción correctiva Diligenciar formato Acción Correctiva y Preventiva F-MJ-016 y seguir el procedimiento acciones correctivas y preventivas, si es necesario.</p>	Líder de proceso	Formato Acciones Correctivas y Preventivas F-MJ-016
6	<p>Generar informes de servicios no conformes de cada uno de los procesos a la Dirección de Calidad para su análisis en el Comité de Calidad Gerencia Estratégica</p>	Líder de proceso	Control de Servicio No Conforme F-MJ-012
7	<p>Consolidar los servicios No conformes reportados</p>	Director Garantía de Calidad Coordinador de Calidad y Atención al usuario (Sucursal)	Seguimiento a Servicios No conformes F-MJ-027
8	<p>Fin del procedimiento.</p>		

6. REGISTROS

F-MJ-012 Formato Control de Servicio no Conforme.

F-MJ-016 Acciones Correctivas y Preventivas.

F-MJ-021 Servicio no Conforme

F-MJ-027 Seguimiento a Servicios no Conformes

7. CONTROL DE MODIFICACIONES

No. Versión	Fecha de Actualización	Descripción del Cambio
01	Mayo de 2007	Emisión inicial
02	Septiembre de 2007	Modificación de la actividad 2 "Inclusión de detección de servicio no conforme en el procedimiento de accesibilidad y oportunidad
03	Noviembre de 2007	Se incluye manejo de servicios no conformes en el proceso de contratación de Red. Se excluye tratamiento de servicios no conforme en el proceso de mejoramiento.
04	Noviembre de 2007	Se incluye el formato F-MJ-027 Seguimiento a Servicios no conformes
05	Febrero de 2008	Se incluyen las responsabilidades del Director Garantía de Calidad y el Coordinador de Calidad y Atención al Usuario. Se modifica la actividad 1. Identificación y descripción de Servicio No Conforme.

E. ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

1. OBJETIVO

Establecer los parámetros a seguir para eliminar las causas de no conformidades mediante la implementación de acciones correctivas con el objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir; de la misma forma se delinearán los pasos a seguir para la implementación de acciones preventivas tendientes a erradicar las posibles causas de potenciales no conformidades en VIVIR S.A.

2. ALCANCE

Este procedimiento es aplicable a todas las áreas y/o procesos identificados en el Sistema de Gestión de Calidad de la empresa y a todas las no conformidades o potenciales no conformidades detectadas.

3. DEFINICIONES

No conformidad: Incumplimiento de un requisito.

Corrección: Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

Acción correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

Acción preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial detectada o otra situación potencialmente indeseable.

4. RESPONSABLES

Personal VIVIR S.A.: Personas encargadas de identificar el hallazgo.

Auditor: Es la persona encargada de identificar el hallazgo durante la ejecución de las auditorias.

Líder de Proceso: Es la persona encargada de:

- Verificar el hallazgo, identificar y registrar el tipo de acción genera, generar el número de acción correctiva o preventiva respectivo.
- Analizar con los involucrados la causa de la no conformidad o potencial no conformidad y desarrollar las acciones correctivas o preventivas.

5. DESARROLLO

5.1. Condiciones Generales:

Toda acción correctiva y preventiva debe estar cerrada previa verificación de la eficacia.

5.2. Procedimiento

No Actividad	Descripción de la Actividad	Responsable	Documento / Registro
1	Identifica el hallazgo (no conformidad o potenciales no conformidades). Las posibles fuentes de no conformidades pueden ser: <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de registros • Quejas de los clientes • Análisis de datos • Comités • Auditorías Internas de Calidad • Auditorías de Calidad a la Red de prestadores • Auditorías Externas • Otras 	Personal VIVIR S.A. Auditor.	Acciones correctivas y preventivas. F-MJ-016.
2	Verifica el hallazgo e identifica si se trata de no conformidades ó potenciales no conformidades, genera el número de acción correctiva o preventiva respectivo. Genera una numeración por proceso.	Líder de Proceso.	Acciones correctivas y preventivas. F-MJ-016.
3	Descripción de la no conformidad o potencial no conformidad y determinación del requisito que incumple, ya sea legal, de la norma ISO 9001 ó interno.	Auditor. Líder de Proceso.	Acciones correctivas y preventivas. F-MJ-016.
4	La acción a tomar es correctiva? SI: Corrige inmediatamente la no conformidad y deja registro de la corrección en el campo "corrección", pasa actividad 5. NO: Pasa actividad 5.	Líder de Proceso.	Acciones correctivas y preventivas. F-MJ-016.
5	Análisis e identificación de las posibles causas generadoras de la no conformidad ó potenciales no conformidades, aplicando la metodología del diagrama causa efecto. Determina la causa raíz. (El líder de proceso determinara los participantes en esta actividad)	Líder de Proceso. Participantes designados.	Acciones correctivas y preventivas. F-MJ-016.
6	Evalúa la situación y determina el plan de acción a ejecutar. Registra la descripción de la acción a realizar, el responsable y la fecha programada para su realización. (El líder de proceso determinara los participantes en esta actividad) Envía copia a la Dirección de Garantía de Calidad.	Líder de Proceso. Participantes designados.	Acciones correctivas y preventivas. F-MJ-016.
7	Ejecuta las acciones preventivas y/o correctivas tomadas, dentro de las fechas planificadas.	Responsable establecido en el plan de acción.	Acciones correctivas y preventivas. F-MJ-016.

8	Determina el seguimiento al plan de acción. Define y registra la acción a verificar y el responsable de la verificación. (El líder de proceso determinara los participantes en esta actividad)	Líder de Proceso. Participantes designados.	Acciones correctivas y preventivas. F-MJ-016.
9	Ejecuta el seguimiento a las acciones preventivas y/o correctivas tomadas, determina el estado de implementación de las acciones tomadas.	Responsable establecido en el seguimiento al plan acción.	Acciones correctivas y preventivas. F-MJ-016.
10	Genera las conclusiones y revisa la eficacia de las acciones implementadas (registra si se elimino la no conformidad ó potencial no conformidad, además de las observaciones pertinentes).	Líder de Proceso. Responsable establecido en el seguimiento al plan acción.	Acciones correctivas y preventivas. F-MJ-016.
11	Realiza y registra el cierre de la acción sustentado en el análisis de las conclusiones y revisión de la eficacia de las acciones implementadas.	Líder de Proceso.	Acciones correctivas y preventivas. F-MJ-016.
12	Genera en el control de acciones correctivas y preventivas la evolución de la acción. De acuerdo a las fechas de ejecución de cada una de las actividades.	Líder de Proceso.	Control de acciones correctivas y preventivas. F-MJ-018.
14	A partir de la información suministrada por cada uno de los líderes de proceso en sus respectivos controles de acción; generar el control general de acciones correctivas y preventivas.	Coordinador de Procesos. / Coordinador Garantía de Calidad.	Control General de Acciones Correctivas y Preventivas. F-MJ-026.
13	Fin del procedimiento.		

7. REGISTROS

F-MJ-016. Acciones correctivas y preventivas.

F-MJ-018. Control de acciones correctivas y preventivas.

F-MJ-026. Control General de Acciones Correctivas y Preventivas.

8. CONTROL DE MODIFICACIONES

No. Versión	Fecha de Actualización	Descripción del Cambio
01	Mayo de 2007	Emisión inicial
02	Julio de 2007	Modificación, eliminación e inclusión de actividades.
03	Agosto de 2007	Modificación en la actividad 12.
04	Noviembre de 2007	Modificación en las actividades 8 y 9.
05	Noviembre de 2007	Modificación numeral 14, inclusión del control general de acciones correctivas y preventivas.
06	Diciembre de 2007	Eliminación del envío de la copia a la Dirección Garantía de Calidad del control de las acciones correctivas y/o preventivas del proceso. Inclusión del envío de copia de la acción correctiva y/o preventiva a la Dirección Garantía de Calidad, Actividad 6.

Anexo 6. Documentación del SGC de Vivir S.A.

DOCUMENTACIÓN DEL SGC DE VIVIR S.A.				
Proceso	Código del Documento	Nombre del Documento	Centralizado en sede Principal	
			Si	No
GERENCIALES				
Gerencia Estratégica	P - GE -001	Revisión por la Dirección	✓	
Mejoramiento	P - MJ - 001	Control de documentos	✓	
	P - MJ - 002	Control de registros	✓	
	P - MJ - 003	Procedimiento manejo de quejas, sugerencias y felicitaciones		✓
	P - MJ - 004	Manejo de la oportunidad y accesibilidad telefónica		✓
	P - MJ - 005	Procedimiento manejo de encuestas de satisfacción		✓
	P - MJ - 006	Procedimiento control de servicio no conforme		✓
	P - MJ - 007	Procedimiento acciones correctivas y preventivas		✓
MISIONALES				
Contratación de Red	P - CT - 001	Procedimiento General de Contratación	✓	
	M - CT - 001	Manual del prestador	✓	
Administración de Planes de Beneficios	M - AP - 001	Manual de Administración de Planes		
		• Autorizaciones de Servicios Médicos		✓
		• Autorización de reembolsos	✓	
		• Manejo de línea VIVIR 01-8000	✓	
	I - AP - 001	Instructivo Revisión Integral de Cuentas Medicas	✓	
Comercial	P - CM - 001	Afiliación e Inclusión de Afiliados		✓
	P - CM - 002	Cancelaciones y Exclusiones de Contrato		✓
	P - CM - 003	Renovaciones de Contrato		✓
	P - CM - 004	Administración de la Venta		✓
	M - CM - 001	Manual del Usuario		✓
Postventa	P - PV - 001	Procedimiento de Fidelización	✓	
	P - PV - 002	Seguimiento a Cancelaciones y Exclusiones	✓	
	P - PV - 003	Procedimiento Seguimiento y Control de Servicios no Autorizados	✓	
PROCESOS DE APOYO				
Financiero	P - FC - 001.	Manejo de Cartera.		✓
	P - FC - 002	Manejo de Recaudos.		✓
	P - FC - 003	Procedimiento para Emisión de Conceptos Financieros.		✓
Talento Humano	P - TH - 001	Procedimiento de talento humano	✓	
	P - TH - 002	Procedimiento de capacitaciones	✓	


	I - TH - 001	Instructivo de evaluación de desempeño	✓	
Sistemas de Información y comunicaciones	P – SC - 001	Mantenimiento del sistema de información	✓	
	P – SC - 002	Procedimiento mantenimiento correctivo a equipos de información y comunicaciones informáticas.	✓	
	P – SC - 003	Administración de base de datos	✓	
Compras	P – CP - 001	Procedimiento de Compras	✓	
Auditoria	P – AD - 001	Auditorias internas	✓	
	P – AD - 003	Auditorias de calidad a la red de prestadores		✓
	P – AD - 002	Auditoria médica intra-hospitalaria	✓	

Anexo 7. Socialización y Capacitación



LISTADO DE ASISTENCIA DE CAPACITACIÓN
F-TH-006
Versión 1

NOMBRE DE LA CAPACITACION	DIRECCION/A TIEN TO ESTRATEGICO	DURACION	
CAPACITADOR		FECHA	
NOMBRES Y APELLIDOS		FIRMA	
Julián Mauricio Ortega Trujillo			
Esperanza Martínez			
Clara I. Procto E.			
Monica Johana Romero Silva			
María Nely Hernández L			
Olivia Nely Deyz			
Marlon Nevado Ruiz			
Erica Peralta de Castro Dier			
Kancy Jacqueline Claudy Breda			
Xiomara Anghela Villamizar			
Janette Colmenares Vera			
Claudia Patricia Niño V.			
GERMAN E ORTEGA C			
Luz Norma Chaparro			
Judith Feijme R			
JANEY BENAVIDES A			
Yolba Jean Pizarro C.			
Ronaldita Ortiz P			
Vicente Caserio Mercedes			

		EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN F-TH-007 Versión 1	
NOMBRE	MARIA ISABEL TOLOSA SARACHE	FECHA	Julio 6 de 2007
TEMA	Curso de auditor interno de calidad		
EVALUADO POR:	María Isabel Tolosa Sarache (CONCALIDAD LTDA.)		
INFORME DE CAPACITACIÓN			
<p>El pasado 21, 22 y 23 de Junio de 2007 se realizó el curso de auditor interno cuyo objetivo era dar a conocer los conceptos para la realización de las auditorías internas de calidad bajo los lineamientos de las normas NTC-ISO-9001:2000 y NTC 19.011:2002. Suministrando planteamientos teóricos del tema, y del conferencista, con talleres y prácticas sobre los diferentes temas del curso, para ayudar a una mejor comprensión de los mismos.</p> <p>El contenido de la formación fue la siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introducción a la calidad • Familia de normas ISO 9000 • Principios de un sistema de calidad <ul style="list-style-type: none"> • El ciclo PHVA <ul style="list-style-type: none"> • La norma NTC-ISO 9001:2000 y Talleres Teórico-Prácticos de interpretación • La norma NTC-ISO 19011:2002 Definiciones de auditoría, principios de la auditoría, proceso de la auditoría. Se consideró el procedimiento de Auditorías Internas de VIVIR S.A. (documento P-AD-01). <p>Talleres Teórico-Prácticos Evaluación</p> <p>Al finalizar el curso CONCALIDAD LTDA aplicó una evaluación a los participantes y entregó un certificado de aprobación a quienes obtuvieron una calificación mínima de 70 puntos, de lo contrario se entregó una constancia de asistencia.</p> <p>A continuación se presentan los resultados de la evaluación:</p>			
NOMBRE FUNCIONARIO		RESULTADO	
REINALDO MORENO BAYONA		ASISTIO	
MARLON ACEVEDO RUIZ		APROBO	
EDDY JOHANNA RAMIREZ		APROBO	
YODUIN RIAÑO CARREÑO		APROBO	
LIDA XÍOMARA GOMEZ ALMEIDA		APROBO	
SYDNEY BENAVIDES ANGARITA		APROBO	
LUIS FELIPE MORALES PINEDA		APROBO	
JUDITH JAIMES		APROBO	
JULIAN MAURICIO ORTEGA		APROBO	
RUBEN DARIO RUEDA		ASISTIO	
VICENTE CASTILLO MADERO		APROBO	



EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN
F-TH-007
Versión 1

MARLON ACEVEDO RUIZ	APROBO
EDDY JOHANNA RAMIREZ	APROBO
YODUIN RIAÑO CARREÑO	APROBO
LIDA XIOMARA GOMEZ ALMEIDA	APROBO
SYDNEY BENAVIDES ANGARITA	APROBO
LUIS FELIPE MORALES PINEDA	APROBO
JUDITH JAIMES	APROBO
JULIAN MAURICIO ORTEGA	APROBO
RUBEN DARIO RUEDA	ASISTIO
VICENTE CASTILLO MADERO	APROBO

La formación permitió desarrollar las habilidades y las competencia del personal de VIVIR S.A. para llevar a cabo las auditorias internas, mediante el conocimiento de los lineamientos para la realización de las mismas con el fin de determinar la conformidad en relación con los criterios establecidos.

Maria Isabel Tolosa
Movil: (310) 2552655
comercial@concalidad.com



LISTADO DE ASISTENCIA DE CAPACITACIÓN
F-TH-006
Versión 1

NOMBRE DE LA CAPACITACION	Sensibilización Procesos VIVIR S.A.	DURACION	2 Horas
CAPACITADOR	Adriana Moros	FECHA	Mayo 22/07
NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA		
Julián Mauricio Ortega Trujillo			
Yolanda Nelly Paz Trujillo			
Juan Carlos Jaimez Balleza			
Joselin Leon Rivas Carera			
Julio Ant. Rueda Forero			
SANDY BENAVIDES ANGARITA			
Maria Neicy Hernández Luna			
Clara Izis Prody E			
Monica Johana Romero Silva			
Xiomara Ardila Villamizar			
Jeaneth Cosmenans Tejo			
Marcy Jacqueline Hernández Srios			
Eda Eala Decato Diaz			
José Mainz Chaparro			
Ribeiro Jairo Pineda E			
Jenny Patricia Pabón Miranda			
Lida Xiomara Gómez A.			
Claudia Rocio Niño Villamizar			
GERMÁN ORTEGA C			
VICENTE MATEO			
Oscar Harrozo Tolosa Esteban			



EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN
F-TH-007
Versión 1

NOMBRE	PERSONAL VIVIR MEDICINA PREPAGADA S.A.	FECHA	22 DE MAYO DE 2007
---------------	--	--------------	--------------------

TEMA	SENSIBILIZACION GESTION POR PROCESOS		
-------------	--------------------------------------	--	--

EVALUADO POR:	ADRIANA LUCIA MOROS LEON – CONCALIDAD LTDA		
----------------------	--	--	--

INFORME DE CAPACITACIÓN

SE EXPLICO LA GESTION POR PROCESOS Y LOS DIFERENTES TIPOS DE PROCESOS QUE EXISTEN EN VIVIR MEDICINA PREPAGADA S.A.
SE SOCIALIZO EL MAPA DE PROCESOS QUE CONFORMAN EL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD DE LA EMPRESA.
SE REALIZO UN TALLER DE APLICACIÓN DE CONCEPTOS EN EL CUAL APLICARON LA GESTION POR PROCESOS Y ESTE EVIDENCIA QUE EL PERSONAL CAPACITADO ENTIENDE EL TEMA PRESENTADO.
LA CAPACITACION FUE EFICAZ



LISTADO DE ASISTENCIA DE CAPACITACIÓN
F-TH-006
Versión 1

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN	DURACIÓN
Sensibilización por medio de	2 horas
CAPACITADOR	FECHA
Dr. Adonis Rojas	febrero 2012
NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
Jaqueline Colmenares Vero	
Alexandra Roldán Bertha	
Simey Benavides	
Elsa Alexandra Estévez Hernández	
Clouda Patricia Wira Villanar	
Julio A. Buedi Fera	
Germán Ordaz C	
Roberto Juan Ríos C	
Luz Marina Chaparro	
Monica J. Romero Silva	
Luis Francisco Ramirez V.	
Delizán Mauricio Ortega Trujillo	
Harlan Acaredo Ruiz	
Amalia Acuña	
Marta Nely Hdez Luna	
Esperanza Martínez	
Adriana Ruiz	
Vergara Casilla	
Kevin Rueda	
Amara Nely Reyes	



EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN
F-TH-007
Versión 1

NOMBRE	PERSONAL DE VIVIR – SEDE BUCARAMANGA VER LISTADO DE ASISTENCIA	FECHA	11 DE FEBRERO DE 2008
---------------	---	--------------	-----------------------

TEMA	SENSIBILIZACION CERTIFICACION ISO DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		
-------------	---	--	--

EVALUADO POR:	ING. ADRIANA LUCIA MOROS LEON		
----------------------	-------------------------------	--	--

INFORME DE CAPACITACIÓN

SE REALIZO CAPACITACION DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO DE LA ORGANIZACIÓN, INCLUYENDO MISION, VISION, POLITICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD.
SE DESARROLLO EL TALLER DEL CAMINO A LA MEJORA EN DONDE SE CONFORMARON DOS EQUIPOS EN LOS CUALES SE REALIZARON PREGUNTAS SOBRE EL TEMA TRATADO DURANTE LA CAPACITACION Y DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO DE VIVIR MEDICINA PREPAGADA. EL GRUPO EVIDENCIO DURANTE LA APLICACIÓN DEL TALLER EL CONOCIMIENTO ADQUIRIDO EN LA CAPACITACION.
LA PARTICIPACION DE LOS GRUPOS FUE ACTIVA Y SE EVIDENCIO EL COMPROMISO CON EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD.
CAPACITACION EFICAZ.

Adriana Lucia Moros Leon

Anexo 8. Programa de Auditorias

Anexo 9. Planes de Auditoria



PLAN DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD
F-AD-002
Versión 1

Fecha	Julio 18/07.		
Objetivo	Verificar la implementación de los procedimientos documentados y la gestión por procesos en VIVIR.		
Alcance del plan	Aplica a los procesos de Mejoramiento, Administración de Planes y Talento Humano.		
Criterios de la auditoria	Requisitos de la Norma ISO 9001:2000, Procedimientos Documentados a los procesos.		
Auditor lider	Ing. Bertha García		
Equipo auditor	Dr. Germaen Ortega, Dr. Ruben Rueda, Sr. Lida X. Gomez, Nelly Reyes, Marlon Acosta		
Reunión de apertura	Reunión de Conclusiones	Reunión de cierre	Informe final
Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
Hora	Hora	Hora	Hora

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Proceso	Auditado	Auditor	Fecha			hora	
			dd	mm	aa	Inicial	Final
Mejoramiento	Jefe Lida X. Gomez	Germaen O. Ruben R.	24	07	07	2:00pm	4:00pm
Administración de Planes	Marlon Acosta y Colaboradores	Jefe Lida Nelly Reyes	26	07	07	8:00am	10:00pm
Talento Humano	Nelly Reyes	Juan G. Gomez Marlon Acosta	26	07	07	2:00pm	4:00pm

Observaciones	
Elaborado por:	Firmas de aprobación Auditado (s):



PLAN DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD
F-AD-002
Versión 1

Fecha Julio 24 de 2007

Objetivo: Realizar Auditorías Internas a a los Procesos Comercial, Financiero y de Contratación, con el propósito de verificar la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en Vivir S.A

Alcance del plan : Proceso Comercial, Financiero y de Contratación de red

Criterios de la auditoria: Requisitos de la Norma ISO 9001:2000 y Procedimientos documentados relacionados con los procesos mencionados

Auditor lider : Ingeniera Bertha García ,Ingeniera Adriana Moros **Equipo auditor:** Luz Marina, German Ortega, Marlon Acevedo, Yoduin Riaño, Claudia Niño, Juan Gabriel

Reunión de Apertura	Reunión de Conclusiones	Reunión de cierre	Informe final
Fecha: Agosto 8 de 2007	Fecha	Fecha	Fecha
Hora: 8:50 am	Hora	Hora	Hora

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Proceso	Auditado	Auditor	Fecha			hora	
			dd	mm	aa	Inicial	Final
Comercial	Dr Rubén Rueda	Luz Marina Chaparro, German	8	8	2007	09:00	11:00
Financiera	Dra Luz Marina Chaparro	Marlon Acevedo, Yoduin Riaño	9	8	2007	03:00	05:00
Contratación	Dr Marlon Acevedo	Juan Gabriel Gómez, Claudia	10	8	2007	08:00	11:00

Observaciones : Se reprogramaron fechas de Auditorias.

Elaborado por: LIDA XIOMARA GOMEZ ALMEIDA **Firmas de aprobación**
Auditado (s): _____



PLAN DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD
F-AD-002
Versión 2

Fecha:	Agosto 10 de 2007
Objetivo:	Verificar la implementación de los procesos de VIVIR S.A. medicina prepagada.
Alcance:	Proceso Comercial, Financiero, Post-Venta, Sistemas, Compras, Auditoria, Contratación, Gerencia Estratégica.
Criterios de Auditoria:	Requisitos de la norma ISO 9001:2000 y procedimientos documentados relacionados a los procesos.
Auditor Líder:	Ingeniera Bertha García
Equipo Auditor:	Luz Marina Chaparro, German Ortega, Marlon Acevedo, Youdin Riaño, Lida Gómez, Sydney Benavides, Vicente Castillo, Xiomara Ardila, Claudia Niño, Nelly Reyes, Juan G. Gómez

DESARROLLO DEL PLAN DE AUDITORIA

Proceso	Auditado (s)	Auditor	Fecha			Hora		Informe Final		
			DD	MM	AA	Inicio	Final	DD	MM	AA
Comercial	Dr. Rubén Rueda, Vicente Castillo	Luz Marina Chaparro, German Ortega	10	08	07	14:30	16:30	15	08	07
Financiero	Luz Marina Chaparro, Elsa Estévez	Marlon Acevedo, Youdin Riaño	14	08	07	08:00	10:00	17	08	07
Post-Venta	German Ortega	Lida Gómez, Sidney Benavides	16	08	07	10:00	12:00	22	08	07
Sistemas	Juan G. Gómez	Luz Marina Chaparro, Youdin Riaño	16	08	07	10:00	12:00	22	08	07
Compras	Nelly Reyes	Vicente Castillo, Xiomara Ardila	17	08	07	14:30	16:30	23	08	07
Contratación de Red	Marlon Acevedo	Juan G. Gómez, Claudia Niño	27	08	07	14:30	16:30	30	08	07
Auditoria	Lida Gómez, Marlon Acevedo	Claudia Niño, Nelly Reyes	28	08	07	14:00	16:00	31	08	07
Gerencia Estratégica	Reinaldo Moreno	Juan G. Gómez, Lida Xiomara Gómez	17	09	07	14:30	16:30	20	09	07

Observaciones: La auditoria Comercial es reprogramada anteriormente se tenía programada para el día 8 de agosto de 2007, lo mismo para el proceso de contratación que estaba programada para el día 10 de agosto de 2007 cambia a solicitud del auditado y por disponibilidad de los auditores, la auditoria al proceso financiero también es reprogramada ya que se tenía programada para el día 9 de agosto por arreglos en la documentación del proceso financiero.

Elaborado por: Lida Xiomara Gómez Almeida
Cargo: Director Garantía de Calidad

** La auditoria al gerencial estratégica es suspendida y se reprogramará en otro plan, lo mismo para el proceso de auditoria*

Firmas:
 [Firma]
Nombre: Marlon Acevedo R.

[Firma]
Nombre: Juan Gabriel Corrales

[Firma]
Nombre: Nelly Reyes

[Firma]
Nombre:

[Firma]
Nombre: Reinaldo Moreno B.

[Firma]
Nombre: [Firma]



PLAN DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD
F-AD-002
Versión 2

Fecha:	Septiembre 6 de 2007
Objetivo:	Verificar la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en Vivir S.A
Alcance:	Procesos de Contratación y Auditoria.
Criterios de Auditoria:	Requisitos de ley, requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000 y procedimientos documentados relacionados a los procesos.
Auditor Líder:	Ingeniera Bertha García.
Equipo Auditor:	Ing. Juan Gabriel Gómez Barón. Ing. Claudia Patricia Niño. Dra. Nelly Reyes.

DESARROLLO DEL PLAN DE AUDITORIA

Proceso	Auditado (s)	Auditor	Fecha			Hora		Informe Final		
			DD	MM	AA	Inicio	Final	DD	MM	AA
Contratación de Red.	Dr. Marlon Acevedo. Directores Médicos.	Ing. Juan Gabriel Gómez Barón. Ing. Claudia Patricia	12	09	07	14:30	16:30	17	09	07
Auditoria	Dr. Marlon Acevedo. Jefe Lida Xiomara Gómez.	Ing. Claudia Patricia Niño. Dra. Nelly Reyes.	13	09	07	14:30	16:30	18	09	07
Gerencia Estratégica	Dr. Reinaldo Moreno Bayona.	Ing. Juan Gabriel Gómez Barón. Jefe Lida Xiomara Gómez.	24	09	07	14:30	16:30	27	09	07

Observaciones:	La auditoria de contratación y auditoria son reprogramadas de la fecha 27/08/2007 y 28/08/2007.
Elaborado por:	Lida Xiomara Gómez Almeida.
Cargo:	Director garantía de calidad.

Firmas:

Nombre: Claudia Patricia Niño Villamizar

Nombre: Marlon Acevedo

Nombre: Juan Gabriel Gómez Barón

Nombre: Bertha García

Nombre: Lida Xiomara Gómez Almeida

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

* Se reprograman la auditoria al proceso de auditoria en la hora de 1:00 pm - 3:00 pm.

* Se reprograma la auditoria gerencial Estrategica al dia 28 de Septiembre/07 hora: 2:30 pm - 5:00 pm.



PLAN DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD
F-AD-002
Versión 2

Fecha:	Octubre 11 y 12 de 2007
Objetivo:	Verificar el cumplimiento de los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000 en el Sistema de Gestión de Calidad de VIVIR S.A.
Alcance:	Aplica a todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad de VIVIR S.A.
Criterios de Auditoria:	La documentación del Sistema de Gestión
Auditor Líder:	Celia Inés Sánchez Bejarano
Equipo Auditor:	

DESARROLLO DEL PLAN DE AUDITORIA

Proceso	Auditado (s)	Auditor	Fecha			Hora		Informe Final		
			DD	MM	AA	Inicio	Final	DD	MM	AA
REUNIÓN DE APERTURA		Celia Inés Sánchez	11	10	07	7:30 A.M.	8:00 A.M.			
COMERCIAL	Dr. Rubén Rueda,	Celia Inés Sánchez	11	10	07	8:00 A.M.	10:00 A.M.			
POST – VENTA	Dr. German Ortega	Celia Inés Sánchez	11	10	07	10:00 A.M.	11:30 A.M.			
SISTEMAS	Ing. Juan G. Gómez	Celia Inés Sánchez	11	10	07	11:30 A.M.	12:00 P.M.			
FINANCIERO	Dra. Luz Marina Chaparro,	Celia Inés Sánchez	11	10	07	2:00 P.M.	2:30 P.M.			
AUDITORIA (red de Prestadores, Normas)	Dra. Lida Xiomara Gómez	Celia Inés Sánchez	11	10	07	2:30 P.M.	3:30 P.M.			
TALENTO HUMANO	Dra. Nelly Reyes	Celia Inés Sánchez	11	10	07	3:30 P.M.	5:00 P.M.			
COMPRAS	Dra. Nelly Reyes	Celia Inés Sánchez	11	10	07	5:00 P.M.	6:00 P.M.			
CONTRATACIÓN DE RED	Dr. Marlon Acevedo	Celia Inés Sánchez	12	10	07	7:30 A.M.	9:30 A.M.			
ADMINISTRACIÓN DE PLANES	Dr. Marlon Acevedo	Celia Inés Sánchez	12	10	07	9:30 A.M.	11:30 A.M.			
AUDITORIA (Auditoría Médica)	Dr. Marlon Acevedo	Celia Inés Sánchez	12	10	07	11:30 A.M.	12:00 P.M.			
MEJORAMIENTO	Dra. Lida Xiomara Gómez	Celia Inés Sánchez	12	10	07	2:00 P.M.	4:00 P.M.			
GERENCIA ESTRATÉGICA	Dr. Reinaldo Moreno.	Celia Inés Sánchez	12	10	07	4:00 P.M.	5:00 P.M.			
CLASIFICACIÓN DE HALLAZGOS		Celia Inés Sánchez	12	10	07	5:00 P.M.	6:00 P.M.			
REUNIÓN DE CIERRE		Celia Inés Sánchez	12	10	07	6:00 P.M.	6:30 P.M.			

Observaciones:	La auditoria al proceso de Administración de planes y contratación de red se aplaza para el viernes 12 por disponibilidad del auditado
Elaborado por:	Celia Inés Sánchez
Cargo:	Auditor Líder

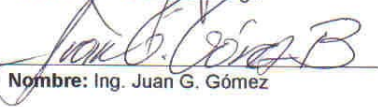


PLAN DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD
F-AD-002
Versión 2

Firmas de aprobación Auditado(s):

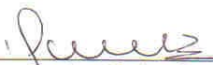

Nombre: Dr. Rubén Rueda,

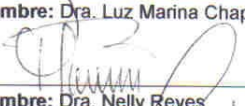

Nombre: Dr. Germán Ortega


Nombre: Ing. Juan G. Gómez

Nombre: Dra. Lida Xiomara Gómez

Nombre:


Nombre: Dra. Luz Marina Chaparro,


Nombre: Dra. Nelly Reyes


Nombre: Dr. Marlon Acevedo


Nombre: Dr. Reinaldo Moreno,

Nombre:



PLAN DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD
F-AD-002
Versión 2

Fecha:	Septiembre 14 de 2007
Objetivo:	Verificar la implementación de los procesos de VIVIR S.A. medicina
Alcance:	Sucursal Bogota. Procesos de Mejoramiento, Talento Humano, Financiero, Auditoría, Comercial y Administración de Planes.
Criterios de Auditoría:	Requisitos de Ley, Requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000 y procedimientos documentados relacionados a los procesos.
Auditor Líder:	Jefe Lida Xiomara Gómez
Equipo Auditor:	Ing. Julián Mauricio Ortega Yenny Yulieth Sastoque Fernández

DESARROLLO DEL PLAN DE AUDITORIA										
Proceso	Auditado (s)	Auditor	Fecha			Hora		Informe Final		
			DD	MM	AA	Inicio	Final	DD	MM	AA
Mejoramiento	Jefe Luz Helena Enciso Pareja	Jefe Lida Xiomara Gómez Ing. Julián Mauricio Ortega Yenny Yulieth Sastoque Fernández	18	09	07	8:30	10:30	24	09	07
Talento Humano	Monica Rocio Gómez	Jefe Lida Xiomara Gómez Ing. Julián Mauricio Ortega Yenny Yulieth Sastoque Fernández	18	09	07	10:40	12:00	24	09	07
Financiero	Monica Rocio Gómez	Jefe Lida Xiomara Gómez Ing. Julián Mauricio Ortega	18	09	07	2:00	4:00	24	09	07
Auditoría	Jefe Luz Helena Enciso Pareja	Jefe Lida Xiomara Gómez Ing. Julián Mauricio Ortega Yenny Yulieth Sastoque Fernández	18	09	07	4:00	6:00	24	09	07
Comercial	Carlos Arturo Torres	Jefe Lida Xiomara Gómez Ing. Julián Mauricio Ortega Yenny Yulieth Sastoque Fernández	19	09	07	8:00	10:00	25	09	07
Administración de Planes	Roberto Ernesto Gonzáles	Jefe Lida Xiomara Gómez Ing. Julián Mauricio Ortega Yenny Yulieth Sastoque Fernández	19	09	07	10:00	12:00	25	09	07

Observaciones:	
Elaborado por:	Julián Mauricio Ortega Trujillo
Cargo:	Coordinador de Procesos

Firmas de aprobación Auditado(s):

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____



PLAN DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD
F-AD-002
Versión 2

Fecha:	Octubre 11 de 2007
Objetivo:	Verificar la implementación de los procesos de VIVIR S.A. medicina
Alcance:	Sucursal Bogota. Procesos de Mejoramiento, Talento Humano, Financiero, Auditoria, Comercial y Administración de Planes.
Criterios de Auditoria:	Requisitos de Ley, Requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000 y procedimientos documentados relacionados a los procesos.
Auditor Líder:	Jefe Lida Xiomara Gómez
Equipo Auditor:	

DESARROLLO DEL PLAN DE AUDITORIA

Proceso	Auditado (s)	Auditor	Fecha			Hora		Informe Final		
			DD	MM	AA	Inicio	Final	DD	MM	AA
Mejoramiento	Jefe Luz Helena Enciso Pareja	Jefe Lida Xiomara Gómez	16	10	07	8:30	10:30	25	10	07
Auditoria	Jefe Luz Helena Enciso Pareja	Jefe Lida Xiomara Gómez	16	10	07	4:00	6:00	25	10	07
Comercial	Carlos Arturo Torres	Jefe Lida Xiomara Gómez	17	10	07	8:00	10:00	25	10	07
Administración de Planes	Jefe Luz Helena Enciso Pareja	Jefe Lida Xiomara Gómez	17	10	07	10:00	12:00	25	10	07

Observaciones:	
Elaborado por:	Jefe Lida Xiomara Gómez
 cargo:	Directora Garantía de Calidad

Firmas de aprobación Auditado(s):

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____



PLAN DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD
F-AD-002
Versión 2

Fecha:	Diciembre 27 de 2007
Objetivo:	Verificar la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en Vivir S.A
Alcance:	Procesos de Contratación y Gerencia Comercial.
Criterios de Auditoria:	Requisitos de ley, requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000 y procedimientos documentados relacionados a los procesos.
Auditor Líder:	Enf. Lida Xiomara Gómez
Equipo Auditor:	Ing. Juan Gabriel Gómez, Ing. Julián Mauricio Ortega e Ing. Luís Felipe Morales

DESARROLLO DEL PLAN DE AUDITORIA


Proceso	Auditado (s)	Auditor	Fecha			Hora		Informe Final		
			DD	MM	AA	Inicio	Final	DD	MM	AA
Contratación de Red.	Dr. Marlon Acevedo.	Enf Lida Xiomara Gómez Ing. Juan Gabriel Gómez Barón. Ing. Luís Felipe Morales	27	12	07	14:00	16:00	04	01	08
Comercial	Dr. Rubén Dario Rueda.	Enf Lida Xiomara Gómez Ing. Juan Gabriel Gómez Barón. Ing. Julián Ortega	27	12	07	16:00	18:00	04	01	08
Contratación de Red. (EPROGRAMADA)	Dr. Marlon Acevedo.	Enf Lida Xiomara Gómez Ing. Juan Gabriel Gómez Barón. Ing. Luís Felipe Morales	03	01	08	14:00	16:00	10	01	08

Observaciones:	La auditorias de contratación y Comercial se programan por solicitud de la Gerencia General, para evaluar el avance del Sistema de Gestión de Vivir S.A en estos dos procesos misionales. Se reprograma la auditoria al proceso de Contratación de Red para el día 3 de Enero de 2008 a las 2:00 p.m., a solicitud del líder de proceso Dr. Marlon Acevedo Ruiz.
-----------------------	---

Elaborado por:	Lida Xiomara Gómez Almeida.
Cargo:	Director garantía de calidad.

Firmas:


NOMBRE: ENF LIDA XIOMARA GÓMEZ


NOMBRE: DR. MARLON ACEVEDO.


NOMBRE: ING. LUÍS FELIPE MORALES


NOMBRE: ING. JUAN GABRIEL GÓMEZ BARÓN.


NOMBRE: DR. RUBÉN DARIO RUEDA


NOMBRE: ING. JULIÁN MAURICIO ORTEGA



PLAN DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD
F-AD-002
Versión 2

Fecha:	Enero 29 de 2008
Objetivo:	Verificar el cumplimiento de los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000 en el Sistema de Gestión de Calidad de VIVIR S.A. en la sucursal Bogotá.
Alcance:	Aplica a todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad de VIVIR S.A. en la sucursal de Bogotá
Criterios de Auditoria:	La documentación del Sistema de Gestión
Auditor Líder:	Celia Inés Sánchez Bejarano
Equipo Auditor:	

DESARROLLO DEL PLAN DE AUDITORIA										
Proceso	Auditado (s)	Auditor	Fecha			Hora		Informe Final		
			DD	MM	AA	Inicio	Final	DD	MM	AA
REUNIÓN DE APERTURA	TODOS	Celia Inés Sánchez	29	01	08	7:30 A.M.	8:00 A.M.			
COMERCIAL	Carlos Torres	Celia Inés Sánchez	29	01	08	8:00 A.M.	9:30 A.M.			
ADMINISTRACIÓN DE PLANES	Luz Helena Enciso	Celia Inés Sánchez	29	01	08	9:30 A.M.	10:30 A.M.			
COMPRAS	Dora Orduz	Celia Inés Sánchez	29	01	08	10:30 A.M.	11:30 A.M.			
FINANCIERO	Dora Orduz	Celia Inés Sánchez	29	01	08	11:30 A.M.	12:30 P.M.			
TALENTO HUMANO	Dora Orduz	Celia Inés Sánchez	29	01	08	1:30 P.M.	2:30 P.M.			
AUDITORIA (red de prestadores)	Luz Helena Enciso	Celia Inés Sánchez	29	01	08	2:30 P.M.	3:30 P.M.			
MEJORAMIENTO	Luz Helena Enciso	Celia Inés Sánchez	29	01	08	3:30 P.M.	5:00 P.M.			
REUNIÓN DE CIERRE	TODOS	Celia Inés Sánchez	29	01	08	5:00 P.M.	5:30 P.M.			

Observaciones:

Elaborado por:	Celia Inés Sánchez
Cargo:	Auditor Líder

Firmas de aprobación Auditado(s):

Luz Helena Enciso Parejo
 Nombre: _____

[Signature]
 Nombre: _____

[Signature]
 Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

[Signature]
 Nombre: _____

[Signature]
 Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Anexo 10. Revisión por Gerencia General del SGC

REVISIÓN POR GERENCIA GENERAL SGC

6. OBJETIVO

Este procedimiento tiene como objetivo establecer la metodología necesaria para la revisión por Gerencia General del Sistema de Gestión de la Calidad de VIVIR S.A.; con el propósito de asegurar su conveniencia, adecuación y eficacia permanente.

7. ALCANCE

Este procedimiento aplica para el manejo integral y estratégico de la organización por parte de Gerencia General, específicamente en las revisiones del Sistema de Gestión de la Calidad de VIVIR S.A.

8. DEFINICIONES

SGC: Sistema de Gestión de Calidad.

Revisión: Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, la adecuación, eficacia del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos.

Eficacia: Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

Gerencia (Alta Dirección): Persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel una organización.

Política de Calidad: Intenciones globales y orientación de una organización relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección.

Objetivos de Calidad: Algo ambicioso, o pretendido, relacionado con la calidad.

Mejora Continua: Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

9. RESPONSABLES

Gerente General: Es la persona encargada de realizar la revisión por Gerencia General del Sistema de Gestión de la Calidad de VIVIR S.A.; con el propósito de asegurar su conveniencia, adecuación y eficacia permanente, emitiendo el análisis y conclusiones respectivas.

Director Administrativo: Es la persona encargada de:

- Solicitar y revisar la información necesaria para la generación del Informe de revisión por Gerencia General.
- Comunica los resultados de la reunión a los involucrados con los planes de mejoramiento.
- Comunicar el lugar, la fecha y hora a los participantes de la revisión por Gerencia General.

Director Garantía de Calidad: Realiza el seguimiento al plan de mejoramiento e informar a Gerencia General.

10. DESARROLLO

5.1. Condiciones Generales.

La periodicidad mínima de las revisiones del Sistema de Gestión de la Calidad será semestral.

5.2. Procedimiento.

5.2.1. Revisión por Gerencia General.

No Actividad	Descripción de la Actividad	Responsable	Documento / Registro
1	Planifica la revisión del Sistema de Gestión de la Calidad con fecha, hora, lugar y participantes.	Gerente General.	Planilla de planificación de revisiones por Gerencia General. F-GE-005.
2	Comunica el lugar, la fecha y hora de la revisión a los participantes.	Director Administrativo.	
3	Solicita a todos los líderes de proceso la información referente al desempeño de cada proceso a su cargo y el resumen de los servicios no conformes identificados en el proceso. La información debe ser actualizada a la fecha designada en la comunicación y contener el estado de los indicadores, los resultados de las auditorias, el estado de acciones correctivas y preventivas, la información de retroalimentación con el cliente (encuestas de satisfacción; quejas, sugerencias y felicitaciones), las acciones de seguimiento de las revisiones previas por Gerencia General y los cambios que podrían afectar al Sistema de Gestión de la Calidad así como las recomendaciones para la mejora.	Director Administrativo.	
4	Envía a dirección administrativa la información solicitada completa con las observaciones del caso, en la fecha estipulada.	Líderes de Proceso.	Reporte de desempeño por proceso. F-GE-008.
5	Revisa la información registrando en la lista de chequeo respectiva.	Coordinador de Procesos.	Lista de chequeo de información para la revisión del SGC por Gerencia General. F-GE-006.

No Actividad	Descripción de la Actividad	Responsable	Documento / Registro
6	Revisa y analiza la información entregada, política, objetivos de calidad, misión, visión, filosofía y valores corporativos, con la finalidad de analizar el cumplimiento y la necesidad de realizar cambios en el SGC. Emite el análisis, conclusiones y actividades de seguimiento de la revisión. Define los planes de mejoramiento para el SGC, en relación a la eficacia del sistema y sus procesos, la mejora del servicio en relación con los requisitos del cliente y las necesidades de recursos.	Gerente General.	Informe de revisión por Gerencia General. F-GE-004. Plan de mejoramiento. F-GE-002.
7	Comunica los resultados de la reunión a los involucrados con los planes de mejoramiento.	Director Administrativo.	
8	Implementa el plan de acción.	Responsables asignados.	
9	Realiza el seguimiento al plan de mejoramiento e informar a Gerencia General.	Responsables asignados.	Seguimiento plan de mejoramiento. F-GE-003.
10	Se presentan inconvenientes durante la implementación del plan? Si: Comunica a Gerencia General. No: Pasa actividad 9.	Responsables asignados.	
11	Ajusta ó desarrolla un nuevo plan de mejoramiento, retoma desde la actividad 7.	Gerente General.	
12	Fin del procedimiento.		

5.2.2. Revisión por Gerencia General-Cambios del SGC

No Actividad	Descripción de la Actividad	Responsable	Documento / Registro
1	Identifica los cambios que puedan afectar la integridad del sistema de calidad, por ejemplo: cambios en la estructura organizacional, redefinición del alcance, entrada a nuevos mercados, apertura de nuevas sedes, aplicación de nuevos requisitos legales, entre otros.	Gerente General. Director Garantía de Calidad. Lideres de Proceso.	Revisión por Gerencia General - Cambios. F-GE-007.
2	Registra la respectiva revisión del Sistema de Gestión de la Calidad con fecha, hora, lugar y participantes.	Gerente General.	Planilla de planificación revisiones por Gerencia General. F-GE-005.
3	Establece el plan de mejoramiento para la implementación del cambio de forma que se mantenga la integridad del SGC.	Gerente General. Participantes designados.	Plan de mejoramiento. F-GE-002.
4	Comunica el plan de mejoramiento estipulado a los involucrados con los planes de mejoramiento.	Director Administrativo.	
5	Implementa el plan de acción.	Responsables asignados.	
6	Realiza el seguimiento al cumplimiento del plan de acción.	Responsables asignados.	Seguimiento plan de mejoramiento. F-GE-003.
7	Se presentan inconvenientes durante la implementación del plan? Si: Comunica a Gerencia General. No: Pasa actividad 9.	Responsables asignados.	
8	Ajusta ó desarrolla un nuevo plan de mejoramiento, retoma desde la actividad 4.	Gerente General.	
9	Fin del procedimiento.		

6. REGISTROS

F-GE-002. Plan de mejoramiento.

F-GE-003. Seguimiento plan de mejoramiento.

F-GE-004. Informe de revisión por Gerencia General.

F-GE-005. Planilla de planificación revisiones por Gerencia General.

F-GE-006. Lista de chequeo información para la revisión del SGC por Gerencia General.


F-GE-007. Revisión por Gerencia General - cambios.

F-GE-008. Reporte de desempeño por proceso.

7. CONTROL DE MODIFICACIONES

No. Versión	Fecha de Actualización	Descripción del Cambio
01	Junio de 2007	Emisión inicial
02	Junio de 2007	Asistente de Gerencia – Director Administrativo
03	Septiembre de 2007	Modificación del numeral 4 responsables. Modificación, eliminación e inclusión de actividades. Inclusión del formato de reporte de desempeño por proceso F-GE-008.
04	Octubre de 2007	Modificación del numeral 5. Inclusión de la actividad de implementación del plan de acción actividad 8 del numeral 5.2.1 Modificación de los responsables asignados actividad 5,9,10 del numeral 5.2.1 Modificación de los responsables asignados actividad 6,7 del numeral 5.2.2

F-GE-008 Reporte de Desempeño por Proceso

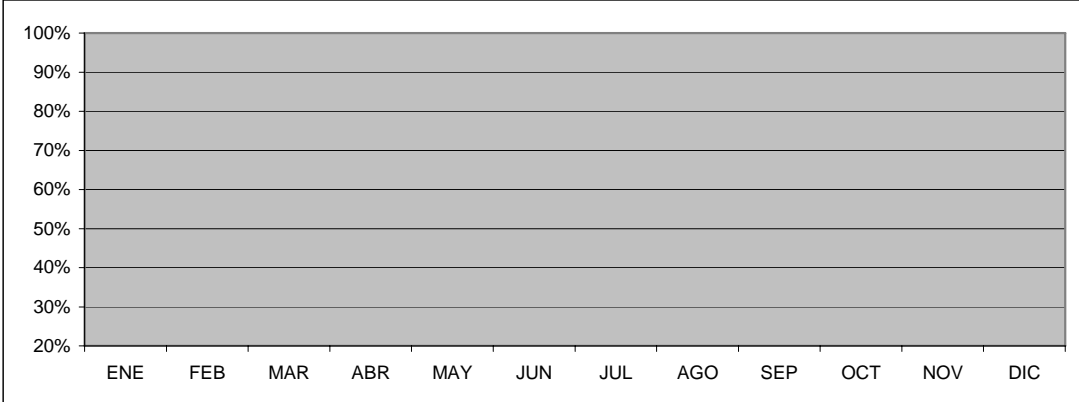
		REPORTE DE DESEMPEÑO POR PROCESO F-GE-008 Versión 2		
PROCESO:		Periodo del reporte:		
SUCURSAL:				
AUDITORIAS				
Número de Auditorias:				
Nº de NC Halladas:				
Planes de acciones generados		% Cumplimiento de los planes de acción generados:		
1				
2				
Observaciones				
DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS				
PROCESO	INDICADORES)	META	RESULTADO	ANÁLISIS
ESTADO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS				
ACCIONES CORRECTIVAS GENERADAS:			ACCIONES CORRECTIVAS EFICACES:	
ACCIONES PREVENTIVAS GENERADAS:			ACCIONES PREVENTIVAS EFICACES:	
CORRECCIONES GENERADAS:			CORRECCIONES EFICACES:	
SEGUIMIENTO DE REVISIONES DE LA GERENCIA PREVIAS				
RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA				
CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR AL SGC				
SERVICIOS NO CONFORMES				
Causas	Tratamiento		Resultado	
RETROALIMENTACIÓN DEL CLIENTE (Mejoramiento y Postventa)				
Causas de comunicación mas frecuentes				%
Tipo				
Queja				
Sugerencia				
Felicitación				
Derecho de Petición				
Tutela				
Cargo:		Fecha Elaboración:		
Firma del Responsable:				
Nombre:				

Anexo al reporte de desempeño por proceso

	ANEXO 1 INFORME A GERENCIA GENERAL
---	---

PROCESO:	
NOMBRE DEL INDICADOR:	
FÓRMULA DEL INDICADOR	
RANGO DE GESTIÓN DEL INDICADOR	
META VIVIR	
FUENTE DE LOS DATOS	
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	

COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
MEDICIÓN												
META												



ANALISIS

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Anexo 11. Primera Revisión por la Dirección



PLANILLA DE PLANIFICACIÓN REVISIONES POR GERENCIA GENERAL
F-GE-005
Versión 2

FECHA	HORA	ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	OBSERVACIONES	FIRMA DEL GERENTE GENERAL
10/09/2007	4:00 pm	Entrega de Reportes de Desempeño de proceso a Gerencia	Dra. Luz Marina Chaparro, Jefe Lida Xiomara Gómez, Dra. Nelly Reyes, Dr. Germán Ortega Carreño, Dr. Marlon Acevedo Ruiz, Dr. Rubén Darío Rueda Reyes, Ing. Juan Gabriel Gómez Barón.	Cumplido en presentación y documento adjunto.	<i>[Firma]</i>
17/09/2007	8:00 am	Revisión por la gerencia	Dr. Reinaldo Moreno, Dra. Luz Marina Chaparro, Jefe Lida Xiomara Gómez, Dra. Nelly Reyes, Dr. Germán Ortega Carreño, Dr. Marlon Acevedo Ruiz, Dr. Rubén Darío Rueda Reyes, Ing. Juan Gabriel Gómez Barón.	Cumplido en Comité Gerencia Estratégica, compromisos por los Líderes de proceso.	<i>[Firma]</i>
21/09/2007	3:00 pm	Establecer plan de mejora	Dr. Reinaldo Moreno, Dra. Luz Marina Chaparro, Jefe Lida Xiomara Gómez, Dra. Nelly Reyes, Dr. Germán Ortega Carreño, Dr. Marlon Acevedo Ruiz, Dr. Rubén Darío Rueda Reyes, Ing. Juan Gabriel Gómez Barón.	Se estableció a partir de compromisos con los Líderes de Proceso.	<i>[Firma]</i>
08/10/2007	8:00 am	Seguimiento al plan de mejora	Dr. Reinaldo Moreno, Dra. Luz Marina Chaparro, Jefe Lida Xiomara Gómez, Dra. Nelly Reyes, Dr. Germán Ortega Carreño, Dr. Marlon Acevedo Ruiz, Dr. Rubén Darío Rueda Reyes, Ing. Juan Gabriel Gómez Barón.	Se reviso en Comité Gerencia Estratégica.	<i>[Firma]</i>
10/12/2007	5:00 pm	Planificación Revisión por la Dirección	Dr. Reinaldo Moreno, Dra. Luz Marina Chaparro, Jefe Lida Xiomara Gómez, Dra. Nelly Reyes, Dr. Germán Ortega Carreño, Dr. Marlon Acevedo Ruiz, Dr. Rubén Darío Rueda Reyes, Ing. Juan Gabriel Gómez Barón.	Se programa el segundo ciclo de revisión por Gerencia General del SGC.	<i>[Firma]</i>

PLAN DE MEJORA



PLAN DE MEJORAMIENTO
F-GE-002
Versión 1

PLAN DE MEJORAMIENTO: SGC				
COMITÉ DE: CALIDAD GERENCIA ESTRATEGICA			FECHA: 21 de Septiembre de 2007	
OBJETIVO: Establecer las decisiones y acciones para mejorar los procesos y los servicios de vivir y determinar los recursos necesarios para el logro de estas acciones.				
ACTIVIDAD	RECURSOS Y HERRAMIENTAS	INDICADORES	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
PROCESO COMERCIAL: - Reevaluar metas de Ventas.	- Gerente comercial - Equipo de cómputo. - Herramientas informáticas. - Informe consolidado de ventas a nivel Nacional - Pronóstico de Ventas	Presentación de las metas de ventas	Octubre 8 de 2007	Gerencia General y Comercial
- Elaboración de presupuesto de Ventas.	- Gerente comercial - Director Financiero - Equipo de cómputo. - Herramientas informáticas. - Informe consolidado de ventas a nivel Nacional - Pronóstico de Ventas	Entrega del presupuesto de ventas	Octubre 8 de 2007	General y Comercial
- Depurar base de datos de usuarios (Dejar en la base datos únicamente los usuarios activos)	- Auxiliar Operativo Comercial - Ingeniero de Sistemas - Auxiliar - Equipo de computo - Herramientas informáticas. (SIMI 2000, office)	Informe de avance en la depuración de las bases de datos de usuarios.	Fecha de revisión de avance Octubre 8 de 2007	Gerencia Comercial, Dirección de Sistemas



PLAN DE MEJORAMIENTO
F-GE-002
Versión 1

	- Base de datos de afiliados			
PROCESO FINANCIERO: Depurar base de datos de usuarios (Bajar los usuarios en mora)	- Auxiliar de cartera. - Equipo de computo - Herramientas informáticas SIMI 2000 y office. - Base de datos de afiliados. - Base de datos y afiliados en mora	Informe de avance en la depuración de las bases de datos de afiliados.	Fecha de revisión de avance Octubre 8 de 2007	Dirección Financiera
TALENTO HUMANO: - Revisar metas del indicador de Evaluación de Desempeño	Gerente General Director Administrativo	Presentación de la ficha de indicador actualizada	Octubre 8 de 2007	Directora Administrativa
Recuperar la información faltante de las hojas de vida	Listado del personal con los soportes faltantes. Humanos: Director Administrativo Auxiliar	Seguimiento semanal al listado de documentación faltante	Octubre de 2007	Directora Administrativa
COMPRAS: - Definir presupuesto de compras.	Director Administrativo Auxiliar - Equipo de computo - Herramientas office - Base de datos histórico de gastos por mes.	Entrega del presupuesto de compras	Octubre de 2007	Gerencia General Directora Administrativa
SISTEMAS: - Depurar base de datos de	- Ingeniero de Sistemas - Equipo de computo	Informe semanal de avance en la depuración	Octubre 8 de 2007	Director de Sistemas

afiliados - Actualización base de datos usuarios				
CONTRATACION DE RED: - Elaboración de contratos con la totalidad de la red.	Herramienta: listado de la red con la identificación de documentos faltantes - Gerente de Servicios de Salud - Registros de Selección y Evaluación de Prestadores - Registro minutas de Contrato - Equipo de computo, Herramienta Office	Seguimiento semanal al listado de documentos faltantes de la red de prestadores.	8 de Octubre de 2007	Gerente de Servicios de Salud
- Renovar contratos vencidos con Prestadores - Aplicar reevaluación y encuesta de satisfacción	Herramienta: - Gerente de Servicios de Salud - listado de prestadores con contratos vencidos - Equipo de computo - Minutas - Formatos de reevaluación y encuesta de satisfacción	Seguimiento al listado de prestadores con contratos vencidos	Octubre 8 de 2007	Gerente de Servicios de Salud
ADMINISTRACION DE PLANES - Llevar el costo médico a las metas establecidas.	- Gerente de Servicios de Salud - Equipo de computo Informe consolidado de autorizaciones	% Ejecución del presupuesto mensual (costo médico)	Noviembre de 2007	Gerente de Servicios de Salud
MEJORAMIENTO: - Divulgación de los cambios a la documentación para su	- Coordinador de Procesos - Procedimientos y registros	% de procedimientos actualizados socializados	Octubre 8 de 2007	Directora de Garantía de Calidad



PLAN DE MEJORAMIENTO
F-GE-002
Versión 1


aplicación.	documentados			
- Promover la generación de acciones preventivas como estrategia para garantizar la mejora de la gestión de los procesos	- Coordinador de Procesos Tiempo de todo el personal para la realización de talleres. Económicos: refrigerios	Informe del la ejecución de talleres Listado resumen de las acciones preventivas identificadas	Octubre 31 de 2007	Directora de Garantía de Calidad
GERENCIA ESTRATÉGICA: - Fomentar la toma de conciencia en el personal de las sedes sobre la importancia del sistema de calidad para la organización	Humano: Tiempo del Gerente General	Programar y realizar reunión en las sedes directamente por la Gerencia General	Octubre primera semana.	Gerente General
Prestar asistencia en las sedes para fortalecer el conocimiento de la documentación y aclarar las inquietudes sobre la implementación	Humano: Coordinadores de procesos	Informe del resultado de la visita a sedes por parte del personal asignado	Octubre tercera semana	Directora de Garantía de Calidad
Revisar procedimiento Revisión por Gerencia General-Cambios del SGC	- Procedimiento Documentado			
AUDITORÍA: - Complementar los indicadores de auditoria a la red para asegurar el cumplimiento de la premisa de calidad "cumplimiento de requisitos legales".	Humano: Grupo de calidad	Presentación del indicador	Octubre 8 de 2007	Directora de Garantía de Calidad



PLAN DE MEJORAMIENTO
F-GE-002
Versión 1

CARGO	Gerente General	CARGO	Gerente Comercial		
FIRMA:		FIRMA:			
NOMBRE:	Patricia Mora	NOMBRE:	Rubén Jesús Rueda Reyes		
CARGO	Director de Sistemas	CARGO			
FIRMA:		FIRMA:			
NOMBRE:	Iván G. Corrales	NOMBRE:	Luz Marina Chaparro B		
CARGO	Gerente de Servicios de Salud	CARGO	Directora Administrativa		
FIRMA:		FIRMA:			
NOMBRE:	Rafael Arevalo Cruz	NOMBRE:			
CARGO	Director de Postventa	CARGO	Directora de Calidad		
FIRMA:		FIRMA:			
NOMBRE:	Gertrudis Ortega	NOMBRE:	LIDA XIOMARA GOMEZ		

SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORA

			
SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO F-GE-003 Versión 1			
PLAN DE MEJORAMIENTO: SGC			
COMITÉ DE: Calidad Gerencia Estratégica			FECHA: 8 de Octubre de 2007
ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	OBSERVACIONES	RESPONSABLE
PROCESO COMERCIAL: - Reevaluar metas de ventas	Se presenta meta de ventas a nivel nacional para el último trimestre de año.2007. Meta de ventas a Diciembre de 2007: 998 afiliaciones.		
- Elaboración de presupuesto de Ventas.	Se presenta plantilla presupuesto de ventas. Presupuesto de ventas para los meses de Octubre: 189 afiliados; Noviembre: 434 afiliaciones; Diciembre: 375 afiliaciones.	Compromiso: Establecer presupuesto de ventas por asesor para cada sucursal.	Gerente Comercial
- Depurar base de datos de usuarios (Dejar en la base datos únicamente los usuarios activos)	No se puede establecer un nivel de avance específico en la actividad de depuración y actualización de bases de datos de afiliados.	Compromiso: Realizar reunión para establecer las necesidades y los responsabilidades en la depuración y actualización de bases de datos	Gerente comercial Director Financiero Director de Sistemas
PROCESO FINANCIERO: Depurar base de datos de usuarios (Bajar los usuarios en mora)	Presenta plan de mejora e informe de seguimiento al plan establecido para la depuración de base de datos de afiliados en mora.	Compromiso Analizar las causas del comportamiento en la provisión de cartera y medir el impacto de estas	Director financiero
TALENTO HUMANO: - Revisar metas del indicador de Evaluación de Desempeño	Se reporta nueva ficha técnica del indicador con meta y rangos de gestión del indicador adecuados a las necesidades de la organización		

Recuperar la información faltante de las hojas de vida	Se reporta un nivel de avance del 80% de hojas de vida con documentación soporte completa.		
COMPRAS: - Definir presupuesto de compras	Se presenta, el establecer un presupuesto para los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre del 2007.	Definir presupuesto de compra para los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre del 2007.	Gerente General Director Administrativo
SISTEMAS: - Depurar base de datos de afiliados - Actualización base de datos usuarios	No se puede establecer un nivel de avance específico en la actividad de depuración y actualización de bases de datos de afiliados	Compromiso: Realizar reunión para establecer las necesidades y los responsabilidades en la depuración y actualización de bases de datos	Gerente comercial Director Financiero Director de Sistemas
CONTRATACION DE RED: - Elaboración de contratos con la totalidad de la red.	Se ha definido un listado de requerimiento de contratación para la totalidad de las IPS que integran la red de prestadores. Se implementa formato de seguimiento a la vigencia de contratos con la red. Se presenta programa de renovación de contratación con las IPS cuyos contratos vencen en el mes de Noviembre de 2007. El 95% de las minutas de contrato de la totalidad de la red de prestadores se han levantado. El 40% de las carpetas de contratación con Red de Prestadores se encuentra al día en documentación soporte...	Compromiso Documentar la información del prestador teniendo en cuenta la información registrada en el formulario de registro ante la secretaria de Salud de cada IPS. Establecer plan de acción para la recopilación de la información financiera de las IPS de la red	



SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

F-GE-003

Versión 1

<p>- Renovar contratos vencidos con Prestadores - Aplicar reevaluación y encuesta de satisfacción</p>	<p>Se presenta listado de prestadores a reevaluar, Cronograma de reevaluación a IPSs Se reporta un nivel de cumplimiento en el cronograma de reevaluación de 90%. No se han aplicado encuestas de satisfacción al prestador.</p>	<p>Compromiso: Aplicar reevaluación a IPS saltantes Aplicar encuesta de satisfacción a los prestadores reevaluados.</p>	<p>Gerente de Servicios de Salud</p>
<p>ADMINISTRACION DE PLANES -Llevar el costo médico a las metas establecidas</p>	<p>El modelo de Contratación se presenta como estrategia para reducir el costo medico</p>	<p>Compromiso presentar informe de costo medico a gerencia 8 de Octubre de 2007</p>	<p>Gerente de Servicios de Salud</p>
<p>MEJORAMIENTO: - Divulgación de los cambios a la documentación para su aplicación.</p>	<p>Se reporta un 100% en la Socialización de procedimiento y formatos actualizados a los líderes de proceso.</p>		
<p>- Promover la generación de acciones preventivas como estrategia para garantizar la mejora de la gestión de los procesos</p>	<p>Se a presentado a cada uno de los lideres de poseso la importancia de analizar sus procesos y las posibles no conformidades que se podrían presentar y el porque es necesario registrarlas en una acción preventiva.</p>	<p>Compromiso Estimular dentro de las áreas el análisis de posibles no conformidades, y hacer seguimiento al trámite de acciones preventivas.</p>	<p>Director Garantía de Calidad</p>
<p>GERENCIA ESTRATÉGICA: - Fomentar la toma de conciencia en el personal de las sedes sobre la importancia del sistema de calidad para la organización</p>	<p>Se realizo sensibilización sobre la importancia del sistema de calidad para la organización, a cargo del gerente general en las sucursales. Se presenta acta de reunión de la gerencia general en las sucursales.</p>		
<p>Prestar asistencia en las sedes para fortalecer el conocimiento de la documentación y aclarar las inquietudes sobre la implementación</p>	<p>Se autoriza y se coordina, la visita de acompañamiento de los coordinadores de proceso a las sucursales.</p>		



SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO
F-GE-003
Versión 1

Revisar procedimiento Revisión por Gerencia General-Cambios del SGC		Compromiso Establecer los potenciales cambios en la organización y su impacto en el sistema de gestión de calidad.	
AUDITORIA: - Complementar los indicadores de auditoria a la red para asegurar el cumplimiento de la premisa de calidad "cumplimiento de requisitos legales".	Se define nuevo indicador de gestión al proceso de auditoria: % de IPS visitadas que cumplen requisitos legales. Se presenta Ficha técnica indicador.		
CARGO Gerente de Servicios de Salud FIRMA:	CARGO Gerente Comercial FIRMA:		
NOMBRE: Rafael Acosta	NOMBRE: Roberto Pineda Reyes		
CARGO DIRECTOR DE SISTEMAS FIRMA:	CARGO Directora Financiera FIRMA:		
NOMBRE: Juan G. Gómez B.	NOMBRE: Luz Marina Chaparro B.		
CARGO Gerente Comercial FIRMA:	CARGO FIRMA:		
NOMBRE: Gerardo Acosta	NOMBRE: Nelly Reyes		
CARGO DIRECTOR DE POST VENTA FIRMA:	CARGO		
NOMBRE: GERARDO ORTEGA C			



SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO
F-GE-003
Versión 2

PLAN DE MEJORAMIENTO: SGC (21/09/2007)			
SUCURSAL: VIVIR S.A. Medicina Prepagada - Nacional			FECHA: 18/12/2007
ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	OBSERVACIONES	RESPONSABLE
PROCESO COMERCIAL: Elaboración de presupuesto de Ventas. Compromiso: Establecer presupuesto de ventas por asesor para cada sucursal.	Se desarrolla un presupuesto de ventas por asesor en cada una de las sucursales. (Plan de Mercadeo)	Ninguna	Gerente Comercial
Depurar base de datos de usuarios (Dejar en la base datos únicamente los usuarios activos) Compromiso: Realizar reunión para establecer las necesidades y los responsabilidades en la depuración y actualización de bases de datos.	Se realiza reunión donde se establecen los requerimientos y responsabilidades en la depuración de la base de datos.	Ninguna	Gerente Comercial Directora Financiera Director Sistemas
PROCESO FINANCIERO: Depurar base de datos de usuarios (Bajar los usuarios en mora) Compromiso: Analizar las causas del comportamiento en la provisión de cartera y medir el impacto de estas.	Se presenta análisis en el comportamiento en la provisión de cartera. (Anexos Informe a Gerencia General – 2 Ciclo Revisión por Gerencia General del SGC)	Ninguna	Directora Financiero
PROCESO COMPRAS: Definir presupuesto de compras Compromiso: Definir presupuesto de compra para los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre del 2007.	Se hizo revisión de las políticas de compra y se replanteó la medición al proceso con el indicador nivel de desempeño de los Proveedores.	Ninguna	Directora Administrativa
PROCESO SISTEMAS: Depurar base de datos de afiliados Actualización base de datos usuarios Compromiso: Realizar reunión para establecer las necesidades y los responsabilidades en la depuración y actualización de bases de datos	Se realiza reunión donde se establecen los requerimientos y responsabilidades en la depuración de la base de datos.	Ninguna	Gerente Comercial Directora Financiera Director Sistemas



SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO




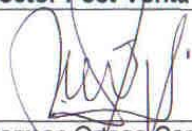
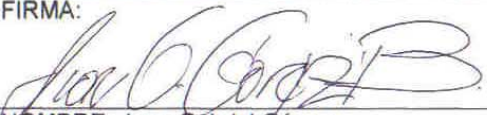
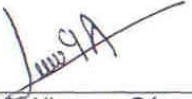
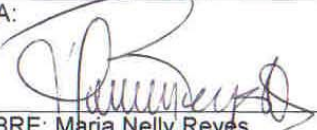
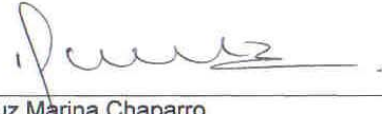
F-GE-003

Versión 2

<p>PROCESO CONTRATACION DE RED: Elaboración de contratos con la totalidad de la red. Compromiso: Documentar la información del prestador teniendo en cuenta la información registrada en el formulario de registro ante la secretaria de Salud de cada IPS. Establecer plan de acción para la recopilación de la información financiera de las IPS de la red.</p>	<p>La ejecución del compromiso presenta un nivel de desarrollo del 50%.</p>	<p>Se observa el desarrollo de las actividades programadas, la continuidad del seguimiento se llevara a término, de acuerdo al propio mecanismo de control establecido en el desarrollo de las acciones correctivas, referentes a este ítem.</p>	<p>Gerente de Servicios de Salud</p>
<p>Renovar contratos vencidos con Prestadores Aplicar reevaluación y encuesta de satisfacción. Compromiso: Aplicar reevaluación a IPS faltantes. Aplicar encuesta de satisfacción a los prestadores reevaluados.</p>	<p>La aplicación de reevaluación a IPS muestra un cumplimiento del 90% a nivel Nacional. El nivel de avance en la aplicación de encuestas de satisfacción a los prestadores reevaluados se encuentra en un 50%.</p>	<p>Se observa el desarrollo de las actividades programadas, la continuidad del seguimiento se llevara a término, de acuerdo al propio mecanismo de control establecido en el desarrollo de las acciones correctivas, referentes a este ítem.</p>	<p>Gerente de Servicios de Salud</p>
<p>PROCESO ADMINISTRACION DE PLANES: Llevar el costo médico a las metas establecidas Compromiso: Presentar informe de costo medico a Gerencia 8 de Octubre de 2007</p>	<p>Se presenta en Junta Directiva.</p>	<p>Ninguna</p>	<p>Gerente de Servicios de Salud</p>
<p>PROCESO MEJORAMIENTO: Promover la generación de acciones preventivas como estrategia para garantizar la mejora de la gestión de los procesos Compromiso: Estimular dentro de las áreas el análisis de posibles no conformidades, y hacer seguimiento al trámite de acciones preventivas.</p>	<p>Se realiza acompañamiento por parte de los coordinadores de proceso en el desarrollo de acciones correctivas y preventivas.</p>	<p>Ninguna</p>	<p>Directora de Garantía de Calidad</p>
<p>PROCESO GERENCIA ESTRATÉGICA: Revisar procedimiento Revisión por Gerencia General-Cambios del SGC. Compromiso: Establecer los potenciales cambios en la organización y su impacto en el sistema de gestión de calidad.</p>	<p>La identificación de los cambios que puedan afectar la integridad del Sistema de Gestión de Calidad, se desarrollarán durante la ejecución del segundo ciclo de revisión por Gerencia General del SGC.</p>	<p>Ninguna</p>	<p>Gerente General</p>



SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO
F-GE-003
Versión 2

CARGO: Gerente General	CARGO: Gerente de Servicios de Salud
FIRMA: 	FIRMA: 
NOMBRE: Reinaldo Moreno Bayona.	NOMBRE: Marlon Acevedo Ruiz.
CARGO: Gerente Comercial	CARGO: Director Post-Venta
FIRMA: 	FIRMA: 
NOMBRE: Rubén Darío Rueda.	NOMBRE: German Ortega Carreño.
CARGO: Director Sistemas	CARGO: Directora Garantía de Calidad
FIRMA: 	FIRMA: 
NOMBRE: Juan Gabriel Gómez.	NOMBRE: Lidá Xiomara Gómez.
CARGO: Directora Administrativa	CARGO: Directora Financiera
FIRMA: 	FIRMA: 
NOMBRE: María Nelly Reyes.	NOMBRE: Luz Marina Chaparro.

Anexo 12. Cambios que pueden afectar el Sistema

**REVISION POR GERENCIA GENERAL - CAMBIOS**

F-GE-007

Versión 1

Situación que se presenta:

VIVIR S.A. Medicina Prepagada como decisión de direccionamiento estratégico establece el cierre de la sucursal en la ciudad de Tunja.

La Gerencia General en búsqueda de un fortalecimiento de la organización interna de la compañía determina el re nombramiento de los cargos establecidos en el organigrama.

Emisión por parte de la superintendencia Nacional de Salud de la circular externa N. 47 (Circular Única)

Impacto en el sistema:

No se observa un impacto dentro del SGC a causa del cierre de la sucursal en la ciudad de Tunja.
La documentación del SGC no se ve afectada debido a su carácter general y estandarización de las actividades desarrolladas en procura de una mejor sinergia de los procesos.
El alcance de la certificación del SGC de VIVIR S.A. se limita dentro de la oficina principal en la ciudad de Bucaramanga y su sucursal en la ciudad de Bogotá.

El desarrollo de la novedad en la designación y nombramiento de los cargos dentro del organigrama de la organización no implica una alteración en la secuencia de las actividades enmarcadas en la misma; no obstante involucra el ajuste en la asignación del apelativo al cargo.

La emisión y establecimiento de la circular única por parte de la superintendencia nacional de salud requiere por parte de VIVIR S.A. el análisis y ajuste de la documentación del SGC en los casos donde sea necesario.

Observaciones:

Dentro de la sucursal en la ciudad de Tunja se mantiene el cumplimiento de los requisitos legales establecidos para las EAPB hasta la culminación de los compromisos ya adquiridos con los afiliados en esta región.

Se desarrollara la revisión por Gerencia General del sistemas de forma completa siguiendo las pautas establecidas dentro de la documentación para la ejecución de la revisión por Gerencia General del SGC y lo programado en la "Planilla de planificación revisiones por Gerencia General"; dando tratamiento a los cambios identificados y su impacto dentro del SGC.

Fecha: 21/11/2007

Cargo: Gerente General.

Firma:

Nombre: Reinaldo Moreno Bayona.

Anexo 13. Segunda Revisión por la Dirección





PLANILLA DE PLANIFICACIÓN REVISIONES POR GERENCIA GENERAL
F-GE-005
Versión 2

FECHA	HORA	ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	OBSERVACIONES	FIRMA DEL GERENTE GENERAL
17/12/2007	2:00 p.m.	Entrega de reportes de desempeño por proceso.	Dra. Luz Marina Chaparro. Jefe Lida Xiomara Gómez. Dra. Nelly Reyes. Dr. Germán Ortega Carreño. Dr. Marlon Acevedo Ruiz. Dr. Rubén Darío Rueda Reyes. Ing. Juan Gabriel Gómez Barón.	Se cumple, presentan reportes de desempeño por proceso y anexos describiendo el comportamiento de los indicadores.	
17/12/2007	4:00 p.m.	Revisión de la información y registro dentro de la listas de chequeo respectiva.	Ing. Luis Felipe Morales. Ing. Judith Jaimes. Ing. Julián M. Ortega T.	Se generan las observaciones en cada de uno de los reportes de desempeño por proceso.	
18/12/2007	7:00 a.m.	Desarrollo del Seguimiento al Plan de Mejoramiento "SGC 21/09/2007"	Dr. Reinaldo Moreno. Dra. Luz Marina Chaparro. Jefe Lida Xiomara Gómez. Dra. Nelly Reyes. Dr. Germán Ortega Carreño. Dr. Marlon Acevedo Ruiz. Dr. Rubén Darío Rueda Reyes. Ing. Juan Gabriel Gómez Barón.	Se cumple en Comité Gerencia Estratégica, se establece el cumplimiento de las actividades programadas y los compromisos asumidos por los líderes de proceso.	
18/12/2007	8:00 a.m.	Ejecución de la revisión por Gerencia General del SGC.	Dr. Reinaldo Moreno. Dra. Luz Marina Chaparro. Jefe Lida Xiomara Gómez. Dra. Nelly Reyes. Dr. Germán Ortega Carreño. Dr. Marlon Acevedo Ruiz. Dr. Rubén Darío Rueda Reyes. Ing. Juan Gabriel Gómez Barón.	Se cumple en Comité Gerencia Estratégica, generación compromisos por los líderes de proceso.	
19/12/2007	4:00 p.m.	Generación del Plan de Mejoramiento.	Dr. Reinaldo Moreno. Dra. Luz Marina Chaparro. Jefe Lida Xiomara Gómez. Dra. Nelly Reyes. Dr. Germán Ortega Carreño. Dr. Marlon Acevedo Ruiz. Dr. Rubén Darío Rueda Reyes. Ing. Juan Gabriel Gómez Barón.	Se establece basado en los compromisos de los líderes de proceso y las directrices establecidas por la Gerencia General.	



PLANILLA DE PLANIFICACIÓN REVISIONES POR GERENCIA GENERAL
F-GE-005
Versión 2

FECHA	HORA	ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	OBSERVACIONES	FIRMA DEL GERENTE GENERAL
11/02/2008	8:00 a.m.	Desarrollo del Seguimiento al Plan de Mejoramiento. "SGC 19/12/2007"	Dr. Reinaldo Moreno. Dra. Luz Marina Chaparro. Jefe Lida Xiomara Gómez. Dra. Nelly Reyes. Dr. Germán Ortega Carreño. Dr. Marlon Acevedo Ruiz. Dr. Rubén Darío Rueda Reyes. Ing. Juan Gabriel Gómez Barón.	Se desarrolla el seguimiento, estableciendo el avance en las actividades programadas. Se programa otro seguimiento en un mes.	
11/03/2008	8:00 a.m.	Desarrollo del Seguimiento al Plan de Mejoramiento. "SGC 19/12/2007"	Dr. Reinaldo Moreno. Dra. Luz Marina Chaparro. Jefe Lida Xiomara Gómez. Dra. Nelly Reyes. Dr. Germán Ortega Carreño. Dr. Marlon Acevedo Ruiz. Dr. Rubén Darío Rueda Reyes. Ing. Juan Gabriel Gómez Barón.	Se reprograma el seguimiento para el 26/03/2008.	
27/03/2008	8:00 a.m.	Desarrollo del Seguimiento al Plan de Mejoramiento. "SGC 19/12/2007" (Reprogramado)	Dr. Reinaldo Moreno. Dra. Luz Marina Chaparro. Jefe Lida Xiomara Gómez. Dra. Nelly Reyes. Dr. Germán Ortega Carreño. Dr. Marlon Acevedo Ruiz. Dr. Rubén Darío Rueda Reyes. Ing. Juan Gabriel Gómez Barón.		

**INFORME DE REVISIÓN POR GERENCIA GENERAL**

F-GE-004

Versión 2

PARTICIPANTES		
CARGO	NOMBRE	FIRMA
Gerente General	Dr. Reinaldo Moreno.	
Directora Financiera	Dra. Luz Marina Chaparro.	
Directora Garantía de Calidad	Jefe Lida Xiomara Gómez.	
Directora Administrativa	Dra. Nelly Reyes.	
Director de Post Venta	Dr. Germán Ortega Carreño.	
Gerente Servicios de Salud	Dr. Marlon Acevedo Ruiz.	
Gerente Comercial	Dr. Rubén Darío Rueda Reyes.	
Director de Sistemas	Ing. Juan Gabriel Gómez Barón.	
OBSERVACIONES		
<p>Se revisa y analiza la información de entrada para la revisión. La política, objetivos de calidad, misión y visión son convenientes y adecuadas para el desarrollo del SGC. La eficacia del SGC se evidencia en los resultados obtenidos en la medición de los indicadores de cada proceso, así como en el desarrollo de actividades tendientes al ajuste de aquellos que aun no se encuentran dentro de rangos de gestión aceptables.</p>		
ANALISIS		
<p>Proceso Compras: El desarrollo de las acciones muestra un cierre eficaz. Los indicadores presentados superan la meta establecida, identificar la posibilidad de redefinir los rangos de gestión para el indicador de proveedores con nivel de desempeño excelente.</p>		
<p>Proceso Talento Humano: El desarrollo de las acciones tomadas muestra un cierre eficaz. Los indicadores presentados se encuentra en un rango de gestión aceptable, el desarrollo de las actividades planeadas para el proceso así como la maduración del SGC en si permiten tener confianza en logro de las metas a corto plazo.</p>		
<p>Proceso Auditoría: El desarrollo de las acciones tomadas muestra un cierre eficaz. Los indicadores de gestión presentados en su gran mayoría se encuentra en un rango de gestión aceptable.</p>		
<p>Proceso Sistemas de Información y Comunicaciones: El desarrollo de acciones preventivas dentro del proceso permite mantener el desempeño del proceso asegurando su mejora continua. El tiempo de respuesta a los requerimientos de mantenimiento es del 100%</p>		
<p>Proceso Financiero: El desarrollo de las acciones tomadas muestra un cierre eficaz. La Medición de los indicadores de desempeño del proceso muestran una evolución; el rango de gestión de los indicadores del proceso en el mes de Octubre se muestran aceptable, indicando la evolución y respuesta a las acciones emprendidas.</p>		
<p>Proceso Contratación: El desarrollo de las acciones tomadas no muestra un cierre eficaz en mas del 50% de ellas. Se presenta un tiempo de contratación no superior a 24 días.</p>		

**INFORME DE REVISIÓN POR GERENCIA GENERAL****F-GE-004****Versión 2****Proceso Administración de Planes:**

El desarrollo de las acciones tomadas muestra un cierre eficaz.

Se observa en algunos de los indicadores presentados el acercamiento a un rango de gestión aceptable a final del periodo reportado.

Proceso Post-Venta:

El desarrollo de las acciones tomadas muestra un cierre eficaz.

El Cumplimiento en la mediciones a los indicadores del proceso es sobresaliente.

Proceso Comercial:

El desarrollo de las acciones tomadas muestra un cierre eficaz. Es acertada la decisión de fortalecer el canal de corretaje para dar cumplimiento al presupuesto de ventas de la compañía; Mejora que tiene que ser demostrada por la Gerencia Comercial en los siguientes meses. Generar el Plan Estratégico de Mercadeo para el año 2008 en donde se plasmen todas los mecanismos y estrategias para dar cumplimiento al Presupuesto de Ventas de la Empresa.

Proceso Mejoramiento.

El desarrollo de las acciones tomadas muestra un cierre eficaz.

Se observa una sustentación de las mediciones a los indicadores del proceso así como la toma de acciones en casos donde no se logra mantener un rango de gestión aceptable.

CONCLUSIONES

Se desarrollan las actividades planeadas para la revisión por Gerencia General al SGC.

El cierre de la sucursal en Tunja y la actualización del Organigrama, hacen parte del direccionamiento estratégico de la organización, proyectándose y tratándose como un cambio al SGC.

La emisión de la circular externa N. 47 (Circular Única) se proyecta y trata como un cambio al SGC.

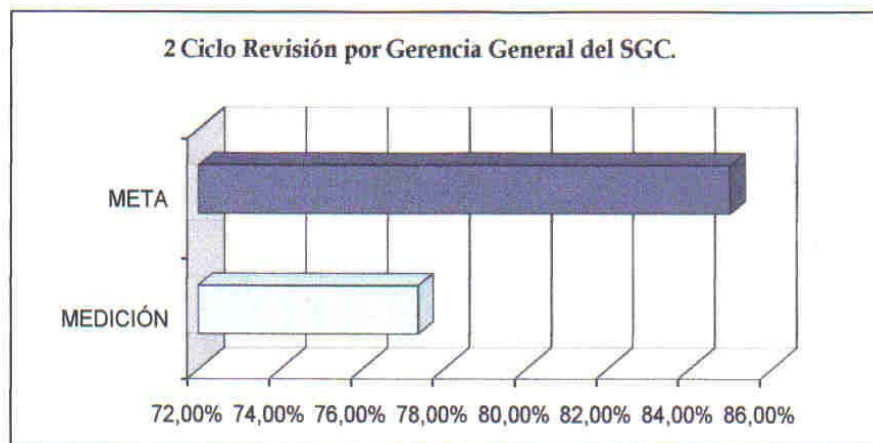
Se evidencia un desarrollo del SGC y un mayor nivel de implementación de la documentación del mismo.

GERENTE GENERAL.
REINALDO MORENO BAYONA**FECHA: 18 de Diciembre de 2007**

PROCESO:	GERENCIA ESTRATÉGICA
NOMBRE DEL INDICADOR:	Cumplimiento del Sistema de Gestión de Calidad
FÓRMULA DEL INDICADOR	FÓRMULA DEL INDICADOR (Total de Indicadores del Sistema de Gestión que se encuentren en el rango aceptable y sobresaliente / Total de Indicadores del Sistema de Gestión de Calidad)*100
RANGO DE GESTIÓN DEL INDICADOR	Sobresaliente >= 85% Aceptable > 60% y < 85% No cumplida <= 60%
META VIVIR	85%
FUENTE DE LOS DATOS	Revisión por Gerencia General del SGC - F-GE-008 Reporte de desempeño por Proceso
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Según revisión por gerencia general del SGC.

COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR 2007

	2 Ciclo Revisión por Gerencia General del SGC.
MEDICIÓN	77,38%
META	85%


ANÁLISIS

El promedio de la gestión obtenido es del 77,38% y se encuentra dentro de un rango de gestión aceptable.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Las oportunidades de mejora mas significativas se presentan en los procesos de Administración de planes, Auditoría (Médica) y Comercial.

PLAN DE MEJORA

	PLAN DE MEJORAMIENTO F-GE-002 Versión 2
---	--

PLAN DE MEJORAMIENTO: SGC

SUCURSAL: VIVIR S.A. Medicina Prepagada - Nacional	FECHA: 19/12/2007
---	--------------------------

OBJETIVO: Establecer las acciones necesarias para el desarrollo y mejora continua de los procesos que conforman el SGC de VIVIR S.A. Medicina Prepagada, así como del servicio prestado; determinando los recursos necesarios para el logro de estas acciones.

ACTIVIDAD	RECURSOS Y HERRAMIENTAS	INDICADORES	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
<p>Proceso Comercial: Fortalecer el canal nacional de venta por corretaje para dar cumplimiento al presupuesto de ventas de la compañía. Desarrollar Plan de Gestión a nivel nacional para la fuerza comercial directa encaminado a la consecución de los objetivos comerciales de la organización así como de su presupuesto de ventas. Presentar un informe de la evolución y seguimiento a los hallazgos de la auditoria interna con fecha 27/12/2007.</p>	<p>Tiempo del personal responsable del proceso. Equipos de Computo. Informes del proceso a nivel nacional. Herramientas informáticas.</p>	<p>Presentar el avance en la consecución del fortalecimiento del canal nacional de ventas por corretaje. Presentar la evolución en el desarrollo del Plan de Gestión para la fuerza comercial directa y su presupuesto de ventas. Presentar el estado de las acciones tomadas con el fin de dar tratamiento a los hallazgos encontrados en auditoria.</p>	25/03/2008	<p>Gerente Comercial Directores Comerciales</p>
<p>Desarrollar conjuntamente con la Dirección de Post Venta un Plan de Gestión a nivel nacional enfocado al tratamiento de las causas mas relevantes de retiro de afiliados.</p>	<p>Tiempo del personal responsable del proceso. Equipos de Computo. Informes del proceso a nivel nacional. Herramientas informáticas.</p>	<p>Apoyar a la Dirección de Post Venta en la presentación de la propuesta de las acciones que constituirán el plan de gestión.</p>	25/03/2008	<p>Gerente Comercial Director Post Venta</p>



PLAN DE MEJORAMIENTO
F-GE-002
Versión 2

<p>Proceso Compras: Establecer una meta y rango de gestión superiores para el indicador de "Proveedores con nivel de desempeño excelente" Solicitar la modificación de la ficha técnica del indicador al área de Calidad comunicándoles los nuevos rangos y meta.</p>	<p>Tiempo del personal responsable del proceso. Equipos de Computo. Informes del proceso a nivel nacional. Herramientas informáticas.</p>	<p>Presentación de la ficha técnica.</p>	<p>11/02/2008</p>	<p>Director Administrativo Coordinador de Procesos</p>
<p>Proceso Talento humano: Desarrollar la evaluación de desempeño dentro de la sucursal. Realizar la medición del indicador de "Personal con desempeño excepcional".</p>	<p>Tiempo del personal responsable del proceso. Equipos de Computo. Informes del proceso a nivel nacional. Herramientas informáticas.</p>	<p>Generación de los soportes de la aplicación de la evaluación de desempeño en las sucursales. Medición del indicador.</p>	<p>11/02/2008</p>	<p>Director Administrativo</p>
<p>Proceso Auditoria: Identificar y dar tratamiento a las causas del incumplimiento al indicador : "Cumplimiento del cronograma de auditoria".(Sucursal Bogotá)</p>	<p>Tiempo del personal responsable del proceso. Equipos de Computo. Informes del proceso a nivel nacional. Herramientas informáticas.</p>	<p>Generación y aplicación de la acción correctiva en respuesta a este incumplimiento, con el objeto de eliminar la(s) causa(s).</p>	<p>11/02/2008</p>	<p>Coordinador de Calidad y Atención al usuario</p>
<p>Proceso Administración de Planes. Coordinar con la Dirección Garantía de Calidad el apoyo a través de línea 01 8000-970744 en la aplicación de encuestas los días sábado y domingo.</p>	<p>Tiempo del personal responsable del proceso. Equipos de Computo. Herramientas informáticas.</p>	<p>Presentar con el apoyo de la Dirección Garantía de Calidad el avance de la actividad.</p>	<p>11/02/2008</p>	<p>Gerente de Servicios de Salud Directora de Garantía de Calidad</p>



PLAN DE MEJORAMIENTO
F-GE-002
Versión 2

<p>Proceso Contratación: Desarrollar un cierre eficaz a todas acciones emprendidas; asegurando el tratamiento de los incumplimientos y/o potenciales incumplimientos dentro de l proceso.</p>	<p>Tiempo del personal responsable del proceso. Equipos de Computo. Informes del proceso a nivel nacional. Herramientas informáticas.</p>	<p>Informe de las acciones emprendidas y el seguimiento a las mismas. (Nivel de Cumplimiento)</p>	<p align="center">25/03/2008</p>	<p align="center">Gerente de Servicios de Salud</p>
<p>Proceso Mejoramiento: Coordinar con la Gerencia de Servicios de Salud el apoyo a través de línea 01 8000-970744 en la aplicación de encuestas los días sábado y domingo.</p>	<p>Tiempo del personal responsable del proceso. Equipos de Computo. Herramientas informáticas.</p>	<p>Apoyar a la Gerencia de Servicios de Salud en la presentación del avance de la actividad.</p>	<p align="center">11/02/2008</p>	<p align="center">Directora de Garantía Calidad</p>
<p>Revisión y ajuste del Manual de Calidad VIVIR S.A. Medicina Prepagada.</p>	<p>Circular Externa N° 47 (Circular Única)</p>	<p>Presentación del Manual de Calidad.</p>	<p align="center">22/02/2008</p>	<p align="center">Coordinadores de Proceso</p>
<p>Proceso Post Venta: Desarrollar conjuntamente con la Gerencia Comercial un Plan de Gestión a nivel nacional enfocado al tratamiento de las causas mas relevantes de retiro de afiliados.</p>	<p>Tiempo del personal responsable del proceso. Equipos de Computo. Informes del proceso a nivel nacional. Herramientas informáticas.</p>	<p>Presentar la propuesta de las acciones que constituirán el plan de gestión.</p>	<p align="center">25/03/2008</p>	<p align="center">Director Post Venta Gerente Comercial</p>



PLAN DE MEJORAMIENTO
F-GE-002
Versión 2

<p>Proceso Gerencia Estratégica: Análisis y cumplimiento de los requisitos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud en la circular única en cada uno de los procesos que conforman el SGC de VIVIR S.A. Medicina Prepagada. Comunicar a Dirección Garantía de Calidad a través de solicitud de modificación, actualización, y generación de documentos, los cambios realizados en las actividades de cada uno de los procesos con el fin de llevar acabo los ajustes en la documentación.</p>	<p>Tiempo del personal responsable del proceso. Circular Externa N° 47 (Circular Única) Equipos de Computo. Informes del proceso a nivel nacional. Herramientas informáticas.</p>	<p>Información de la evolución de las actividades y la metodología para la socialización de los cambios en la reglamentación.</p>	<p align="center">30/04/2008</p>	<p>Dr. Reinaldo Moreno. Dra. Luz Marina Chaparro. Jefe Lida Xiomara Gómez. Dra. Nelly Reyes. Dr. Germán Ortega Carreño. Dr. Marlon Acevedo Ruiz. Dr. Rubén Darío Rueda Reyes. Ing. Juan Gabriel Gómez Barón.</p>
<p>Establecer acciones que aseguren el ajuste de los indicadores por fuera de rangos de gestión aceptables y/o sobresalientes y que conforman el SGC de la organización.</p>	<p>Tiempo del personal responsable del proceso. Equipos de Computo. Informes del proceso a nivel nacional. Herramientas informáticas.</p>	<p>Información sobre el establecimiento de las acciones tendientes al logro de las metas establecidas para cada indicador que integra el SGC.</p>	<p align="center">11/02/2008</p>	<p>Dra. Luz Marina Chaparro. Jefe Lida Xiomara Gómez. Dra. Nelly Reyes. Dr. Germán Ortega Carreño. Dr. Marlon Acevedo Ruiz. Dr. Rubén Darío Rueda Reyes. Ing. Juan Gabriel Gómez Barón.</p>

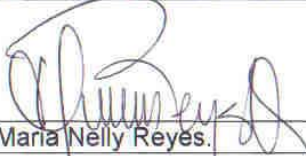


PLAN DE MEJORAMIENTO
F-GE-002
Versión 2

<p>Comunicar a la persona encargada de la sucursal de Tunja la continuidad en el cumplimiento de los requisitos de ley.</p>	<p>Tiempo del personal responsable del proceso. Equipos de Computo. Herramientas informáticas.</p>	<p>No Aplica</p>	<p>11/02/2008</p>	<p>Dra. Luz Marina Chaparro. Jefe Lida Xiomara Gómez. Dra. Nelly Reyes. Dr. Germán Ortega Carreño. Dr. Marlon Acevedo Ruiz. Dr. Rubén Darío Rueda Reyes. Ing. Juan Gabriel Gómez Barón.</p>
<p>Realizar las modificaciones con el fin de ajustar la designación y el nombramiento de los cargos dentro de la documentación de acuerdo a la novedad en el organigrama. (Esta actividad se llevara a cabo en la medida que se presenten las necesidades de modificación en la documentación del SGC; teniendo como fecha limite 31 de Julio de 2008. La Dirección Garantía de Calidad es la responsable de generar los ajustes, con la revisión de los respectivos líderes de proceso.)</p>	<p>Tiempo del personal responsable del proceso. Equipos de Computo. Herramientas informáticas.</p>	<p>No Aplica</p>	<p>31/07/2008</p>	<p>Jefe Lida Xiomara Gómez. Dra. Luz Marina Chaparro. Dra. Nelly Reyes. Dr. Germán Ortega Carreño. Dr. Marlon Acevedo Ruiz. Dr. Rubén Darío Rueda Reyes. Ing. Juan Gabriel Gómez Barón.</p>



PLAN DE MEJORAMIENTO
F-GE-002
Versión 2

CARGO: Gerente General	CARGO: Gerente de Servicios de Salud
FIRMA: 	FIRMA: 
NOMBRE: Reinaldo Moreno Bayona.	NOMBRE: Marlon Acevedo Ruiz.
CARGO: Gerente Comercial	CARGO: Director Post-Venta
FIRMA: 	FIRMA: 
NOMBRE: Rubén Darío Rueda.	NOMBRE: German Ortega Carreño.
CARGO: Director Sistemas	CARGO: Directora Garantía de Calidad
FIRMA: 	FIRMA: 
NOMBRE: Juan Gabriel Gómez.	NOMBRE: Lida Xiomara Gómez.
CARGO: Directora Administrativa	CARGO: Directora Financiera
FIRMA: 	FIRMA: 
NOMBRE: María Nelly Reyes.	NOMBRE: Luz Marina Chaparro.

SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORA



SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO
F-GE-003
Versión 2

PLAN DE MEJORAMIENTO: SGC (19/12/2007)			
SUCURSAL: VIVIR S.A. Medicina Prepagada			FECHA: 11/02/2008
ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	OBSERVACIONES	RESPONSABLE
<p>Proceso Comercial: Fortalecer el canal nacional de venta por corretaje para dar cumplimiento al presupuesto de ventas de la compañía.</p>	<p>Se busca el robustecimiento de la fuerza de venta por corretaje. Se ejecutan capacitaciones con agencias de corretajes. Recapacitación de la fuerza de ventas de la EPS aliada SOLSALUD enfocada a la venta del plan Solplus. Se realizan las gestiones y negociaciones proyectándose un crecimiento de 27 corredores en la principal y 120 en la ciudad de Bogotá</p>	<p>Concretar la gestión de fortalecimiento del canal de ventas.</p>	<p>Gerente Comercial.</p>
<p>Presentar un informe de la evolución y seguimiento a los hallazgos de la auditoria interna con fecha 27/12/2007.</p>	<p>Se desarrollan las acciones correctivas correspondientes al tratamiento de los hallazgos de la auditoria. (8) Numero de no conformidades detectadas. (8) Numero de acciones correctivas levantadas. (5) Numero de acciones correctivas abiertas. (3) Numero de acciones correctivas cerradas.</p>	<p>Ninguna</p>	<p>Gerente Comercial. Coordinador de Procesos.</p>
<p>Desarrollar Plan de Gestión a nivel nacional para la fuerza comercial directa encaminado a la consecución de los objetivos comerciales de la organización así como de su presupuesto de ventas.</p>	<p>Se desarrollan los presupuestos de ventas. (Plan de Mercadeo)</p>	<p>Ninguna</p>	<p>Gerente Comercial.</p>



SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO
F-GE-003
Versión 2

<p>Desarrollar conjuntamente con la Dirección de Post Venta un Plan de Gestión a nivel nacional enfocado al tratamiento de las causas mas relevantes de retiro de afiliados.</p>	<p>Se plantean la ejecución de las siguientes actividades como Plan de Gestión enfocado al tratamiento de las causas de retiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización de la fuerza de comercial entorna al perfil del afiliado para VIVIR S.A. como empresa de Medicina Prepagada. • Desarrollo del modelo de simultaneidad; buscar estrategias con la fuerza comercial que faciliten el traslado de los afiliados de VIVIR a las EPS socias. • Realizar un programa de acercamiento a la red de prestadores con el objeto de reafianzar el modelo de atención a los afiliados de VIVIR S.A. al tiempo que se fortalecen y clarifican las relaciones comerciales. 	<p>Desarrollar el plan de gestión, indicando los recursos necesarios para su ejecución y la metodología a seguir. Presentar propuesta.</p>	<p>Gerente Comercial. Director de Post Venta.</p>
<p>Proceso Compras: Establecer una meta y rango de gestión superiores para el indicador de "Proveedores con nivel de desempeño excelente" Solicitar la modificación de la ficha técnica del indicador al área de Calidad comunicándoles los nuevos rangos y meta.</p>	<p>Se redefinen la meta y rangos de gestión del indicador. Se modifica la ficha técnica y actualiza la documentación.</p>	<p>Ninguna.</p>	<p>Director Administrativo.</p>
<p>Proceso Talento humano: Desarrollar la evaluación de desempeño dentro de la sucursal de acuerdo a la fecha establecida. Realizar la medición del indicador de "Personal con desempeño excepcional".</p>	<p>Se desarrolla la evaluación de desempeño dentro de la sucursal. Se tabulan los resultados y se realiza la medición del indicador.</p>	<p>Ninguna.</p>	<p>Director Administrativo.</p>



SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

F-GE-003

Versión 2

<p>Proceso Auditoria: Identificar y dar tratamiento a las causas del incumplimiento al indicador : "Cumplimiento del cronograma de auditoria".(Sucursal Bogotá)</p>	<p>Se levanta la acción correctiva, identificando y dando tratamiento a las causas del incumplimiento al cronograma de visitas a la red de prestadores.</p>	<p>Ninguna.</p>	<p>Coordinador de Calidad y Atención al usuario.</p>
<p>Proceso Administración de Planes: Coordinar con la Dirección Garantía de Calidad el apoyo a través de línea la 01 8000-970744 en la aplicación de encuestas los días sábado y domingo.</p>	<p>Se coordina con la Dirección Garantía de Calidad la aplicación de encuestas de satisfacción a través de la línea 01-8000-970744. Se realiza capacitación en la aplicación de encuestas.</p>	<p>Ninguna.</p>	<p>Gerente de Servicios de Salud. Coordinador de Procesos.</p>
<p>Proceso Contratación: Desarrollar un cierre eficaz a todas acciones emprendidas; asegurando el tratamiento de los incumplimientos y/o potenciales incumplimientos dentro de l proceso.</p>	<p>Se presenta informe de avance en las acciones emprendidas dentro del proceso. (Anexo 1)</p>	<p>Cumplir con las actividades estimadas para la eliminación del incumplimiento y su(s) causa(s).</p>	<p>Gerente de Servicios de Salud. Coordinador de Procesos.</p>
<p>Proceso Mejoramiento: Coordinar con la Gerencia de Servicios de Salud el apoyo a través de línea 01 8000-970744 en la aplicación de encuestas los días sábado y domingo.</p>	<p>Se coordina con la Gerencia de Servicios de Salud la aplicación de encuestas de satisfacción a través de la línea 01-8000-970744. Se realiza capacitación en la aplicación de encuestas.</p>	<p>Ninguna.</p>	<p>Gerente de Servicios de Salud. Coordinador de Procesos.</p>
<p>Revisión y ajuste del Manual de Calidad VIVIR S.A. Medicina Prepagada.</p>	<p>Se revisa, ajusta y presenta el Manual de Calidad VIVIR S.A.</p>		<p>Coordinador de Procesos.</p>
<p>Proceso Post Venta: Desarrollar conjuntamente con la Gerencia Comercial un Plan de Gestión a nivel nacional enfocado al tratamiento de las causas mas relevantes de retiro de afiliados.</p>	<p>Se plantean la ejecución de las siguientes actividades como Plan de Gestión enfocado al tratamiento de las causas de retiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización de la fuerza de comercial entorna al perfil del afiliado para VIVIR S.A. como empresa de Medicina Prepagada. • Desarrollo del modelo de simultaneidad; buscar estrategias 	<p>Desarrollar el plan de gestión, indicando los recursos necesarios para su ejecución y la metodología a seguir. Presentar propuesta.</p>	<p>Gerente Comercial. Director de Post Venta.</p>

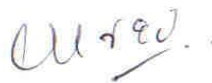
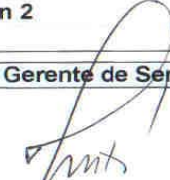
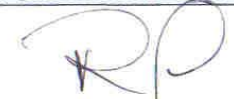


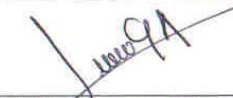

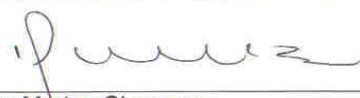


SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO
F-GE-003
Versión 2


	<p>con la fuerza comercial que faciliten el traslado de los afiliados de VIVIR a las EPS socias.</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar un programa de acercamiento a la red de prestadores con el objeto de reafianzar el modelo de atención a los afiliados de VIVIR S.A. al tiempo que se fortalecen y clarifican las relaciones comerciales. 		
<p>Proceso Gerencia Estratégica: Análisis y cumplimiento de los requisitos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud en la circular única en cada uno de los procesos que conforman el SGC de VIVIR S.A. Medicina Prepagada. Comunicar a Dirección Garantía de Calidad a través de solicitud de modificación, actualización, y generación de documentos, los cambios realizados en las actividades de cada uno de los procesos con el fin de llevar a cabo los ajustes en la documentación.</p>	<p>Se inicia la socialización de los requerimientos y la normatividad establecida dentro de la Circular Única emitida por la Superintendencia Nacional de Salud.</p>	<p>Generar los informes a reportar a la Superintendencia Nacional de Salud. Fecha limite 23/04/2008</p>	<p>Dra. Luz Marina Chaparro. Jefe Lida Xiomara Gómez. Dra. Nelly Reyes. Dr. Germán Ortega Carreño. Dr. Marlon Acevedo Ruiz. Dr. Rubén Darío Rueda Reyes. Ing. Juan Gabriel Gómez Barón.</p>
<p>Establecer acciones que aseguren el ajuste de los indicadores por fuera de rangos de gestión aceptables y/o sobresalientes y que conforman el SGC de la organización.</p>	<p>Se realiza un seguimiento a la evolución de los indicadores en el último trimestre del año.</p>	<p>Ajustar los indicadores que aun se encuentran fuera del rango de gestión. (Indicadores del SGC)</p>	<p>Jefe Lida Xiomara Gómez. Dr. Marlon Acevedo Ruiz. Dr. Rubén Darío Rueda Reyes.</p>
<p>Comunicar a la persona encargada de la sucursal de Tunja la continuidad en el cumplimiento de los requisitos de ley.</p>	<p>Se comunica la necesidad de continuar cumpliendo los requisitos de ley dentro de la sucursal de Tunja.</p>	<p>Verificar el cumplimiento de la reglamentación legal.</p>	<p>Jefe Lida Xiomara Gómez. Dr. Marlon Acevedo Ruiz. Dr. Rubén Darío Rueda Reyes.</p>



SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO
F-GE-003
Versión 2

CARGO: Gerente General FIRMA: 	CARGO: Gerente de Servicios de Salud FIRMA: 
NOMBRE: Reinaldo Moreno Bayona.	NOMBRE: Marlon Acevedo Ruiz.
CARGO: Gerente Comercial FIRMA: 	CARGO: Director Post-Venta FIRMA: 
NOMBRE: Rubén Darío Rueda.	NOMBRE: German Ortega Carreño.
CARGO: Director Sistemas FIRMA: 	CARGO: Directora Garantía de Calidad FIRMA: 
NOMBRE: Juan Gabriel Gómez.	NOMBRE: Lida Xiomara Gómez.
CARGO: Directora Administrativa FIRMA: 	CARGO: Directora Financiera FIRMA: 
NOMBRE: María Nelly Reyes.	NOMBRE: Luz Marina Chaparro.

RESULTADO DE LA MEDICIÓN DE LOS INDICADORES DEL SGC

 INDICADORES DEL SGC									
Indicadores / Proceso (Año 2007)	Bucaramanga			Bogotá			Tunja		
Administración de Planes.									
% Ejecución del Presupuesto para el Costo Medico.	No Cumplida (113,94%)			Aceptable (97,56%)			Sobresaliente (83,72%)		
	Octubre 100% Aceptable	Noviembre 100% Aceptable	Diciembre 100% Aceptable				Octubre 62% Sobresaliente	Noviembre 92% Sobresaliente	Diciembre 143% No Cumplida
% Cumplimiento de presupuesto por ingreso promedio mes.	No Cumplida (76,35%)			No Cumplida (68,47%)			No Cumplida (76,05%)		
	Octubre 62% Sobresaliente	Noviembre 56% Sobresaliente	Diciembre 56% Sobresaliente	Octubre 68% No Cumplida	Noviembre 67% Aceptable	Diciembre 31% Sobresaliente	Octubre 62% Sobresaliente	Noviembre 65% Aceptable	Diciembre 101% No Cumplida
% Órdenes anuladas.	No Cumplida (4,77%)			Aceptable (1,66%)			Aceptable (1,44%)		
	Octubre 5% No Cumplida	Noviembre 9% No Cumplida	Diciembre 8% No Cumplida	Octubre 2% No Cumplida	Noviembre 2% No Cumplida	Diciembre 1% Aceptable			

Comercial									
	No Cumplida (32,85%)			No Cumplida (31,78%)			No Cumplida (6,59%)		
Gestión del presupuesto comercial.	Octubre 19,17% No Cumplida	Noviembre 48,80% No Cumplida	Diciembre 26,20% No Cumplida	Octubre 33,93% No Cumplida	Noviembre 43,75% No Cumplida	Diciembre 25,60% No Cumplida	Octubre 5,10% No Cumplida	Noviembre 12,50% No Cumplida	Diciembre 0% No Cumplida
% De renovación de contratos de los afiliados.	Aceptable – Nacional (73,72%)								
	Aceptable (1,70%)			Sobresaliente (1,21%)			No Cumplida (6,74%)		
% de retiros.	Octubre 4,17% No Cumplida	Noviembre 3,18% No Cumplida	Diciembre 1,67% Aceptable	Octubre 0% Sobresaliente	Noviembre 3,83% No Cumplida	Diciembre 1,40% Aceptable	Octubre 0% Sobresaliente	Noviembre 1,35% Aceptable	Diciembre 34% No Cumplida
Prospección de visitas.	Sobresaliente (100,99%)			Sobresaliente (81,51%)			Sobresaliente (120,55%)		
	No Cumplida (25,85%)			No Cumplida (44,17%)			No Cumplida (9,424%)		
Productividad de asesores.	Agosto 18,75% No Cumplida	Septiembre 50% No Cumplida	Octubre 17,96% No Cumplida	Agosto 32,03% No Cumplida	Septiembre 57,64% No Cumplida	Octubre 59,38% No Cumplida	Agosto 4,28% No Cumplida	Septiembre 20% No Cumplida	Octubre 7,14% No Cumplida

Compras				
Proveedores con nivel de desempeño Excelente.	Sobresaliente (66%)	Sobresaliente (50%)	Sobresaliente (100%)	
Financiero				
Provisión cartera mayor a 60 días.	Aceptable (24,24%)	Aceptable (34,88%)	Aceptable (27,61%)	
Periodo promedio de cobro.	Aceptable (19,6 Días)	No Cumplida (26 Días)		Aceptable (22,6 Días)
		Octubre 24 Días Aceptable	Noviembre 25 Días Aceptable	
Nivel de endeudamiento.	Aceptable (54,74%)			
Mejoramiento				
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina general.	Aceptable (1,08 Días)	Aceptable (1,5 Días)	Aceptable (1,57 Días)	
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina especializada interna.	Aceptable (5,75 Días)	Aceptable (3,81 Días)	Aceptable (6,93 Días)	

Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina especializada ginecología.	Aceptable (5,23 Días)			Aceptable (4,12 Días)			Aceptable (4,63 Días)		
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina especializada pediatría.	Aceptable (3,25 Días)			Aceptable (2,69 Días)			Aceptable (4,06 Días)		
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina especializada cirugía.	Aceptable (4,66 Días)			Aceptable (2,31 Días)			Aceptable (4,49 Días)		
Tasa de satisfacción global red.	Sobresaliente (88,81%)			Sobresaliente (89,99%)			Sobresaliente (95,91%)		
Tasa de satisfacción global VIVIR S.A.	Sobresaliente (86,58%)			Sobresaliente (87,05%)			Sobresaliente (94,9%)		
Proporción de quejas resueltas antes de 15 días.	No Cumplida (54,44%)			Aceptable (75%)			Sobresaliente (100%)		
	Octubre 45% Aceptable	Noviembre 33% No Cumplida	Diciembre 67% Aceptable						

% acciones eficaces – correctivas.	Sobresaliente (91%)	Sobresaliente (100%)	Sobresaliente (95,66%)
% acciones eficaces – preventivas.	Sobresaliente (100%)		
Post Venta			
% Hospitalización.	Sobresaliente – Nacional (129%)		
% Urgencias.	Sobresaliente – Nacional (94,6%)		
% Felicitaciones.	Sobresaliente – Nacional (100,66%)		
% Renovaciones.	Sobresaliente – Nacional (106,83%)		
% Clientes Nuevos.	Sobresaliente – Nacional (103%)		
% Visitas contratos colectivos.	Sobresaliente – Nacional (105,5%)		

Sistemas de Información y Comunicación.			
Tiempo de respuesta a requerimientos de mantenimiento.	Sobresaliente – Nacional (1 Hora)		
Talento Humano			
Cumplimiento del programa de capacitaciones.	Sobresaliente (77%)	Sobresaliente (77%)	
Personal nivel de desempeño excepcional.	Aceptable (7,41)	Sobresaliente (38,46)	
Auditoria			
Cumplimiento del cronograma de visitas a la red de prestadores.	Sobresaliente (91%)	No Cumplida (35%) No se llevan acabo visitas en el ultimo periodo.	Sobresaliente (89%)
% IPS Visitadas que cumplen requisitos legales.	Sobresaliente (100%)	Sobresaliente (83%)	Sobresaliente (100%)
Auditoria Medica Intrahospitalaria.	No se evidencia la medición del Indicador.		

Contratación	
Tiempos de contratación.	No se evidencia fuente de los datos actas de comité de contratación.

Anexo 14. Informe de Revisión Previa

1 INFORMACIÓN GENERAL		
ORGANIZACIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> • VIVIR S.A. MEDICINA PREPAGADA. • Página Electrónica: • www.vivirprepagada.com 		
LOCALIZACIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> • Principal: Carrera 33 No 52 - 18. • Bucaramanga – Santander- Colombia • Sucursal : Calle 82 No 19 A -05 • Bogotá. D.C. 		
ALCANCE		
<ul style="list-style-type: none"> • Comercialización y administración de planes de medicina prepagada 		
EXCLUSIONES JUSTIFICADAS (ISO 9001)		
<p>7.3. DISEÑO Y DESARROLLO: Los planes de de medicina prepagada comercializados por la organización están presentes en el mercado y son aprobados por la superintendencia de Salud.</p> <p>7.6 CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN: Los servicios ofrecidos por la organización no requieren de equipos de medición para la realización de su seguimiento.</p>		
CÓDIGO SECTOR: 38/1		
CRITERIOS: ISO 9001:2000		
REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN		
• Nombre:	REINALDO MORENO BAYONA.	
• Cargo:	GERENTE	
• Correo electrónico:	gerencia@vivirprepagada.com	
	FECHA	DURACIÓN (días – auditor)
REVISIÓN PREVIA	2008-03-04	0.5
EQUIPO AUDITOR		
• Líder:	CARLOS ALFREDO RUEDA RUIZ	

Este informe se comunicará después de la auditoria únicamente a la empresa y no será divulgado a terceros sin su Autorización.

2. OBJETIVOS		
2.1 Confirmar el alcance de la auditoria		
2.2 Revisar el entendimiento por parte de la Organización de los requisitos especificados.		
2.3 Recopilar la información relacionada con el alcance del Sistema de Gestión, los procesos, sitios de la Organización solicitante y la capacidad de cumplimiento de los requisitos reglamentarios aplicables.		
2.4 Revisar la disponibilidad de recursos para la Auditoria en sitio (Etapa II).		
2.5 Determinar la adecuación de la documentación a los criterios de auditoria.		
2.6 Evaluar si la realización de auditorias internas, de las revisiones por la dirección del Sistema de Gestión y el nivel de implementación del Sistema, sustentan que la organización está preparada para la Auditoria en sitio (Etapa II).		
2.7 Determinar el estado de implementación del Sistema de Gestión.		
2.8 Elaborar un informe de Revisión Previa que incluye los resultados y conclusiones en relación con la viabilidad de realizar la Auditoria en Sitio (Etapa II).		
2.9 Establecer el plan de auditoria, si los resultados lo ameritan.		
3 INFORMACIÓN RELACIONADA CON LOS SITIOS QUE SERAN AUDITADOS		
3.1 Sitios que se auditarán, diferentes al sitio principal (si aplica)		
Sucursal : Calle 82 No 19 A -05 Bogotá. D.C.		
4 IDENTIFICACIÓN DE CLIENTES (Solo aplica para ISO 9001:2000)		
4.1 Clientes de la organización.		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Afiliados ▪ Comunidad en general 		
4.2 Documento (s) establece (n) los requisitos de los clientes.		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ MANUAL DE CALIDAD. ▪ Proceso de Administración de planes ▪ Contrato 		
5 IDENTIFICACIÓN DE REQUISITOS		
5.1 Documento (s) establece (n) los requisitos de las partes interesadas		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contrato ▪ 		
5.2 Principales requisitos legales y reglamentarios aplicables a las actividades, productos y servicios.		
Resolución 1016	Año 1989	Copaso

Decreto 1570	Año 1993	Por el cual se reglamenta la Ley 10 de 1990 en cuanto a la organización y funcionamiento de la medicina prepagada.
Decreto 2649	Año 1993	Por el cual se reglamenta la contabilidad en general y se expiden los principios o normas de contabilidad generalmente aceptados en Colombia.
Decreto 1486	Año 1994	Por el cual se reglamenta el estatuto orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud en cuanto a la organización y funciones de la medicina prepagada, se modifica el decreto 1570 de 1993 y se dictan otras disposiciones.
Decreto 1222	Año 1994	Por el cual se reglamenta parcialmente la ley 10 de 1990 en cuanto a la organización y funcionamiento de la medicina prepagada. (Definición de preexistencia)
Decreto 1295	Año 1994	Reporte de accidentes
Ley 222	Año 1995	Por el cual se modifica el libro II del código de comercio se expide un nuevo régimen de procesos concursales y se dictan otras disposiciones
Decreto 723 de 1997	Año 1997	Por el cual se dictan disposiciones que regulan algunos aspectos de las relaciones entre las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud.
Ley 603	Año 2000	Por el se modifica el artículo 47 de la ley 222 de 1995
ISO 9001: 2000	Año 2000	Sistema de Gestión de la Calidad basado en Procesos
Resolución 1804	Año 2004	Plan de Cuentas EPS y entidades prepago
Decreto 1011 de 2006	Año 2006	Condiciones de habilitación de las entidades administradores de planes beneficios

Resolución 1446 de 2006	Año 2006	Por el cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención Salud.
Resolución 1043	Año 2006	Condiciones de habilitación para las instituciones prestadoras de servicios de salud
Circular Externa 047 (Circular Única)	Año 2007	Instrucciones generales y remisión de información para la inspección, vigilancia y control
Decreto 1122	Año 2007	Sistema General de Seguridad Social en Salud
Resolución 2346	Año 2007	Por el cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales.

6 REVISIÓN PREVIA	SI	NO
6.1 El alcance de la certificación está definido?		X
6.2 Las exclusiones son adecuadas? (Aplica para ISO 9001: 2000).	X	
6.3 Existen procesos de origen externo?		X
6.4 Está definido el control sobre los procesos de origen externo?		N/A
6.5 Se cuenta con la capacidad de cumplir los requisitos legales y reglamentarios aplicables?	X	
6.6 Se cuenta con información acerca de los resultados del seguimiento y medición?	X	
6.7 Se han realizado auditorias internas al Sistema de Gestión para determinar su conformidad con los requisitos especificados y si el Sistema se ha implementado y mantenido eficazmente?	X	
6.8 Se han realizado Revisiones por la Dirección para asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia del Sistema?	X	
6.9 Se cuenta con los recursos y condiciones para la auditoria en sitio?	X	
6.10 El representante de la alta dirección tiene la autoridad y la responsabilidad definida acorde con los requisitos establecidos en la norma de requisitos de gestión.	X	

7 ADECUACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA (Solo aplica para ISO 9001)		
FECHA DEL MANUAL:	Febrero de 2008	
VERSIÓN	M-MJ-001	VERSIÓN 05
EXCLUSIONES JUSTIFICADAS: 7.3. DISEÑO Y DESARROLLO: Los planes de de medicina prepagada comercializados por la organización están presentes en el mercado y son aprobados por la superintendencia de Salud. 7.6 CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN: Los servicios ofrecidos por la organización no requieren de equipos de medición para la realización de su seguimiento.		
ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		
	SI	NO
1. Se identifican los procesos necesarios para el SGC y su secuencia?	X	
2. Se describe la interacción entre los procesos del SGC en el Manual?	X	
3. La descripción del SGC especifica los criterios y métodos necesarios para asegurar la eficaz operación y el control de los procesos?	X	
4. La descripción del SGC indica los recursos e información necesarios para apoyar la operación de los procesos?	X	
5. La descripción del SGC indica las disposiciones para realizar seguimiento, medición y análisis de los procesos?	X	
6. La descripción del SGC indica las disposiciones para el mejoramiento continuo de los procesos?	X	
7. El manual incluye la relación de los procesos con los requisitos de la norma ISO 9001 para así mostrar como se ha planificado cumplir con éstos ?		X
8. El manual hace referencia a la documentación exigida por la norma ISO 9001?	X	
9. El manual hace referencia a los documentos necesitados por la organización para asegurar eficaz planificación y control de los procesos del SGC?	X	

8 ADECUACIÓN DE OTROS REQUISITOS PARA SISTEMAS DE GESTIÓN :		
INFORMACIÓN MÍNIMA QUE SE DEBE ANALIZAR ACERCA DE LA IMPLEMENTACIÓN DE OTROS REQUISITOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN, ADICIONALES A LOS EVALUADOS ANTERIORMENTE.	SI	NO
1. Se identifican los aspectos ambientales / peligros y riesgos / PCC / riesgos, según aplique?		N/A
2. Se describen los Programas de gestión aplicables para el desarrollo de los objetivos del sistema?		N/A
3. La descripción de los criterios y métodos necesarios para asegurar que la eficaz operación y el control de las actividades / productos / servicios / riesgo, según sea aplicable?		N/A
4. Se definen en el Sistema de Gestión los recursos e información necesarios para apoyar y realizar el seguimiento, medición y análisis de las actividades, productos y servicios?		N/A
5. La descripción del Sistema de Gestión indica las disposiciones para el mejoramiento continuo de los procesos?		N/A
6. Se han definido y formalizado de manera eficaz la documentación exigida por la norma de requisitos aplicable ISO 14001, OHSAS 18001, ISO 22000, ISO 27001, etc.?		N/A
7. Se ha definido el Plan de emergencias, se tienen desarrolladas pruebas periódicas (simulacros) y existen las actividades preventivas para el manejo de los riesgos potenciales para el Sistema de Gestión que aplique		N/A
8. Esta definidas la comunicación con las partes interesadas internas y externas relacionadas con el Sistema de Gestión ?		N/A
OBSERVACIONES A LA ADECUACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN (aplica para todo Sistema de Gestión)		
OBSERVACIONES: <ul style="list-style-type: none"> o Identificar quienes son los clientes y cuales son sus requisitos. o Incluir dentro del manual un listado de los aspectos legales y/o reglamentarios que afectan la prestación del servicio. o Incluir dentro del manual la matriz de cumplimiento de los numerales de la norma por procesos. o Sustentar la exclusión del numeral 7.6. 		

9. OPORTUNIDADES DE MEJORA

NRO	PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA
1	PROCESO DE MEJORAMIENTO	Excluir numeral 7.3 DISEÑO Y DESARROLLO, hasta que la organización consolide el proceso y muestre las evidencias que lo sustenta.

10. CONCLUSIÓN DE LA REVISIÓN PREVIA	
X	Se recomienda la continuación de este proceso con la Auditoria en sitio (Etapa II), programada para los días 17,18 y 19 de Marzo de 2008.
N/A	Se recomienda la realización de una nueva "REVISIÓN PREVIA" después de la corrección de las debilidades indicadas en este informe.

11. DIRECCIÓN DE LAS SEDES CUBIERTAS POR EL SISTEMA	
N°	<ul style="list-style-type: none"> VIVIR S.A. MEDICINA PREPAGADA.
1.	Principal: Carrera 33 No 52 - 18. Bucaramanga – Santander- Colombia Sucursal : Calle 82 No 19 A -05 Bogotá. D.C.
2.	N/A

Auditor: CARLOS ALFREDO RUEDA RUIZ	Fecha: 2008/03/04
------------------------------------	-------------------

Anexo 15. Plan de Auditoria en Sitio

EMPRESA:	VIVIR S.A. MEDICINA PREPAGADA.		
Dirección:	Principal: Carrera 33 No 52 - 18. Bucaramanga – Santander- Colombia Sucursal : Calle 82 No 19 A -05 Bogotá. D.C.		
Representante:	REINALDO MORENO BAYONA.	Fax:	6435095
Cargo:	GERENTE	Correo electrónico	gerencia@vivirprepagada.com
Alcance: Comercialización y administración de planes de medicina prepagada			
CRITERIOS DE AUDITORIA	NTC-ISO 9001/2000		
Tipo de auditoria:	<input type="checkbox"/> PRE - AUDITORIA	<input checked="" type="checkbox"/> OTORGAMIENTO	<input type="checkbox"/> SEGUIMIENTO
<input type="checkbox"/> EXTRAORDINARIA	<input type="checkbox"/> AMPLIACIÓN	<input type="checkbox"/> RENOVACIÓN	<input type="checkbox"/>
Reunión de Apertura:	2008-03-17	Hora:	8.00 A.M
Reunión de Cierre:	2008-03-19	Hora:	5.00 P.M
<p>Con un cordial saludo, me dirijo a usted para remitir la propuesta del plan de la Auditoria que se realizará al Sistema de Gestión de su organización. Por favor indique en la columna correspondiente, el nombre y cargo de las personas que atenderán cada entrevista y devolverlo a mi correo electrónico. Así mismo, para la reunión de apertura de la auditoria le agradezco invitar a las personas relevantes de las áreas que serán auditadas.</p> <p>Para el balance diario de información del equipo auditor le agradezco disponer de una oficina o sala, así como también de acceso la documentación del sistema de gestión.</p> <p>Para la reunión inicial le pido el favor de disponer un proyector para computador (sólo para auditorías de certificación inicial).</p> <p>En cuanto a las condiciones de seguridad y salud ocupacional aplicables a su organización, por favor informarlas el día de esta visita y disponer el suministro de los equipos de protección personal necesarios.</p> <p>La información que se conozca por la ejecución de esta auditoria será tratada confidencialmente, por parte del equipo auditor e Icontec. El idioma de la auditoria y su informe será el español.</p>			
Auditor Líder:	CARLOS ALFREDO RUEDA RUIZ	Correo electrónico	carlosrueda227@yahoo.com
Auditor:	N/A	Auditor	N/A

Experto técnico:	ET		
Fecha:	2008-03-04		

FECHA	HORA	PROCESO / ACTIVIDAD / REQUISITO POR AUDITAR	AUDITOR	CARGO Y NOMBRE
MARZO 17 DE 2008 B/MANGA				
Mar 17	8.00 A M	REUNIÓN DE APERTURA		
	8.30 A M	PROCESO DE GERENCIA ESTRATÉGICA: Planteamientos estratégicos. Gestión De recursos. Política y objetivos de calidad. 4.1.4.2.1, 4.2.2, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4.1, 5.4.2, 5.5, 6.	CAR-ET	
	9.30 A M	PROCESO DE GESTIÓN COMERCIAL: Mercadeo, publicidad, Control al proceso.. 7.1, 7.2, 7.5.1, 7.5.2, 7.4, 8.2.1	CAR-ET	
	10.30 A M	PROCESOS DE REALIZACIÓN: Contratación De red, Control del proceso. Detección de producto no conforme. 4.2.3, 4.2.4, 8.2.1, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5.	CAR-ET	
	12.30 M	RECESO		
	2.00 P.M	PROCESOS DE REALIZACIÓN: Administración de planes de beneficios, Post venta. Control del proceso. Detección de producto no conforme. 4.2.3, 4.2.4, 8.2.1, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5.	CAR-ET	
	3.00 P.M	PROCESO DE COMPRAS: Evaluación de proveedores, inspección en compras. Inspección del producto comprado. 7.4.1, 7.4.2, 7.4.3	CAR-ET	
	4.00 P.M	REUNIÓN EQUIPO AUDITOR	CAR-ET	
MARZO 18 DE 2008 BOGOTÁ				
Mar 18	8.00 A M	REUNIÓN DE APERTURA	CAR	
	8.30 A M	PROCESO DE GESTIÓN COMERCIAL: Mercadeo, publicidad, Control al proceso.. 7.1, 7.2, 7.5.1, 7.5.2, 7.4, 8.2.1	CAR	
	9.30 A M	PROCESOS DE REALIZACIÓN: Administración de planes de beneficios. Control del proceso. Detección de producto no conforme. 4.2.3, 4.2.4, 8.2.1, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5.	CAR	
	10.30 A M	PROCESOS DE ADMINISTRACIÓN Y MEJORA: Programación de auditorias de red. Acciones correctivas y preventivas. Mejora continua. Satisfacción del cliente, Quejas y reclamos 4.2.3, 4.2.4, 8.2.1, 8.2.4, 8.4, 8.5.	CAR	

FECHA	HORA	PROCESO / ACTIVIDAD / REQUISITO POR AUDITAR	AUDITOR	CARGO Y NOMBRE
	11.30 A.M	PROCESO DE GESTIÓN FINANCIERA	CAR	
	12.30 M	RECESO		
	3.00 P.M	REGRESO B/MANGA		
MARZO 19 DE 2008 B/MANGA				
Mar 19	8.00 A.M	RETROALIMENTACIÓN		
	8.30 A.M	PROCESOS DE ADMINISTRACIÓN Y MEJORA: Programación de auditorías, planificación de auditorías, Revisión e informe de auditorías. Control de documentos y datos. Acciones correctivas y preventivas. Mejora continua. Satisfacción del cliente, Quejas y reclamos 4.2.3, 4.2.4, 8.2.1, 8.2.4, 8.4, 8.5.	CAR	
	10.00 A.M	PROCESO RECURSO HUMANO: Establecimiento de perfiles, programas de capacitación y formación. Nivel de competencias. 6.2.1, 6.2.2	CAR	
	11.30 A.M	PROCESO DE GESTIÓN FINANCIERA	CAR	
	12.30 M	RECESO		
	2.00 A.M	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN: Retroalimentación, Informe de revisión por la Dirección.5.6	CAR	
	3.00 P.M	ELABORACIÓN INFORME	CAR	
	5.00 P.M	REUNIÓN DE CIERRE.	CAR	
NOTA: La programación se puede ajustar de acuerdo al desarrollo y duración de las entrevistas o la facilidad de auditar primero unos procesos que a otros.				
Observaciones:				
<ol style="list-style-type: none"> 1. Favor disponer, para el primer día, los siguientes documentos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Una copia del Listado maestro de documentos del sistema de gestión de calidad. ➤ Listado de los requisitos legales o reglamentarios aplicables al producto o servicio ofrecido. ➤ Una copia del mapa de procesos. 2. Los elementos 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos, 8.2.4 seguimiento y medición del producto se auditarán en todas las áreas y procesos aplicables. <ul style="list-style-type: none"> • Auditor Líder: Carlos Alfredo Rueda Ruiz CAR– Especialista: ET 				

Anexo 16. Informe de Auditoria en Sitio

1 INFORMACIÓN GENERAL		
ORGANIZACIÓN		
VIVIR S.A. MEDICINA PREPAGADA.		
SITIO WEB		
<ul style="list-style-type: none"> www.vivirprepagada.com 		
DIRECCIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> Principal: Carrera 33 No 52 - 18. Bucaramanga – Santander- Colombia Sucursal : Calle 82 No 19 A -05 Bogotá D.C.-Colombia 		
ALCANCE		
<ul style="list-style-type: none"> Comercialización y administración de planes de medicina prepagada 		
<ul style="list-style-type: none"> Commercialization and administration of pre-paid medical plans. 		
EXCLUSIONES JUSTIFICADAS (ISO 9001)		
<ul style="list-style-type: none"> 7.3. DISEÑO Y DESARROLLO: Los planes de de medicina prepagada comercializados por la organización están presentes en el mercado y son aprobados por la superintendencia de Salud. 7.6 CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN: Los servicios ofrecidos por la organización no requieren de equipos de medición para la realización de su seguimiento. 		
CÓDIGO SECTOR: 38/1		
REQUISITOS DE CERTIFICACIÓN: NTC-ISO 9001/2000		
REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> Nombre: 	REINALDO MORENO BAYONA.	
<ul style="list-style-type: none"> Cargo: 	GERENTE	
<ul style="list-style-type: none"> Correo electrónico 	gerencia@vivirprepagada.com	
TIPO DE AUDITORIA: OTORGAMIENTO		
	FECHA	DURACIÓN (días –
AUDITORIA EN SITIO	2008/03/17, 18, 19	2.5
AUDITORIA COMPLEMENTARIA (si aplica)	N/A	N/A
EQUIPO AUDITOR		
<ul style="list-style-type: none"> Líder: 	CARLOS ALFREDO RUEDA RUIZ	
<ul style="list-style-type: none"> Auditor: 	N/A	
<ul style="list-style-type: none"> Auditor: 	N/A	

• Experto Técnico:	HENRY MAURICIO RUIZ
DATOS DEL CERTIFICADO (si aplica)	
Código	• N/A
Fecha de emisión inicial	• N/A
Fecha última renovación (si aplica)	• N/A
Fecha vencimiento:	• N/A

2 OBJETIVOS DE LA AUDITORIA:
<p>2.1 Determinar la conformidad del sistema de gestión con los criterios de auditoria.</p> <p>2.2 Evaluar la capacidad del sistema de gestión para asegurar el cumplimiento de los requisitos contractuales, legales y reglamentarios aplicables al alcance del sistema de gestión y a la norma de requisitos de gestión.</p> <p>2.3 Determinar la eficaz implementación y mantenimiento del sistema de gestión.</p> <p>2.4 Identificar oportunidades de mejora en el sistema de gestión.</p>

3 ACTIVIDADES DESARROLLADAS:
<ul style="list-style-type: none"> • El día 2008-03-04 se realizó la etapa 1 de la auditoria de otorgamiento, donde se efectuó el análisis al Manual de Calidad M-MJ-001 Versión 05 de Febrero de 2008, proporcionado por la organización VIVIR S.A. MEDICINA PREPAGADA., el cual describe de manera coherente y adecuada el Sistema de Gestión de la Calidad implementado, y además responde a los requerimientos establecidos en la norma internacional NTC ISO 9001:2000. • Se elaboró el respectivo plan de auditoría el día 2008-03-04, de acuerdo a los objetivos establecidos para la realización de la auditoria de otorgamiento, a los criterios de la norma Internacional NTC ISO 9001:2000, así como los contenidos en la documentación de la organización y los contratos de afiliación establecidos con los clientes, para lo cual se determinó la secuencia de entrevistas a realizar acorde a los procesos establecidos por la organización dentro de su manual de calidad. Los procesos establecidos por la organización que fueron auditados en la presente auditoría de otorgamiento son los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Proceso de Gerencia Estratégica ○ Proceso de Mejoramiento ○ Proceso de Contratación de Red ○ Proceso de Comercial ○ Proceso de Administración de Planes de Beneficio ○ Proceso de Post Venta ○ Proceso de Talento Humano ○ Proceso de Sistemas de Información ○ Proceso de Compras ○ Proceso de Auditoría • Se realizó la reunión de apertura el día 2008-03-17 en las instalaciones de la organización ubicadas en la ciudad de Bucaramanga, Santander, contando con la asistencia del personal responsable de los procesos incluidos dentro del plan de auditoria del 2008-03-04, y se dio inicio a la auditoria de otorgamiento; Se efectuó la verificación de la conformidad del sistema de gestión de calidad con los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000, se determinó la eficacia del mismo mediante la realización de auditoría a los procesos contenidos en el plan de auditoría, así como a los contratos de afiliación establecidos con el cliente, iniciando con los procesos gerenciales o de dirección, los de apoyo y prosiguiendo con los de realización, aplicando la metodología del ciclo P-H-V-A. Los procesos gerenciales, los procesos de

realización y los procesos de apoyo se auditaron en las instalaciones de la organización ubicadas en la Carrera 33 No 52 – 18 de la ciudad de Bucaramanga.

- Se verificó que la organización comercializa dos planes de medicina prepagada identificados por ellos mismos como “Plan excelencia” y Plan Calidad”, constituyéndose en los servicios que la organización tiene abiertos al público y que sustentan el alcance señalado en el presente informe.
- Se verificó, mediante la aplicación de la descripción de los Contratos de Afiliación Nos F2336 y F2337, comercializados en la oficina principal de Bucaramanga, la capacidad de la organización para realizar las actividades establecidas en el alcance propuesto, así como la aplicación del sistema de gestión de la calidad implementado por la organización. La información general de estos Contratos de Afiliación se presentan a continuación:

Contrato.	No F2336
Plan.	CALIDAD
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA, HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA Y LOS DEMÁS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS CONTEMPLADOS EN EL CONTRATO POR PARTE DE LOS MPEDICOS PROFESIONALES DE LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES, CENTRO DE DIAGNÓSTICO E INSTITUCIONES HOSPITALARIAS PERTENECIENTES A SU CUADRO MÉDICO EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES CONVENIDAS.
Fecha de auditoría	2008-03-17
Loc. procesos de realización	Bucaramanga – Santander
Contratante	LOPEZ CELY MARGARITA
Contratista	VIVIR S.A. MEDICINA PREPAGADA
Fecha Inicio	2008-01-05
Fecha Terminación	2009-01-04

Contrato.	No F2337
Plan.	EXCELENCIA
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA, HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA Y LOS DEMÁS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS CONTEMPLADOS EN EL CONTRATO POR PARTE DE LOS MPEDICOS PROFESIONALES DE LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES, CENTRO DE DIAGNÓSTICO E INSTITUCIONES HOSPITALARIAS PERTENECIENTES A SU CUADRO MÉDICO EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES CONVENIDAS.
Fecha de auditoría	2008-03-17
Loc. procesos de realización	Bucaramanga – Santander
Contratante	CELIS DE MURILLO ALBA MARIA
Contratista	VIVIR S.A. MEDICINA PREPAGADA
Fecha Inicio	2008-01-05
Fecha Terminación	2009-01-04

- El 2008-03-18 se realizó traslado del equipo auditor a la ciudad de Bogotá D.C., realizándose una nueva reunión de apertura con la presencia del personal administrativo y operativo de la sucursal de la organización ubicada en la Calle 82 No 19 A -05, donde se logro evidenciar mediante auditoría a los procesos de realización, la capacidad de la organización de ofrecer y comercializar los servicios establecidos. Se verificó esta capacidad, mediante la revisión del Contrato de Afiliación No F-2376-0001, cuya información general se cita a continuación:

Contrato.	No F-2376-0001
Plan.	EXCELENCIA
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA, HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA Y LOS DEMÁS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS CONTEMPLADOS EN EL CONTRATO POR PARTE DE LOS MPEDICOS PROFESIONALES DE LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES, CENTRO DE DIAGNÓSTICO E INSTITUCIONES HOSPITALARIAS PERTENECIENTES A SU CUADRO MÉDICO EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES CONVENIDAS.
Fecha de auditoría	2008-03-17
Loc. procesos de realización	Bogotá D.C.
Contratante	CARDONA LONDOÑO OLGA LUCIA
Contratista	VIVIR S.A. MEDICINA PREPAGADA
Fecha Inicio	2008-03-05
Fecha Terminación	2009-03-04

- Se revisó la redacción del alcance propuesto, quedando definitivamente tal como se transcribe a continuación: **“Comercialización y administración de planes de medicina prepagada”**.
- Se verificó la capacidad de VIVIR S.A. MEDICINA PREPAGADA., para cumplir con los requisitos legales y reglamentarios aplicables tales como:

Decreto 1570	Año 1993	Por el cual se reglamenta la Ley 10 de 1990 en cuanto a la organización y funcionamiento de la medicina prepagada.
Decreto 2649	Año 1993	Por el cual se reglamenta la contabilidad en general y se expiden los principios o normas de contabilidad generalmente aceptados en Colombia.
Decreto 1486	Año 1994	Por el cual se reglamenta el estatuto orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud en cuanto a la organización y funciones de la medicina prepagada, se modifica el decreto 1570 de 1993 y se dictan otras disposiciones.
Decreto 1222	Año 1994	Por el cual se reglamenta parcialmente la ley 10 de 1990 en cuanto a la organización y funcionamiento de la medicina prepagada. (Definición de preexistencia)
Decreto 1295	Año 1994	Reporte de accidentes
Ley 222	Año 1995	Por el cual se modifica el libro II del código de comercio se expide un nuevo régimen de

		procesos concursales y se dictan otras disposiciones
Decreto 723 de 1997	Año 1997	Por el cual se dictan disposiciones que regulan algunos aspectos de las relaciones entre las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud.
Ley 603	Año 2000	Por el se modifica el artículo 47 de la ley 222 de 1995
Resolución 1804	Año 2004	Plan de Cuentas EPS y entidades prepago
Decreto 1011 de 2006	Año 2006	Condiciones de habilitación de las entidades administradores de planes beneficios
Resolución 1446 de 2006	Año 2006	Por el cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoreo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención Salud.
Resolución 1043	Año 2006	Condiciones de habilitación para las instituciones prestadoras de servicios de salud
Circular Externa 047 (Circular Única)	Año 2007	Instrucciones generales y remisión de información para la inspección, vigilancia y control
Decreto 1122	Año 2007	Sistema General de Seguridad Social en Salud
Resolución 2346	Año 2007	Por el cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales.

- Se indicó a la Dirección las condiciones y términos de referencia del ICONTEC que rigen el certificado de Gestión de Calidad con base en la norma **NTC-ISO 9001:2000**, incluyendo las disposiciones para quejas y reclamos.
- Se llevó a cabo la reunión de cierre el día 2008-03-19 en las instalaciones de la organización ubicadas en la ciudad de Bucaramanga, Santander, y se informó sobre los hallazgos de la auditoría de otorgamiento efectuada. No se detectaron no conformidades mayores ni menores en la presente auditoría de otorgamiento.

4 INFORMACIÓN RELACIONADA CON LOS SITIOS AUDITADOS:	
4.1 Número de sitios incluidos en el alcance de la auditoría	2
4.2 Número de sitios auditados diferentes a la sede principal	1
4.3 Número de personas* incluidas en el Sistema de Gestión	46

*Incluye los empleados, subcontractados, temporales, en todos los turnos, si aplica

5 CONFORMIDAD DEL SISTEMA DE GESTIÓN		
5.1 Número de no conformidades detectadas en esta auditoria	Mayores	0
	Menores	0
5.2 Número de no conformidades solucionadas de esta auditoria	Mayores	0
	Menores	0
5.3 Número de no conformidades pendientes de la auditoria anterior solucionadas.	Menores	0
5.4 Número de no conformidades pendientes	Mayores	0
	Menores	0
Observaciones: No quedan aspectos pendientes por seguimiento o cierre en la próxima auditoría de seguimiento.		

6 ASPECTOS RELEVANTES
<ul style="list-style-type: none"> El compromiso manifestado por las Directivas y el personal operativo de VIVIR S.A. MEDICINA PREPAGADA., con respecto a la implementación del sistema de gestión de la calidad, los beneficios presentes y futuros de la misma, así como la obtención del crecimiento integral de la organización y el reconocimiento de sus clientes.
<ul style="list-style-type: none"> La existencia de un grupo auditor interno numeroso, el cual, al ser considerado como recurso a utilizar, proporciona a la organización los medios necesarios para garantizar la generación de la evidencia objetiva requerida para sustentar el debido seguimiento a los procesos y al sistema de gestión de la calidad implementado.
<ul style="list-style-type: none"> La adecuada gestión de los procesos ejecutados por los responsables de su administración, evidenciado por el hecho de manejar los indicadores de seguimiento y medición con suficiencia y control, así como por la toma de acciones correctivas fruto del desarrollo y gestión de los mismos.
<ul style="list-style-type: none"> La infraestructura perteneciente a la organización, el espacio físico puesto a disposición de la ejecución de los procesos de realización ofrecidos, el recurso humano competente con el que cuenta, y el tamaño de sus instalaciones se constituyen en fortaleza importante para garantizar el crecimiento de la organización y los beneficios entregados a la comunidad en el presente y en el futuro.
<ul style="list-style-type: none"> La adquisición de modernos equipos de cómputo de marcas reconocidas, las cuales además de proporcionar los medios para la correcta ejecución de los procesos, conllevan un adecuado programa de mantenimiento que garantiza su correcto funcionamiento durante la vida útil esperada.
<ul style="list-style-type: none"> La existencia de un Plan Nacional De Mercadeo, el cual constituye evidencia del planteamiento estratégico de la organización encaminado al mantenimiento del actual nivel de clientes, así como en su fortalecimiento, mediante el establecimiento de nuevos nichos de mercado de forma sistemática y programada.
<ul style="list-style-type: none"> El bajo registro de quejas y reclamos, con valores inferiores 0.5 %, constituye evidencia de la calidad de los servicios ofrecidos, de la actual satisfacción de los clientes y de la acogida de la organización por parte de la comunidad.

7 ASPECTOS POR MEJORAR

- La presentación de las evidencias relacionadas con el origen del sistema implementado, el establecimiento de un archivo práctico, así como la consolidación del histórico documental del sistema, mediante la recopilación en un solo lugar de la totalidad de los documentos que respaldan los procesos de planificación, implementación y difusión, en sus fases previas al logro de la certificación, de manera que se consolide la memoria documental del sistema, y siempre se mantenga como un documento de consulta de fácil localización.

- El entendimiento de la política y los objetivos de calidad por parte del personal, mediante la ejecución de pruebas dirigidas hacia su comprobación, de manera que se disponga de los registros suficientes para avalar la eficacia de los programas actuales de difusión e inducción.

- La correcta determinación de los valores que describen el cumplimiento de los objetivos de calidad, mediante la asignación de pesos diferenciales a cada uno de los indicadores que respaldan su valoración, de modo que se tenga en cuenta la importancia relativa de cada uno de ellos con respecto a la medición final.

- La medición de los objetivos de calidad en los términos en los cuales se inicialmente se plantearon, de manera que los datos presentados definan con total claridad si el objetivo se esta cumpliendo o no. Además, considerar el establecimiento de mecanismos gráficos y/o estadísticos adecuados que permitan valorar su estado y determinar su tendencia, de manera que se pueda visualizar el estado actual de cumplimiento de los mismos y la mejora continua incurrida por la organización desde que tiene en funcionamiento un sistema de calidad.

- Los resultados de la revisión al sistema por parte de la dirección, profundizando el análisis de la información de entrada, tal como las recomendaciones para la mejora, de manera, que se aproveche este medio para hacer participe al personal de la organización durante la misma y se enriquezcan las fuentes de información dirigidas al replanteo de estrategias y el establecimiento de nuevos objetivos y metas.

- La mejora en el desempeño de los prestadores de servicios, mediante la transmisión oportuna de los resultados de las evaluaciones realizadas, considerando los periodos de operación pertinentes que permitan al evaluado, mejorar su desempeño y su comportamiento.

- El control sobre el Plan Nacional de Mercadeo, mediante su oficialización como documento integral del sistema de calidad, de modo que se garantice el control sobre su difusión, cambios y versiones del mismo en los diferentes procesos donde aplique su ejecución.

- La eficacia del Plan Nacional de Mercadeo, mediante la aplicación al interior del mismo de los conceptos del ciclo PHVA, de modo que se disponga de los aspectos de verificación y acción requeridos para modificar, reevaluar, fortalecer o anular actividades según se vaya desarrollando.

- El cronograma de actividades que avala la planificación del procesos de administración de planes, mediante la inclusión al mismo, de actividades de inspección o verificación, de modo que se facilite la detección del servicio no conforme y siempre se mantenga un adecuado control sobre su ejecución.

<ul style="list-style-type: none"> • La información recaudada por medio de las encuestas, considerando una reforma al modelo actualmente utilizado, de modo que se facilite la contestación de la misma, y se asigne el número de casillas suficientes para evitar el sesgo en las respuestas.
<ul style="list-style-type: none"> • La comprobación de los requerimientos contenidos en los perfiles de los cargos, mediante la correcta identificación del registro que avale dicho requisito, y así evitar la ambigüedad en la determinación de su cumplimiento.
<ul style="list-style-type: none"> • Los perfiles de los cargos, mediante la revisión a los requisitos de formación exigidos, mejorando su redacción y considerando la actual realidad de los cargos para la asignación de los mismos, de manera que no exista ambigüedad al momento de determinar si un cargo los cumple o no.
<ul style="list-style-type: none"> • El manejo de algunos de los registros originados en el proceso de compra tales como el listado oficial de proveedores aprobados, el cual debería tener fecha de actualización, así como a los registros de solicitud de compra y orden de compra, los cuales se encuentran sin numeración, de modo que se facilite la trazabilidad de las operaciones para el momento que esto sea requerido.
<ul style="list-style-type: none"> • La gestión de los mantenimientos correctivos y preventivos a los equipos de computo, mediante la asignación a las actuales hojas de vida de los instrumentos, de casillas que permitan registrar los costos respectivos, de manera que se disponga de información relacionada con permanencia de los equipos así como de la determinación del umbral de prevención requerido por la organización al momento de planificar estos mantenimientos.
<ul style="list-style-type: none"> • La riqueza contenida dentro de los informes parciales de las auditorías internas por procesos, mediante la elaboración de un consolidado que permita resumir en términos general el comportamiento del sistema en cada ciclo, y que facilite por parte de la dirección, la toma de decisiones al respecto.
<ul style="list-style-type: none"> • La actual programación de auditorías internas mediante la utilización de metodologías dirigidas hacia la elaboración de una programación que considere la selección de nuevos criterios, de modo que esta herramienta del sistema de calidad sea considerada como verdadera fuente de información relacionada con el seguimiento de los procesos, cumplimientos de programas, metas, aspectos legales, la eficacia de las estrategias y políticas implementadas.
<ul style="list-style-type: none"> • El análisis de las quejas y los reclamos, mediante la asignación y establecimientos de periodos de verificación de sus consolidados, de manera que las acciones correctivas tomadas hasta el momento se reflejen de una u otra manera en la disminución de los mismos hasta llegar a los niveles mínimos aceptables.

8 CONFIABILIDAD DE LA AUDITORIA INTERNA

- La organización tiene establecido la realización de 2 ciclos de auditorías internas, realizadas por el grupo auditor interno de la organización conformado por 14 integrantes, utilizando como guía el procedimiento de Auditoría Interna P-AD-001 Versión 02 de Septiembre de 2007, elaborado por la organización, las cuales cubrieron la totalidad de los procesos identificados en el mapa oficial, tanto en la oficina principal de la ciudad de Bucaramanga, así como en la sucursal de la ciudad de Bogotá, enfocándose en evaluar la conformidad y la eficacia de dichos procesos, por lo cual se puede considerar confiable.
- Las auditorías internas están dirigidas hacia el cumplimiento de los requisitos establecidos por la organización y requiere fortalecer sus resultados con la realización de una programación dirigida hacia la revisión de aspectos comunes a todos los procesos que en la actualidad son débiles o de mínimo cumplimiento de manera que se inspeccione más profundamente los procesos establecidos.
- La programación, la planificación y la ejecución de las auditorías internas son adecuadas y confiables.

9 RESULTADO DE LA REVISIÓN DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS DE LA AUDITORIA ANTERIOR (No aplicable para pre - auditoria o auditoria de otorgamiento)

N/A

10 INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

10.3 Reclamos:

Las quejas y reclamos son tratados de manera adecuada. Se mantiene un registro numerado consecutivo de los reclamos y las quejas recibidas, las cuales son segregadas según la responsabilidad de cada proceso, y entregadas a los mismos para su respectiva respuesta y corrección. El actual registro presenta valores del 0.5%, lo que se considera muy bueno. El mayor número de quejas se refiere a aspectos relacionados con los tiempos en la prestación de los servicios por parte de los proveedores de servicios contratados.

10.4 Uso del certificado:

N/A.

10.5 Cambios en la organización:

N/A.

10.6 Aspectos por verificar en la siguiente auditoria:

Se debe revisar de manera especial en la próxima auditoría de seguimiento, los siguientes aspectos considerados débiles en la actual auditoría de otorgamiento. La emisión de acciones preventivas a todo nivel; la consolidación de las encuestas de satisfacción al cliente así como la verificación del envío de los resultados de las evaluaciones a los prestadores de servicio.

11 CONCEPTO DEL EQUIPO AUDITOR

De acuerdo con los resultados obtenidos, se recomienda **otorgar** el Certificado de Gestión de la Calidad a la organización **"VIVIR S.A. MEDICINA PREPAGADA."**, según lo indicado, de conformidad con los requisitos especificados en la norma **NTC ISO 9001:2000**.

Nombre Auditor Líder: Carlos Alfredo Rueda Ruiz Fecha **2008 03 25**

12 RECOMENDACIÓN DEL COMITÉ DE CERTIFICACIÓN

- Aprobar el concepto del auditor
 Aprobar el concepto del auditor con observaciones
 No aprobar el concepto del auditor
 Otra: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma _____

13 ANEXOS. Número de Solicitudes de Acción Correctiva

0 F05P-SG-02 Solicitud de Acción Correctiva

Anexo 17. Plan de Mejora Post-Certificación



PLAN DE MEJORAMIENTO
F-GE-002
Versión 2

PLAN DE MEJORAMIENTO: resultado del análisis a las recomendaciones de la auditoria de certificación

SUCURSAL: Bucaramanga

FECHA: 31 DE Marzo de 2008

OBJETIVO: Implementar las mejoras a los proceso que integran el Sistema de Gestión de a

ACTIVIDAD	RECURSOS Y HERRAMIENTAS	INDICADORES	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE
<p>PROCESO CONTRATACION DE RED:</p> <ul style="list-style-type: none"> Revisar los tiempos de aplicación de reevaluación de prestadores. Definir los criterios para la aplicación de reevaluación, a aplicarse en los primeros seis meses de contrato. Establecer mecanismos de comunicación de resultados de reevaluación a la red prestadores 	Gerente de Servicios de Salud	Nivel de avance de la actividad	7 de Abril de 2008	Gerente de Servicios de Salud
<p>PROCESO DE ADMINISTRACION DE PLANES:</p> <ul style="list-style-type: none"> Complementar Cronograma de actividades del área medica incluyendo: Actividades de inspección o verificación del servicio no conforme. Actividades de Revisión de informes de Accesibilidad y Oportunidad 	Gerente de Servicios de Salud	Nivel de avance de la actividad	7 de Abril de 2008	Gerente de Servicios de Salud

<p>PROCESO COMERCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar la estructura del Plan Nacional de Mercadeo • Definir en el plan de mercadeo los mecanismos requeridos para hacer seguimiento y control a la eficacia del mismo. • Diseñar mecanismos que permitan evidenciar la aplicación del ciclo PHVA en el plan de mercadeo • Normalizar Plan nacional de Mercadeo • Socializar Plan Nacional de Mercadeo como documento normalizado. 	<p>Gerente Comercial Director Comercial</p>	<p>Nivel de avance de la actividad</p>	<p>5 de Mayo de 2008</p>	<p>Gerente Comercial</p>
<p>PROCESO TALENTO HUMANO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluir la descripción de los registros que avalan los requisitos establecidos, dentro del manual de perfiles. • Revisar y adaptar los requisitos de formación establecidos en el manual de perfiles para cada uno de los cargos, teniendo en cuenta la actual realidad de los cargos. 	<p>Director Administrativo</p>	<p>Nivel de avance de la actividad</p>	<p>30 de Mayo de 2008</p>	<p>Directora administrativa</p>

<p>PROCESO DE COMPRAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar listado de proveedores aprobados, Incluir fecha de actualización • Revisar registros de solicitud de compra y orden de compra. Incluir numeración 	<p>Director Administrativo</p>	<p>Nivel de avance de la actividad</p>	<p>30 de Mayo de 2008</p>	<p>Directora administrativa</p>
<p>GERENCIA ESTRATEGICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseñar y aplicar pruebas, que permitan determinar el nivel de entendimiento de la política y los objetivos de calidad, al personal de la organización, cuidando de dejar los debidos registros como evidencia. • Evaluar la pertinencia de aplicar los formatos diseñados en el proceso de talento humano. 	<p>Gerente General Directora Administrativa Director Garantía de Calidad</p>	<p>Nivel de avance de la actividad</p>	<p>30 de Mayo de 2008</p>	<p>Gerente general Directora Administrativa</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Revisar indicadores definidos para el control de los objetivos de Calidad. • Asignar pesos porcentuales, según su importancia relativa, a los indicadores de los objetivos que presentan más de un indicador. 	<p>Gerente General Director Garantía de Calidad Coordinador de Procesos</p>	<p>Nivel de avance de la actividad</p>	<p>30 de Mayo de 2008</p>	<p>Gerente general Directora Garantía de Calidad</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Medir los objetivos de calidad en los términos en los que inicialmente se plantearon. • Diseñar mecanismos gráficos y/o estadísticos que permitan valorar el estado de los indicadores y determinar su tendencia. 	<p>Gerente General Director Garantía de Calidad Coordinador de Procesos</p>	<p>Nivel de avance de la actividad</p>	<p>30 de Mayo de 2008</p>	<p>Gerente general Directora Garantía de Calidad</p>

<p>PROCESO DE MEJORAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar modelo de encuesta • Revisar metodología de aplicación y tabulación de encuestas. • Revisar procedimientos manejo de quejas Diseñar los mecanismos que faciliten la presentación y el análisis de la información consolidada de quejas y sugerencias en un periodo determinado. 	<p>Directora Garantía de Calidad Coordinador de Procesos</p>	<p>Nivel de avance de la actividad</p>	<p>6 de Junio de 2008</p>	<p>Directora de Garantía de Calidad</p>
<p>PROCESO DE SISTEMAS DE INFORMACION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definir los mecanismos que permitan registrar el costo de mantenimiento a los equipos, en los formatos de hoja de vida. 	<p>Director de Sistemas</p>	<p>Nivel de avance de la actividad</p>	<p>30 de Mayo de 2008</p>	<p>Director de Sistemas</p>
<p>PROCESO DE AUDITORIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliar el alcance del procedimiento de auditoria interna e implementarlo en forma tal que permita aplicar este mecanismo como verdadera fuente de información relacionada con el seguimiento de los cumplimientos de programas, metas, aspectos legales, la eficacia de las estrategias y políticas implementadas. 	<p>Directora Garantía de Calidad Coordinador de Procesos</p>	<p>Nivel de avance de la actividad</p>	<p>6 de Junio de 2008</p>	<p>Directora de Garantía de Calidad</p>