

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

NOHORA GALINDO MÉNDEZ



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

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

NOHORA GALINDO MÉNDEZ

Monografía para optar el título de  
Especialista en Administración de Servicios de Salud

Director  
JORGE ELIÉCER FIGUEROA VARGAS  
Ingeniero Industrial



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

## DEDICATORIA

A Dios mi padre, porque me da la certeza de que todo lo que me propongo me lo concede, si es para mí bien y por todas las bendiciones que recibo día a día.

A mi esposo Germán y a mis Hijos Germán Javier, Diego Y Sergio; por ser el motor que me impulsa a seguir con alegría y persistencia.

Nohora

## AGRADECIMIENTOS

A las compañeras de la especialización, que dedicaron tiempo para realizar este proyecto: Leydi Patricia Ávila, Norelia Ureña, Luisa Fernanda Chanagá y María Stella Romero.

Al Ingeniero Jorge Eliecer Figueroa, director del proyecto, por su invaluable aporte, su asesoría, su dedicación y profundo conocimiento sobre el Sistema de Gestión de la Calidad, lo cual fue determinante para lograr los objetivos propuestos en un tema tan ambicioso.

A la Ingeniera Lady Quintero, líder de Calidad y a la Doctora María Clara Langhammer jefe de recurso humano de Logros IPS, por su colaboración permanente. A todo el equipo humano de la institución por su compromiso y receptividad en cada una de las capacitaciones y socialización de los diferentes procesos.

A todas las personas que de una u otra forma aportaron su tiempo, para obtener datos confiables y de primera mano, como los usuarios que tan amablemente respondieron las encuestas, realizaron sugerencias y reconocimientos.

A la Jefe Ruby Acelas, por comprometerse con la revisión de tan extensos documentos y obrar como calificadora de los mismos.

A la Universidad Industrial de Santander y especialmente a la Doctora Mary Lupe Angulo Jefe de la Especialización en Administración de Servicios de salud por el apoyo a nuestra actividad en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, la cual amplió nuestros horizontes y aportó elementos para nuestra formación como especialistas y a nuestro enfoque de Calidad.

Y a todos los docentes que durante la especialización aportaron conocimiento y despertaron nuestro interés para abordar un tema tan importante en las instituciones prestadoras de servicios de salud, como es el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

## Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN.....	14
1. GENERALIDADES DEL PROYECTO.....	15
1.1 TITULO.....	15
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	15
1.3 OBJETIVOS.....	15
1.3.1 GENERAL.....	15
1.3.2 ESPECÍFICOS.....	15
1.4 ALCANCE.....	16
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
3. MARCO CONCEPTUAL.....	19
3.1 ¿QUÉ ES LA “ISO”?.....	19
3.2 ¿QUE ES “ICONTEC”?.....	20
3.3 LA FAMILIA DE NORMAS ISO 9000.....	21
3.4 PRINCIPIOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	22
3.5 CONCEPTO DE SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	23
3.6 ¿QUÉ ES UN “PROCESO”?.....	25
4. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA.....	27
4.1 RESEÑA HISTÓRICA.....	27
4.2 MISIÓN.....	27
4.3 VISIÓN.....	28
4.4 PRINCIPIOS.....	28
4.5 PRODUCTOS Y SERVICIOS.....	28
4.5.1 Unidad de Psicología.....	28
4.5.2 Unidad de Nutrición y Dietética.....	29
4.5.3 Unidad de Fonoaudiología.....	29
4.5.4 Unidad de Terapia Ocupacional.....	29
4.5.5 Unidad de Fisioterapia y Terapia respiratoria.....	30
4.6 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.....	30
4.7 INFRAESTRUCTURA.....	31
5. METODOLOGÍA.....	36
5.1 METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LOGROS IPS.....	36
5.1.1 DIAGNÓSTICO.....	36
5.1.2 DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL.....	39
5.1.3 PLANIFICACIÓN.....	48
5.1.4 DOCUMENTACIÓN.....	58
5.1.5 SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN.....	66
5.1.6 IMPLEMENTACIÓN.....	70
5.1.7 EVALUACIÓN.....	76
CONCLUSIONES.....	95
RECOMENDACIONES.....	96
BIBLIOGRAFÍA.....	97
ANEXOS.....	98

## LISTA DE TABLAS

TABLA 1. CRITERIOS DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICO INICIAL ISO .....	36
TABLA 2. GRADO DE CUMPLIMIENTO POR CAPÍTULO DE LA ISO.....	38
TABLA 3. RESULTADO DE EVALUACIÓN POR FUERZA .....	42
TABLA 4. ENCUESTA ANÁLISIS DE COMPETENCIAS.....	44
TABLA 5. MATRIZ DOFA LOGROS IPS.....	46
TABLA 6. POLÍTICA Y OBJETIVOS DE LA CALIDAD .....	52
TABLA 7. TABLA DE PROCESOS LOGROS IPS.....	55
TABLA 8. TABLA DE DOCUMENTOS DE GESTIÓN ESTRATÉGICA.....	66
TABLA 9. EVALUACIÓN EFICACIA DE LA CAPACITACIÓN .....	70
TABLA 10. TABLA DE RESULTADO DE EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN .....	70
TABLA 11. REUNIONES DE COMITÉ DE CALIDAD.....	75
TABLA 12. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA.....	83
TABLA 13. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE.....	84
TABLA 14. DESEMPEÑO DEL PROCESO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA .....	85
TABLA 15. DESEMPEÑO DEL PROCESO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	85
TABLA 16. DESEMPEÑO DEL PROCESO ASISTENCIAL .....	86
TABLA 17. DESEMPEÑO DEL PROCESO DE RECURSO HUMANO .....	86
TABLA 18. DESEMPEÑO DEL PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA.....	87
TABLA 19. ESTADO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS.....	88
TABLA 20. ACCIONES DE SEGUIMIENTO DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN .....	89
TABLA 21. CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LA CALIDAD .....	93
TABLA 22. CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO .....	94

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
<u>Figura 1. Modelo de enfoque hacia procesos</u>	<u>24</u>
<u>Figura 2. Organigrama de LOGROS IPS</u>	<u>31</u>
<u>Figura 3. LOGROS IPS Sede Cañaveral</u>	<u>32</u>
<u>Figura 4. Gimnasio Primer Piso – Sede Cañavera</u>	<u>32</u>
<u>Figura 5. Gimnasio Tercer Piso – Sede Cañaveral</u>	<u>33</u>
<u>Figura 6. LOGROS IPS – Sede Cabecera</u>	<u>34</u>
<u>Figura 7. Gimnasio – Sede Cabecera</u>	<u>34</u>
<u>Figura 8. Primer Piso – Sede Cabecera</u>	<u>35</u>
<u>Figura 9. Resultados Diagnóstico Inicial ISO en LOGROS IPS</u>	<u>37</u>
<u>Figura 10. Gráfico de las cinco fuerzas</u>	<u>40</u>
<u>Figura 11. Análisis de las cinco Fuerzas en LOGROS IPS</u>	<u>42</u>
<u>Figura 12. Resultados Curva de Valor LOGROS IPS</u>	<u>45</u>
<u>Figura 13. Mapa Estratégico LOGROS IPS</u>	<u>48</u>
<u>Figura 14. Mapa de Procesos LOGROS IPS</u>	<u>55</u>
<u>Figura 15. Cronograma de Implementación del SGC LOGROS IPS</u>	<u>58</u>
<u>Figura 16. Fotos de Capacitaciones en LOGROS IPS</u>	<u>68</u>
<u>Figura 17. Folleto de Socialización Gestión Estratégica (hoja 1)</u>	<u>71</u>
<u>Figura 18. Folleto de Socialización Gestión Estratégica (hoja 2)</u>	<u>72</u>
<u>Figura 19. Folleto de Socialización Deberes y Derechos de los Usuarios</u>	<u>72</u>

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. DIAGNÓSTICO INICIAL ISO 9001 LOGROS IPS.....	99
ANEXO 2. ANÁLISIS 5 FUERZAS PORTER.....	110
ANEXO 3. MATRIZ DOFA LOGROS IPS.....	120
ANEXO 4. MATRIZ IMPACTO ESTRATÉGICO LOGROS IPS.....	121
ANEXO 5. CARACTERIZACIÓN GESTIÓN ESTRATÉGICA.....	122
ANEXO 6. MANUAL DE CALIDAD LOGROS IPS.....	125
ANEXO 7. ACTAS DE SOCIALIZACIÓN.....	136
ANEXO 8. EVALUACIÓN EFICACIA DE LA CAPACITACIÓN.....	143
ANEXO 9. FORMATO COMUNICACIÓN INTERNA.....	144
ANEXO 10. ACTA DE REUNIÓN COMITÉ DE CALIDAD.....	145
ANEXO 11. PLAN DE AUDITORÍA INTERNA.....	147
ANEXO 12. INFORME DE AUDITORÍA.....	149

## RESUMEN

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

**AUTOR:** NOHORA GALINDO MÉNDEZ\*\*

**PALABRAS CLAVES:** Sistema de gestión de la calidad norma NTC - ISO 9001:2008

### DESCRIPCIÓN:

En este documento se recopilan todas las actividades de análisis, diseño, desarrollo e implementación de un sistema de gestión de la calidad bajo los lineamientos de la norma NTC – ISO 9001:2008 para el centro de especialistas IPS LOGROS EU, en especial cumpliendo los requisitos para el proceso de gestión estratégica.

La metodología del trabajo desarrollado se basa en el ciclo Deming: planear, hacer, verificar y actuar. En el planear se realizó el diagnóstico, en el hacer se desarrollo la etapa de implementación: documentación, sensibilización y capacitación al personal, la verificación se realizó mediante una auditoría interna donde se generaron los planes de acción, asegurando la mejora continua del sistema, la cual es la última etapa, el actuar.

Finalmente se realiza la revisión por la dirección a cargo del proceso de gestión estratégica, con el fin de mostrar los resultados de la auditoria y rendimiento de cada proceso, definiendo las acciones de mejora y seguimiento a realizar para lograr la certificación por parte de la institución. También se expresan los aportes realizados a la empresa para la implementación del proceso de gestión estratégica, y por último, se exponen las conclusiones y recomendaciones encontradas en el desarrollo del proyecto para el proceso de gestión estratégica.

---

\* Proyecto de grado

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

## ABSTRACT

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

AUTHOR: NONHOUR GALINDO MÉNDEZ\*\*

KEY WORDS: System of management of the quality norm NTC - ISO 9001:2008

### DESCRIPTION:

In this document there are compiled all the activities of analysis, design, development and implementation of a system of management of the quality under the limits of the norm NTC - ISO 9001:2008 for the specialists' center IPS ACHIEVEMENTS EU, especially fulfilling the requirements for the process of strategic management.

The methodology of the developed work is based on the cycle Deming: to glide, to do, to check and to act. In to glide realized the diagnosis, in to do I develop the stage of implementation: documentation, awareness and training to the personnel, the check was realized by means of an internal audit where the action plans were generated, assuring the improvement there continues of the system, which is the last stage, to act.

Finally the review is realized by the direction at the expense of the process of strategic management, in order to show the results of the audit and performance of every process, defining the actions of improvement and follow-up to realize to achieve the certification on the part of the institution. Also express the contributions realized to the company for the implementation of the process of strategic management, and finally, there are exposed the conclusions and recommendations found in the development of the project for the process of strategic management.

---

\* Project of degree.

\*\* Faculty of health. School of medicine. Department of public health. Specialization in administration of services of health. Director: Jorge Eliécer Figueroa Vargas

## INTRODUCCIÓN

Gestionar la calidad en una entidad implica realizar todas las tareas inherentes a la consolidación de una organización apta para garantizar la calidad de sus bienes y servicios. La calidad tiene como base el compromiso de todos en hacer bien las cosas, pero detrás de la especificación de un buen servicio con calidad se debe reflejar un ambiente organizacional dispuesto a la mejora continua, un conjunto de procesos creados coherentemente y ejecutados de acuerdo con la base documental, y un sistema de medición de los mismos que facilite la gestión de acciones correctivas y preventivas.

LOGROS IPS, toma la decisión de implementar un sistema de gestión de la calidad basado en el enfoque a procesos que se reflejen en la estructura de la Norma NTC ISO 9001:2008, herramienta exitosa que permite a la institución conocer el flujo de la información desde las actividades del sector hasta la coordinación y comercialización de sus servicios, proporcionando un mejor desempeño en sus procesos que permita mantener la fidelidad de sus clientes, respuestas rápidas y flexibles a las oportunidades del sector, ganando comprensión y motivación de las personas hacia las metas y objetivos de la institución, así como su participación en la mejora continua.

## 1. GENERALIDADES DEL PROYECTO

### 1.1 TITULO

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

### 1.2 JUSTIFICACIÓN

Teniendo como base que la calidad es un aspecto indispensable en la prestación de servicios de salud, y la filosofía de logros IPS respecto a brindar servicios con calidad y calidez, se hace necesario trabajar en pro de la certificación bajo los lineamientos de la Norma NTC –ISO 9001:2008 que permita garantizar procesos definidos y auditables para el mejoramiento continuo mediante su aplicación.

### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.3.1 GENERAL

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

#### 1.3.2 ESPECÍFICOS

Elaborar un diagnóstico teniendo en cuenta los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008 que permita identificar el estado actual del proceso de gestión estratégica, así como las fortalezas y debilidades que puedan ser de utilidad para las etapas de documentación e implementación.

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

#### 1.4 ALCANCE

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

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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

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

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

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

En Colombia muchas Instituciones de Salud (IPS-EPS) para dar cumplimiento, a los establecidos en el sistema obligatorio de garantía de la calidad, han adoptado el modelo internacional bajo la norma NTC-ISO 9001 que establece los requisitos para la implementación de un sistema de gestión de la calidad aplicable a cualquier empresa. El modelo tiene como propósito mejorar el desempeño organizacional y la capacidad de entregar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes. La orientación de este sistema promueve la adopción de un enfoque basado en los procesos, el cual consiste en identificar y gestionar, de manera eficaz, numerosas actividades relacionadas entre sí; y hace énfasis especial en la importancia de aumentar la satisfacción de los clientes y la mejora en el desempeño de las entidades, la cual debe ser la motivación para la implementación de un sistema de gestión de calidad, y no simplemente la certificación con norma internacional, la cual debe verse como un reconocimiento pero nunca como un fin.

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

### 3. MARCO CONCEPTUAL

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

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

#### 3.1 ¿QUÉ ES LA "ISO"?

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

La Organización Internacional de Normalización "ISO" sigla que proviene del griego y significa igualdad, empieza a funcionar en 1947 y es reconocida como la principal institución de normalización en el mundo, su sede central está en Ginebra Suiza y se estructuró con base en Comités Técnicos quienes lideran el desarrollo de las normas. El trabajo técnico de la ISO

---

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

consiste en establecer acuerdos internacionales por consenso para luego ser publicados como normas. En la actualidad la ISO cuenta con 140 países miembros y a la vez organismos nacionales de normalización.

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

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

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

### 3.2 ¿QUE ES "ICONTEC"?

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

El ICONTEC fue creado el 10 de mayo de 1963 por 18 personas, la mayoría de ellos empresarios, liderados por el Ingeniero Javier Henao Londoño. Es un organismo multinacional de carácter privado, sin ánimo de lucro, que trabaja para fomentar la normalización, la certificación, la metrología y la gestión de la calidad en Colombia. Está conformado por la

vinculación voluntaria de representantes del Gobierno Nacional, de los sectores privados de la producción, distribución y consumo, el sector tecnológico en sus diferentes ramas y por todas aquellas personas jurídicas y naturales que tengan interés en pertenecer a él.

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

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

### 3.3 LA FAMILIA DE NORMAS ISO 9000

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

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

NTC-ISO 9001:2008; "Sistemas de gestión de la calidad - Requisitos". La norma ISO 9001 describe los requisitos relacionados a un sistema de gestión de calidad, ya sea para uso

interno o para fines contractuales o de certificación. Por lo tanto, esta norma es un conjunto de requisitos que las compañías deben respetar-

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

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

### 3.4 PRINCIPIOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

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

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

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

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

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

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

---

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

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

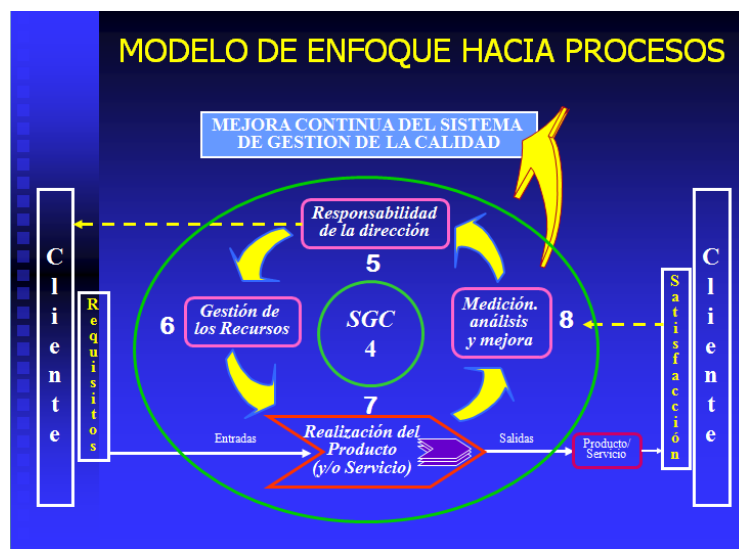


Figura 1. Modelo de enfoque hacia procesos<sup>3</sup>

## BENEFICIOS DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

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

- Una mejor consistencia en el servicio y en el desempeño del producto
- Mejores niveles de satisfacción del cliente

<sup>3</sup> Fuente: MEMORIAS. DIPLOMADO EN GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2000.

- Mejor opinión por parte del cliente
- Aumento de la productividad y eficiencia
- Reducción de costos
- Mejor comunicación entre clientes internos, externos, y proveedores
- Una ventaja competitiva, y un aumento en las oportunidades de ventas.

### 3.6 ¿QUÉ ES UN "PROCESO"?

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

Hay tres elementos importantes en un proceso:

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

#### Características o condiciones de los procesos

- Se pueden describir las ENTRADAS y las SALIDAS
- El Proceso cruza uno o varios límites organizativos funcionales.
- Una de las características significativas de los procesos es que son capaces de cruzar verticalmente y horizontalmente la organización.
- Se requiere hablar de metas y fines en vez de acciones y medios. Un proceso responde a la pregunta "QUE", no al "COMO".

- El proceso tiene que ser fácilmente comprendido por cualquier persona de la organización.
- El nombre asignado a cada proceso debe ser sugerente de los conceptos y actividades incluidos en el mismo.

### Requisitos de un proceso

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

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

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA

### 4.1 RESEÑA HISTÓRICA

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

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

### 4.2 MISIÓN

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

### 4.3 VISIÓN

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

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

### 4.4 PRINCIPIOS

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

### 4.5 PRODUCTOS Y SERVICIOS

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

#### 4.5.1 Unidad de Psicología

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

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

- Acompañamiento en dificultades escolares.

#### 4.5.2 Unidad de Nutrición y Dietética

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

#### 4.5.3 Unidad de Fonoaudiología

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

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

#### 4.5.4 Unidad de Terapia Ocupacional

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

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

- Programa de reacondicionamiento, enfocado en la recuperación de pacientes adultos que por eventualidad accidental hayan perdido sus habilidades motoras.

#### 4.5.5 Unidad de Fisioterapia y Terapia respiratoria

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

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

#### 4.6 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

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

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

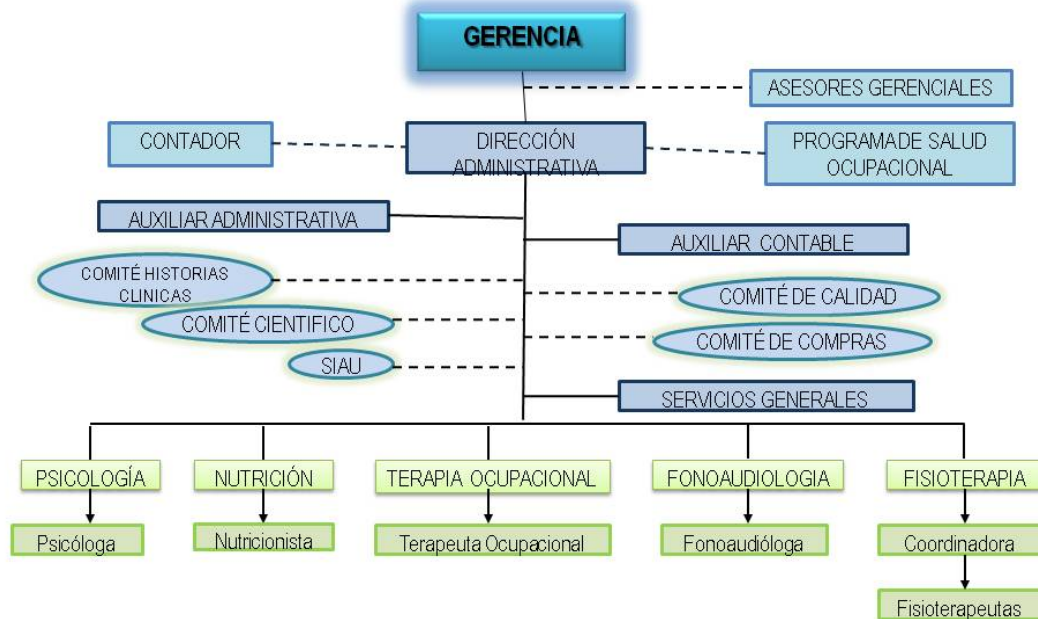


Figura 2. Organigrama de LOGROS IPS

**4.7 INFRAESTRUCTURA**

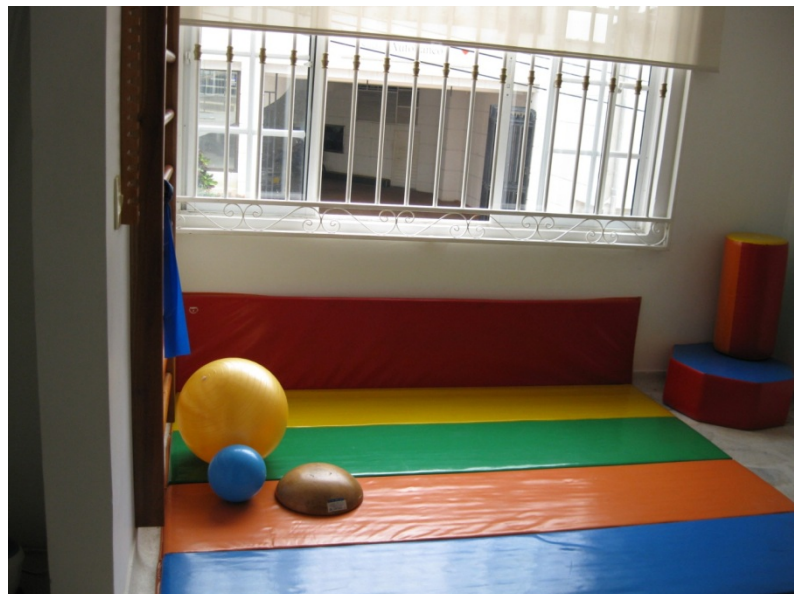
Con el fin de atender las necesidades de los clientes LOGROS IPS tiene dos sedes ubicadas en puntos estratégicos de la ciudad las cuales cuentan con las siguientes características:

- Sede Cañaveral



*Figura 3. LOGROS IPS Sede Cañaveral*

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



*Figura 4. Gimnasio Primer Piso – Sede Cañaveral*

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

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



*Figura 5. Gimnasio Tercer Piso – Sede Cañaveral*

- Sede Cabecera

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

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



*Figura 6. LOGROS IPS – Sede Cabecera*



*Figura 7. Gimnasio – Sede Cabecera*

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



*Figura 8. Primer Piso – Sede Cabecera*

## 5. METODOLOGÍA

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

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

#### 5.1.1 DIAGNÓSTICO

Se buscó identificar el estado actual de la institución respecto a los requisitos de la Norma ISO 9001:2008<sup>4</sup>. Para la elaboración de este diagnóstico se utilizó una herramienta que contribuye a la elaboración de un análisis teniendo en cuenta las evidencias detectadas en la empresa mediante observación de campo, entrevistas al personal y documentación utilizada, verificando en qué estado se encuentra cada requisito de la norma, según los siguientes criterios de evaluación:

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

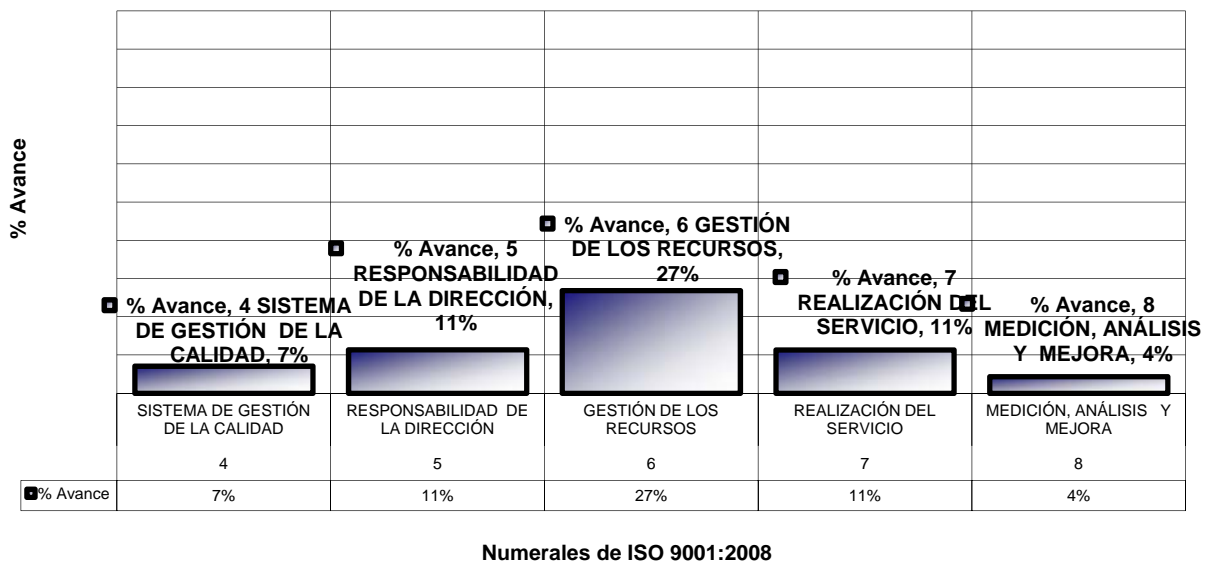
*Tabla 1. Criterios de Evaluación Diagnóstico Inicial ISO*

<sup>4</sup> NORMA NTC ISO 9001:2008

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

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

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



*Figura 9. Resultados Diagnóstico Inicial ISO en LOGROS IPS*

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

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

Tabla 2. Grado de Cumplimiento por capítulo de la ISO

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

En los requisitos de responsabilidad por la dirección el porcentaje de análisis es de un 11% debido a que se evidencia que tienen un enfoque sobre brindar un servicio con calidad y calidez que logren la satisfacción del cliente, realizan actividades internas que controlan la comunicación, funciones y responsabilidades el personal de la institución, pero estas actividades no cumplen con los requisitos establecidos por la norma.

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

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

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

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

Para una mejor interpretación de los resultados de cómo se encontraba la institución ante los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008 según, ver *Anexo. 1 Diagnóstico Inicial ISO 9001 LOGROS IPS*.

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

### 5.1.2 DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL

La implementación de un sistema de gestión de la calidad es una decisión estratégica tomada por la gerencia de LOGROS IPS, con el propósito de identificar y satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes usuarios y clientes empresa, cumpliendo con los requisitos

legales que aplican para el área de la salud, para lograr una ventaja competitiva y generar un adecuado posicionamiento en el mercado.

Para tener un conocimiento sobre estas expectativas, y pensar en cumplir un servicio que logre satisfacer la necesidad de los clientes, se realizó un análisis interno y de competencias que permitió recopilar información y adquirir bases para pensar en una estrategia de mercado a implementar que beneficie la institución; dichos análisis se describen a continuación:

### 5.1.2.1 ANÁLISIS INTERNO

Para identificar el estado actual de la empresa se aplicó el Análisis de las 5 Fuerzas, desarrollado por Michael Porter<sup>5</sup>; esta herramienta es un modelo que permite analizar la empresa en términos de rentabilidad. A continuación se describe mediante un gráfico, la interacción de las cinco fuerzas, donde se puede observar que el núcleo son los competidores de la industria y los complementan los clientes, nuevos entrantes, proveedores y productos sustitutos:

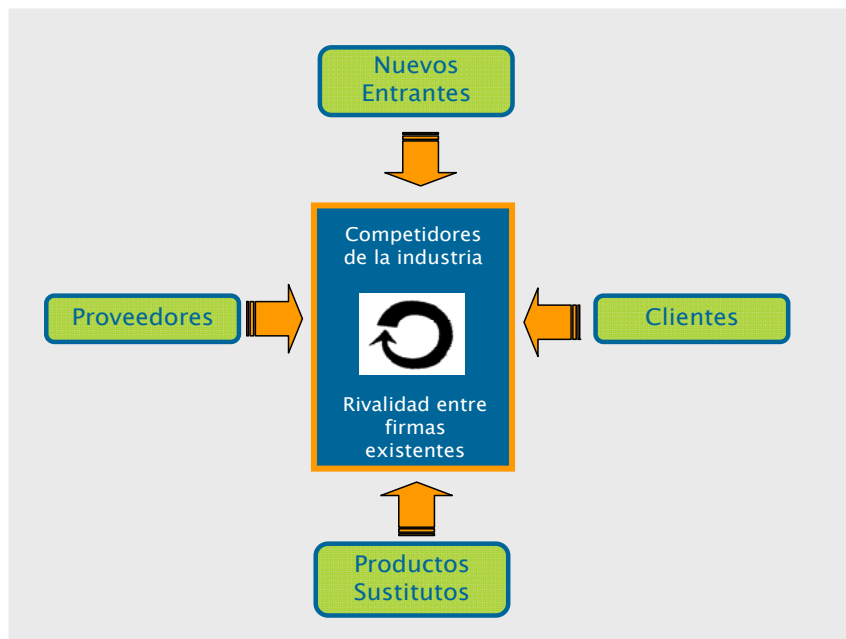


Figura 10. Gráfico de las cinco fuerzas

<sup>5</sup> Análisis, de Porter de las cinco fuerzas es un modelo estratégico elaborado por el economista y profesor Michael Porter de la Harvard Business School en 1989.

1. **Poder de negociación de los clientes:** es la concentración de los clientes en ciertas empresas; es decir que el servicio que se ofrece debe tener un valor diferencial para hacerlo atractivo a los clientes.
2. **Poder de negociación de los proveedores:** esta es la fuerza que tiene un proveedor dependiendo de los insumos o la tecnología requerida por la institución que influye directamente en el costo del servicio.
3. **Amenazas de los nuevos entrantes o competidores:** depende de varios factores especialmente del objeto misional de la empresa; en algunos sectores es más fácil entrar que en otros.
4. **Amenazas de productos y servicios sustitutos:** se refiere a la dificultad que haya para copiar los servicios o productos de una empresa, que se puedan obtener a menores costos.
5. **Rivalidad entre los competidores existentes:** esta es una resultante de las cuatro anteriores, que define la rentabilidad de un sector, es decir entre más competidores existan menos rentabilidad existirá y viceversa.

Basándonos en esta herramienta, se procede a responder una serie de preguntas y ejercicios de diagnósticos descritos en cada fuerza, permitiéndonos hacer una evaluación de la empresa y del ambiente de negocio ante nuestros clientes, proveedores, competidores y nuevos entrantes. La evaluación aplicada en Logros IPS para cada fuerza, se evidencia en el siguiente cuadro teniendo un margen de calificación de 1 a 5. Para una mejor interpretación y comprensión de la herramienta y el análisis en cada fuerza identificando los aspectos favorables y desfavorables para la institución ver *Anexo 2. Análisis 5 Fuerzas Porter* (Hoja de Excel /Comentarios y Consenso).

Fuerza	Evaluación Consenso
Proveedores	2.4
Nuevos Entrantes	1.9
Rivalidad	2.9
Sustitutos	1.5
Compradores	3.5

Tabla 3. Resultado de Evaluación por Fuerza



Figura 11. Análisis de las cinco Fuerzas en LOGROS IPS

Se puede concluir que la institución presenta una fortaleza en la cuarta fuerza “Productos y Servicios Sustitutivos”, debido a que se encuentra muy poco servicio sustitutivo y los que existen no llegan al sector económico que atiende la IPS; la mayor debilidad para la institución se presenta en la primer fuerza “Poder de negociación con los clientes empresa”, ya que estos manejan manuales de tarifas fijas y libertad para contratar con la institución que ellos decidan, sin embargo LOGROS IPS con su política de servicio de calidad y calidez, brindando en la atención accesibilidad, oportunidad, pertinencia y seguridad, ha logrado contratos con importantes empresas.

Con la aplicación de esta herramienta se puede tener una idea de cómo se encuentra la empresa ante sus clientes, proveedores y competidores, permitiéndole a la gerencia tener una visión de cómo diseñar estrategias que permitan aumentar su número de clientes y obtener una mayor fidelización de éstos.

#### **5.1.2.2 ANÁLISIS DE COMPETENCIAS**

Se aplica el modelo de Curva de Valor para realizar el análisis de competencias que evidencia la situación actual de la institución frente a sus competidores. La curva de valor es un cuadro estratégico que permite hacer una comparación de la empresa con la competencia en su sector, teniendo en cuenta criterios de análisis que se plasman en una representación gráfica que permite observar la situación actual de la empresa frente a sus competidores. Con este modelo teórico se permite describir el desarrollo de las actividades de la empresa que generen valor al cliente final. Para adquirir los conocimientos de cómo se encontraba la institución ante la competencia se diseñó la siguiente encuesta:

Califique según los indicadores a LOGROS frente a otra institución, ubicando la letra A y B en el Valor que usted estime para cada una.  
 LOGROS SE IDENTIFICA CON LA LETRA A , ESCRIBA EL NOMBRE DE OTRA INSTITUCIÓN B \_\_\_\_\_

ATRIBUTO \ VALOR	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
Experiencia									
Precio									
Ubicación									
Tecnología									
Equipos									
Oportunidad									
Disponibilidad									
Calidad									
Seguridad									
Infraestructura									
Recurso Humano									

Por favor califique de 1 a 5, incluyendo los valores intermedios, si lo estima necesario.  
 Siendo 1 la de menor calificación y 5 la de mayor valor.

**Tabla 4. Encuesta análisis de competencias**

Los atributos de interés evaluados en esta competencia fueron: experiencia, precio, ubicación, tecnología, equipos, oportunidad, disponibilidad, calidad, seguridad, infraestructura y recurso humano. Para la obtención de estos datos se realizó una valoración objetiva frente a las tres empresas de la ciudad que prestan los mismos servicios que LOGROS IPS; en esta calificación intervinieron clientes que han recibido atención en otras entidades y profesionales que han laborado en ellas y fue totalmente anónimo, la evaluación de los atributos se aplicó en una escala de 1 a 5, siendo 1 la de menor calificación y 5 la de mayor puntuación, asignando el valor que el encuestado consideraba para cada institución frente a LOGROS IPS, promediando cada empresa calificada y LOGROS IPS, la tabulación se presenta en la siguiente representación gráfica:

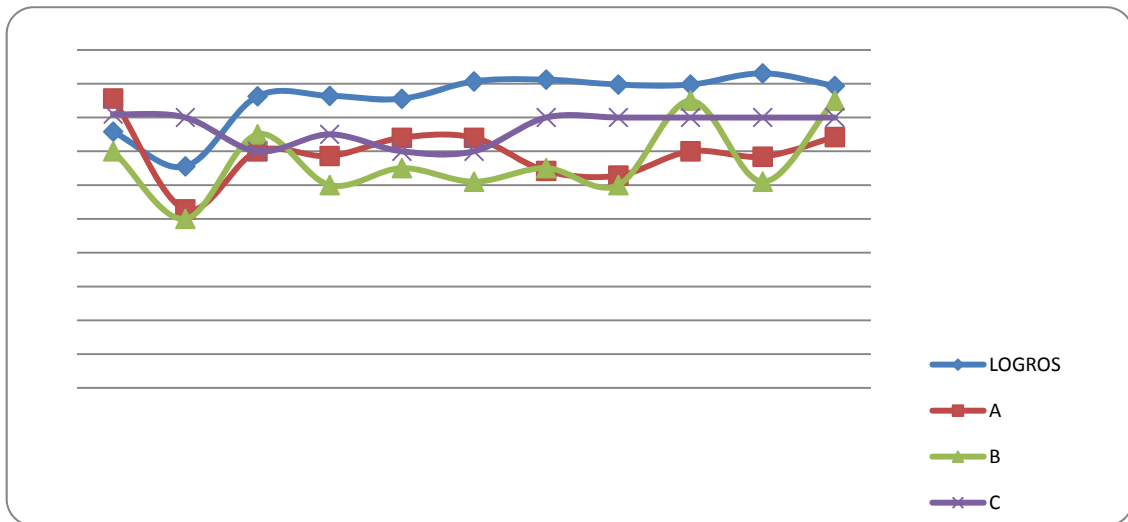


Figura 12. Resultados Curva de Valor LOGROS IPS

Según los resultados se puede concluir que LOGROS IPS ante la competencia en la mayoría de los atributos tienen mayor ventaja competitiva, menos en la experiencia debido a que es la empresa más joven en el mercado respecto a los otros competidores, y el precio, ya que las tarifas que se manejan están establecidas por los clientes empresa.

Con base en estos resultados obtenidos del diagnóstico organizacional se procede a identificar las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas para LOGROS IPS, para este análisis se utiliza la herramienta Matriz DOFA, que nos permite realizar la planeación estratégica a implementar en la institución. Para la elaboración de esta matriz se identifican las variables que influyen en la gestión de la empresa y se pueden convertir en una oportunidad o amenaza para la institución, el listado de estas variables base para la matriz DOFA se describen en el siguiente cuadro:

VARIABLE	OPORTUNIDAD	AMENAZA	IMPACTO		
			ALTO	MEDIO	BAJO
Ubicación estratégica	X		X		
Contrato con cliente de referencia ECOPETROL	X		X		
Mercado	X			X	
Otros prestadores		X		X	
Experiencia		X		X	
Tarifas de contratación		X		X	
Infraestructura	X		X		
Equipamiento	X		X		
Ubicación	X		X		
Recurso Humano	X		X		
Liquidez	X		X		
Posicionamiento	X		X		
Dependencia de un cliente ECOPETROL		X	X		
Formación personal de primera línea (repcionista)		X		X	
Seguimiento en los procesos		X		X	
Funcionamiento efectivo de los comités		X		X	

Tabla 5. Matriz DOFA LOGROS IPS

Teniendo en cuenta estas variables se realiza la matriz DOFA de la institución, ver Anexo 3. Matriz DOFA LOGROS IPS.

Después de concluir el análisis interno y de competencias, donde se identificaron los factores que influyen positiva o negativamente sobre la empresa y su manifestación en forma de amenaza o de oportunidad, se busca una solución estratégica que integre en forma cuantitativa y cualitativa el resultado de dicho análisis, que permita formular los planes de mejoramiento encaminados a la búsqueda de la competitividad en el sector; para esto se desarrolla la matriz de impacto estratégico que identifica, evalúa y selecciona los objetivos de

la institución para cumplir las metas propuestas en las perspectivas financieras, de clientes y de procesos internos.

En esta matriz de impacto estratégico, se definen los objetivos que van a ser medibles mediante unos indicadores con el fin de cumplir las metas propuestas en cada perspectiva y las iniciativas a desarrollar para el cumplimiento de estas. En el Anexo 4. Matriz de Impacto Estratégico de LOGROS IPS se observan los objetivos establecidos.

Con la definición de la matriz de impacto estratégico se identificaron cada uno de los proyectos a desarrollar para cumplir con los objetivos. Se evidenciaron cinco iniciativas donde cada una de estas es un proyecto que la institución va a desarrollar para lograr dichos objetivos, estos proyectos se trabajan desde lo financiero, como por ejemplo la compra de otros equipos de fisioterapia, la optimización de los insumos, la implementación de nuevas terapias, el aumento de los servicios ofrecidos que permitan ampliar el portafolio de productos, ofrecer atención con calidad y calidez, manteniendo el recurso humano capacitado y competente en todas las áreas, logrando así acrecentar la satisfacción del cliente.

Adicionalmente se construyó el mapa estratégico que permite visualizar los objetivos estratégicos en las perspectivas: Financiera, Cliente, Procesos Internos y Aprendizaje y Crecimiento, permitiendo de una forma fácil conocer la estrategia que traza la organización para el cumplimiento de la visión, como se presenta en la siguiente figura:

## MAPA ESTRATÉGICO LOGROS IPS

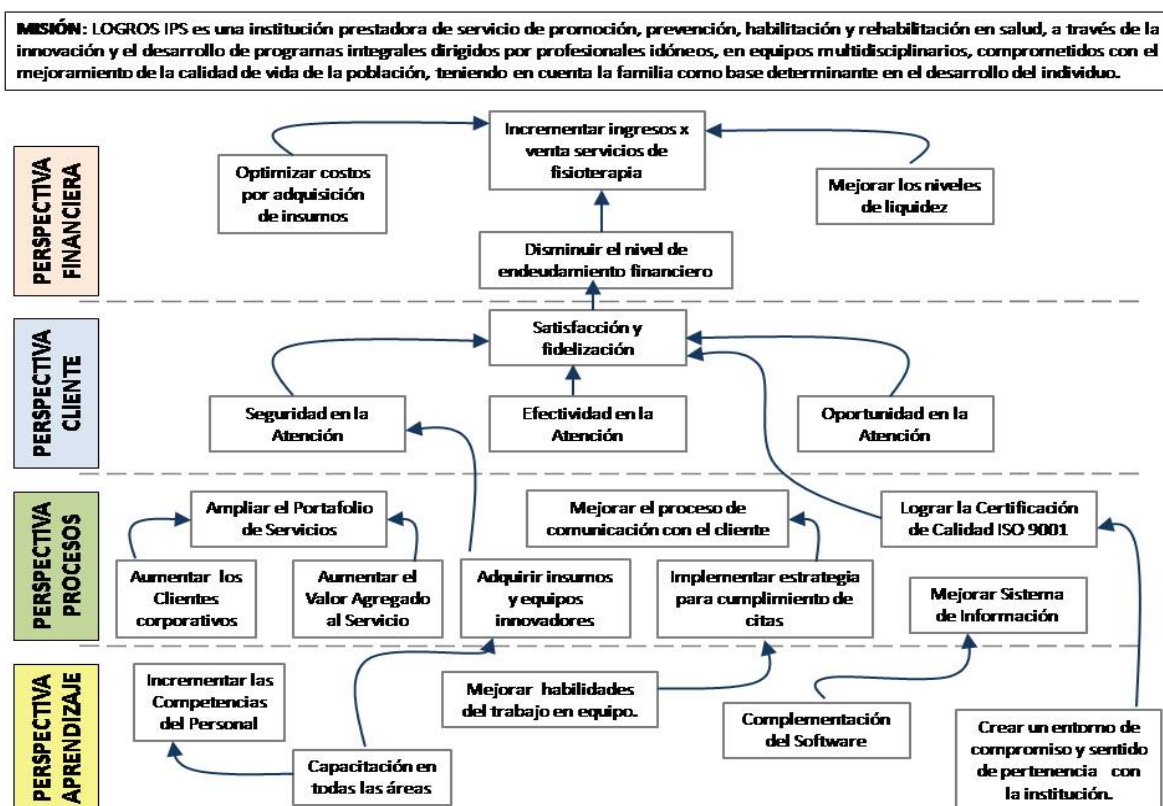


Figura13.Mapa Estratégico LOGROS IPS

### 5.1.3 PLANIFICACIÓN

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

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

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

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

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

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

#### 5.1.3.2 Definición de la política

Según la norma NTC-ISO 9001:2008, capítulo 5.3, la política de calidad se debe desarrollar de acuerdo al objeto social de la institución, evidenciando el conocimiento de las necesidades del usuario y compromiso del personal de la institución tanto administrativo como operativo que cumplan con los requisitos de la norma.

Para la definición de la política y objetivos de calidad de la institución, se realizó un análisis tanto interno como externo con el fin de conocer las necesidades y expectativas de los clientes y el posicionamiento de la institución en el mercado. La recopilación de dicha información se obtuvo mediante una encuesta de expectativas diligenciada por los usuarios de LOGROS IPS, teniendo en cuenta los aspectos como la oportunidad, la atención recibida, el trato e infraestructura entre otros.

A su vez se involucró al personal de las dos sedes, en una reunión donde todos manifestaran los aspectos que ellos consideraban importantes para aplicar en la institución y lograr un servicio con calidad.

Basándose en estas expectativas se procede a redactar la política de calidad:

#### **Política de calidad**

*LOGROS IPS como institución prestadora de servicios de promoción, prevención, habilitación y rehabilitación en salud se enfoca en satisfacer al cliente (empresa y usuario)*

*ofreciendo un excelente servicio, con atención oportuna, calidad y calidez de acuerdo a las necesidades del usuario. Para lo cual cuenta con recurso humano altamente calificado, satisfecho y comprometido, equipos adecuados, modernas instalaciones y se mantiene en la búsqueda constante de mejora continua en sus procesos.*

### **5.1.3.3 Definición de los objetivos de calidad**

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 6. Política y Objetivos de la Calidad

#### 5.1.3.4 Definición de responsabilidades

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

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

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

- **Coordinador de Calidad:** es el encargado de diseñar, elaborar, socializar e implementar el sistema de gestión de la calidad de la institución, con el fin de satisfacer las necesidades y expectativas de la institución, y velar por las mejoras continuas de los procesos institucionales, por medio del desarrollo permanente del Sistema de Gestión de la Calidad.
  
- **Líderes de Proceso:** es la persona asignada por la institución como representante del proceso, quien debe velar por que se cumplan todas las actividades descritas en la caracterización del proceso.

- **Auditor de Calidad:** es el encargado de elaborar el plan de auditoría, nombrar los auditores para evaluar cada proceso, asegurar la independencia e integridad del equipo auditor, verificar las acciones para dar cumplimiento a los hallazgos o no conformidades detectadas en la auditoría, elaborar y entregar el informe de auditoría para la respectiva revisión por la dirección.
- **Personal de la Organización:** comprometido con la institución en las actividades a implementar en los procesos de la organización y encargados de aplicar los documentos y formatos definidos en el sistema de gestión de la calidad de Logros IPS.

#### 5.1.3.5 Mapa de procesos:

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 7. Tabla de Procesos LOGROS IPS

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



Figura 14. Mapa de Procesos LOGROS IPS

#### 5.1.3.6 Caracterización de procesos:

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

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

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

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

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

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

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

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

Identificando los anteriores aspectos se procede a desarrollar la caracterización para el proceso de gestión estratégica de LOGROS IPS, para una mejor comprensión ver *Anexo 5. Caracterización Gestión Estratégica.*

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

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

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

*Figura 15. Cronograma de Implementación del SGC LOGROS IPS*

#### 5.1.4 DOCUMENTACIÓN

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

En la estructura de la documentación se establecieron directrices generales para la construcción, actualización y eliminación de los documentos que conforman la estructura documental del SGC ISO 9001: 2008 de Logros IPS. La documentación elaborada es la

exigida por la norma y a su vez la que se desarrollo teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

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

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

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

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

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

- **Propósito:** define claramente la razón de ser del documento. Precisa los aspectos que trata el documento y amplía la información suministrada en el título del mismo.

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

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

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

Definiendo la estructura de la documentación, el proceso de gestión estratégica aplica los siguientes numerales de la norma NTC-ISO 9001:2008:

#### **RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN (Numeral 5 NTC-ISO 9001:2008)**

- **COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN (Numeral 5.1 NTC-ISO 9001:2008)**

La alta dirección DEBE proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad, así como la mejora continua de su eficacia:

- a) comunicando a la organización la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios;
- b) estableciendo la política de la calidad;
- c) asegurando que se establecen los objetivos de la calidad;
- d) llevando a cabo las revisiones por la dirección, y
- e) asegurando la disponibilidad de recursos.

- **ENFOQUE AL CLIENTE (Numeral 5.2 NTC-ISO 9001:2008)**

La alta dirección DEBE asegurarse de que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente (véanse 7.2.1 y 8.2.1).

- **POLÍTICA DE LA CALIDAD (Numeral 5.3 NTC-ISO 9001:2008)**

La alta dirección DEBE asegurarse de que la política de la calidad:

- a) es adecuada al propósito de la organización;
- b) incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad;

- c) proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad,
- d) es comunicada y entendida dentro de la organización; y
- e) es revisada para su continua adecuación.

- **PLANIFICACIÓN (Numeral 5.4 NTC-ISO 9001:2008)**

- **OBJETIVOS DE LA CALIDAD (Numeral 5.4.1 NTC-ISO 9001:2008)**

La alta dirección DEBE asegurarse de que los objetivos de la calidad, incluyendo aquéllos necesarios para cumplir los requisitos para el producto (véase 7.1 a), se establecen en las funciones y los niveles pertinentes dentro de la organización. Los objetivos de la calidad DEBEN ser medibles y coherentes con la política de la calidad.

- **PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (Numeral 5.4.2 NTC-ISO 9001:2008)**

La alta dirección DEBE asegurarse de que:

- a) la planificación del sistema de gestión de la calidad se realiza con el fin de cumplir los requisitos citados en 4.1, así como los objetivos de la calidad, y
    - b) se mantiene la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planifican e implementan cambios en éste.

- **RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN (Numeral 5.5 NTC-ISO 9001:2008)**

– RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD (Numeral 5.5.1 NTC-ISO 9001:2008)

La alta dirección DEBE asegurarse de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la organización.

– REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN (Numeral 5.5.2 NTC-ISO 9001:2008)

La alta dirección DEBE designar un miembro de la dirección quien, independientemente de otras responsabilidades, DEBE tener la responsabilidad y autoridad que incluya:

- a) asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para del sistema de gestión de la calidad;
- b) informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y de cualquier necesidad de mejora; y
- c) asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la organización.

Nota. La responsabilidad del representante de la dirección puede incluir relaciones con partes externas sobre asuntos relacionados con el sistema de gestión de la calidad.

– COMUNICACIÓN INTERNA (Numeral 5.5.3 NTC-ISO 9001:2008)

La alta dirección DEBE asegurarse de que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

- **REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN (Numeral 5.6 NTC-ISO 9001:2008)**

- **GENERALIDADES (Numeral 5.6.1 NTC-ISO 9001:2008)**

La alta dirección DEBE revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización, a intervalos planificados, 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.

DEBEN mantenerse registros de las revisiones por la dirección (Véase 4.2.4).

- **INFORMACIÓN DE ENTRADA PARA LA REVISIÓN (Numeral 5.6.2 NTC-ISO 9001:2008)**

La información de entrada para la revisión por la dirección DEBE incluir

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

- RESULTADOS DE LA REVISIÓN (Numeral 5.6.3 NTC-ISO 9001:2008)

Los resultados de la revisión por la dirección DEBEN incluir todas las decisiones y acciones relacionadas con:

- a) la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos;
- b) la mejora del producto en relación con los requisitos del cliente;
- c) las necesidades de recursos

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

Documentos Generales:

- GE-G-02 Misión y Visión de LOGROS IPS
- GE-G-03 Política y Objetivos de Calidad
- GE-G-04 Organigrama de LOGROS IPS
- GE- G-05 Deberes y Derechos de los Pacientes.
- GE-G-06 Mapa de Procesos de LOGROS IPS

Y los siguientes procedimientos de relevancia para el proceso de Gestión Estratégica según la norma NTC-ISO 9001:2008:

CÓDIGO	NOMBRE DEL DOCUMENTO	OBJETIVO	ALCANCE
GE- G -01	Caracterización	Formular y controlar la estrategia competitiva de LOGROS IPS con el fin de aumentar su crecimiento, realizando un desempeño con calidad, y lograr un nivel de posicionamiento en el área de la salud y así garantizar su supervivencia a largo plazo.	
GE -PR- 07	Procedimiento de Revisión por la Dirección.	Este procedimiento tiene como objetivo establecer los lineamientos para llevar a cabo las revisiones del Sistema de Gestión de la Calidad de LOGROS IPS por parte de la Gerencia y asegurar así la conveniencia, adecuación y eficacia continua del sistema en la institución.	Aplica a todos los procesos que conforman el Sistema de Gestión de la Calidad y comprende desde el análisis y verificación de los criterios e información para la revisión por parte de la gerencia.
GE -PR- 08	Procedimiento Comercial.	Este procedimiento permite gestionar la mejor forma de comercialización de los servicios ofrecidos por LOGROS IPS.	Incrementar el número de clientes de la institución.
GE -PR- 09	Procedimiento de Comunicación con el Cliente.	Establecer las actividades para asegurar la comunicación eficaz de la política de calidad, los requisitos de calidad, los objetivos de calidad y los logros promoviendo activamente la retroalimentación y la comunicación del personal para ayudar a mejorar el desempeño de la organización.	Aplica a todos los procesos y áreas de LOGROS IPS.
GE-M-10	Manual de Calidad Para una mejor interpretación, ver Anexo 6. Manual de Calidad LOGROS IPS.	Describir los procedimientos y los documentos establecidos por la institución que conforman el Sistema de Gestión de la Calidad de LOGROS IPS.	Aplica a todos los procesos y áreas de LOGROS IPS de las dos sedes.

Tabla 8. Tabla de Documentos de Gestión Estratégica

### 5.1.5 SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN

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

Una de las primeras capacitaciones que se realizó al personal de la institución se basó en el tema de calidad con el fin de que el personal adquiriera un conocimiento y maneje un vocabulario sobre los conceptos básicos de calidad como lo son: que es organización, sistema, que es gestión, calidad, requisitos satisfacción, proceso, tipos de causas, producto, corrección, acción correctiva, producto no conforme entre otros. El total de asistentes entre las dos sedes y personal de domicilio fueron 23 personas que recibieron la capacitación. Como evidencia de esta, adjuntan las siguientes fotos y se anexa el acta de capacitación con la respetiva firma de los asistentes, *ver Anexo 7. Actas de Socialización (Acta 1)*.





*Figura 16. Fotos de Capacitaciones en LOGROS IPS*

Después de la capacitación al personal sobre la importancia de brindar un servicio con calidad, para que se involucre en la implementación del sistema, se realizó una reunión con todo el personal para socializar los procesos institucionales identificados que van a conformar el sistema de gestión de la calidad, donde se nombraron los líderes de cada proceso, se conformaron los comités de trabajo y se recopilaban ideas sobre cómo brindar un servicio con calidad que nos identifique en el sector, esto con el fin de definir la política y objetivos de calidad de la empresa. Como evidencia de esta reunión se presentan el acta de socialización *Ver Anexo 7. Actas de Socialización (Acta 2).*

Otra capacitación que se realizó, fue la socialización de los documentos que se definen en el proceso de gestión estratégica, como son: misión, visión, organigrama de la empresa, mapa de procesos, unidades de atención, deberes y derechos de los usuarios, el alcance del SGC de la institución, política y objetivos de calidad. *Ver Anexo 7. Actas de Socialización (Acta 3).*

El total de capacitaciones de Gestión Estratégica fueron tres, con un promedio de 20 participantes. Para la evaluación de la eficacia de estas capacitaciones, se aplicó el formato definido por la institución, *ver Anexo 8. Evaluación Eficacia de la Capacitación* dando como resultado lo siguiente:

Preguntas aplicadas en la evaluación:

	25%	50%	80%	100%
1. ¿Los conocimientos adquiridos en la capacitación y/o entrenamiento los está implementando en la institución?	No los ha implementado	Parcialmente implementados	Totalmente implementados	Totalmente y han permitido generar mejora
	1	2	3	4
2. ¿Qué aporte le brindo la capacitación y/o entrenamiento?	No aporte nada	Solo adquisición de conocimientos	Adquisición y aplicación de los conocimientos	Adquisición, aplicación de conocimientos y a su vez genero mejora
	1	2	3	4

3. ¿Los conocimientos adquiridos le han permitido incrementar su nivel de desempeño laboral, desempeño de la institución o de los procesos?

No han incrementado el desempeño laboral	Han permitido cumplir compromisos puntuales /específicos	Han incrementado el desempeño individual y del proceso	Han incrementado el desempeño laboral, incluyendo modificación de la conducta del participante
1	2	3	4

Tabla 9. Evaluación Eficacia de la Capacitación

TEMA CAPACITACIÓN	No. PARTICIPANTES	RESP.	RESULTADOS			
			1	2	3	4
Conceptos de calidad y qué es un Sistema de Gestión de la Calidad.	23	1				100%
		2				100%
		3				100%
Socialización del mapa de procesos y presentación de líderes de procesos	13	1			39%	61%
		2				100%
		3			15%	85%
Socialización de Misión, Visión, Política y Objetivos de Calidad.	13	1			100%	
		2			87%	13%
		3			93%	7%

Tabla 10. Tabla de Resultado de Evaluación de Capacitación

Los participantes mostraron gran interés en las capacitaciones y según la evaluación de la eficacia de estas se evidencia que los temas tratados han permitido ampliar sus conocimientos y han sido útiles para el desempeño dentro de la institución, como se muestra en la Tabla 10. Resultados de Evaluación de Capacitación; los resultados de evaluación son superiores a un 80% reflejando que los conocimientos han sido totalmente implementados y han permitido generar mejoras, lo que significa que existe un personal comprometido en el proceso de implementación del sistema de gestión de la calidad.

### 5.1.6 IMPLEMENTACIÓN

En esta etapa se realiza la socialización de los documentos y registros elaborados con el fin de que el personal implicado en los procesos de la institución tenga conocimiento de ellos y los adopten en el desarrollo de sus tareas. Las actividades que se llevaron a cabo en la etapa de implementación son las siguientes:

- Desarrollar actividades de socialización de la documentación en el proceso.

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

Para la implementación de los documentos desarrollados en el proceso de gestión estratégica, al ser aprobada dicha documentación, se citó al personal de las dos sedes a reunión, para socializar; la primer implementación y hacer entrega de documentación; en esta se dio a conocer la misión, visión, política y objetivos de calidad, deberes y derechos de los usuarios; para esta reunión se elaboró un folleto con dicha información y se hizo entrega a cada uno de los asistentes. Como se evidencia a continuación:

UNIDADES DE SERVICIO	
Unidad de Psicología	Contribuye a mejorar la calidad de vida del paciente y la de su familia, a través de: Servicios de psicología clínica y educativa Asesoría y Terapia: familiar, de pareja, niños, niñas y adolescentes. Orientación profesional Acompañamiento en dificultades escolares.
Unidad de Nutrición y Dietética	Consulta nutricional en niños, niñas, adolescentes y adultos. Apoyo al paciente con obesidad. Apoyo al programa psicoprofiláctico.
Unidad de Fonoaudiología	Dirigido a niños, niñas, adolescentes y adultos que presentan dificultades que les impiden comunicarse eficientemente, comprende consulta e intervención en:  Desórdenes en el desarrollo del lenguaje. Discapacidad cognitiva y lesiones motoras relacionadas con el habla. Pérdidas parciales o totales de audición. Alteraciones en la estructura de los órganos del habla. Dificultades y alteraciones en el aprendizaje escolar. Alteraciones miofuncionales que afecten procesos de alimentación o habla.

Unidad de Terapia Ocupacional	Encaminada a alcanzar una funcionalidad óptima del individuo, con el fin de facilitar su integración en los ámbitos familiar, escolar, social y laboral:  Problemas de Aprendizaje, dirigido a niños, niñas, adolescentes y adultos, con disfunciones de atención, torpeza motriz e hiperactividad con el fin de desarrollar las habilidades necesarias para un buen desempeño. Comprende adiestramiento perceptual, visual y maduración del sistema nervioso. Programa de alteraciones neuromusculares, dirigido a niños, niñas y adolescentes con patologías como parálisis cerebral, retardo mental, síndrome de Down, entre otros. Programa de reacondicionamiento, enfocado en la recuperación de pacientes adultos que por eventualidad accidental hayan perdido sus habilidades motoras. Comprende los programas de:
Unidad de Fisioterapia y Terapia respiratoria	Asistencia en Terapia Física. Y Respiratoria. Estimulación adecuada, la cual busca favorecer el desarrollo psicomotor normal e integral en los niños y niñas sanos, orientando su intervención hacia el acompañamiento y/o mejoramiento de la adquisición de las diferentes habilidades motrices en los primeros años de vida. Para ello se cuenta con un moderno y completo gimnasio. Se asesora a los padres de familia por medio de actividades educativas y comunicativas con respecto a la secuencia del desarrollo motor y cuidados posturales de sus hijos. Psicoprofilaxis: Ofrece a la pareja la preparación física y emocional necesaria para el manejo adecuado del embarazo, parto y post-parto.



**Implementación Sistema de Gestión de la Calidad**



Figura 17. Folleto de Socialización Gestión Estratégica (hoja 1)

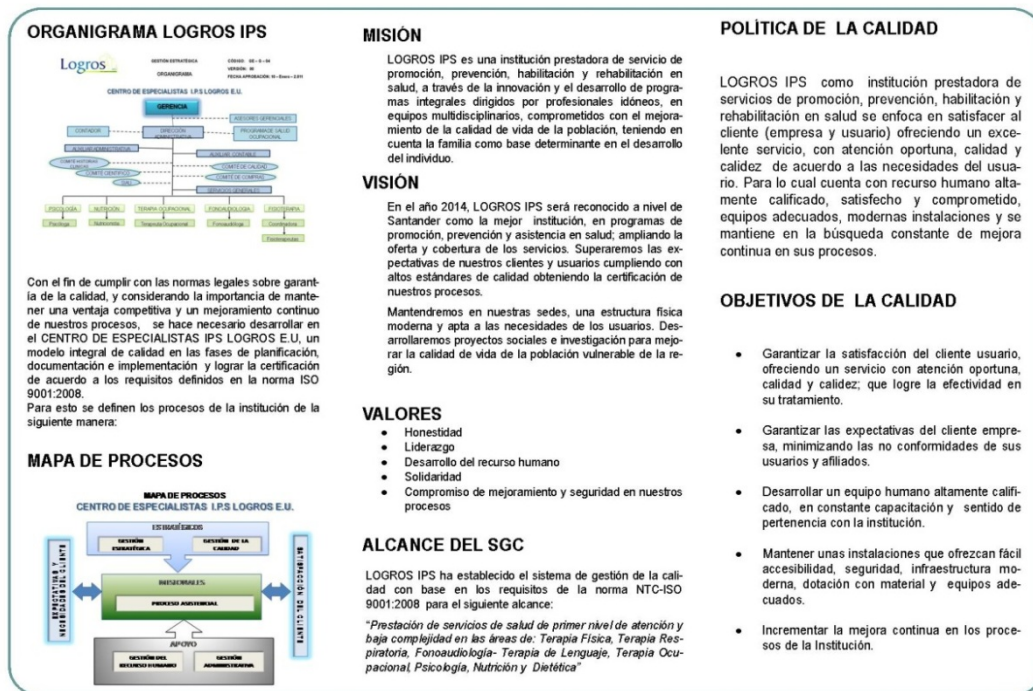


Figura 18. Folleto de Socialización Gestión Estratégica (hoja 2)

## DEBERES Y DERECHOS DE LOS USUARIOS

Según Fuente: Ley 100 de 1993, Artículo 160.



### DEBERES

- Asistir a la terapia con 10 min de anticipación, respetando la hora asignada.
- A cancelar la cita con 24 horas de antelación si NO va a asistir.
- Debe tener continuidad y constancia en su tratamiento para obtener los resultados planteados.
- Realizar los pagos cuando le corresponda, según cotizaciones o pagos obligatorios a que haya lugar.
- Suministrar información en forma oportuna, veraz, clara y completa sobre las circunstancias y estado de salud, a su vez informar los hechos o situaciones causantes de su deterioro.
- Cuidar y hacer uso racional de los recursos, las instalaciones, y de colaborar en el mantenimiento de ella.
- Tratar con respeto y dignidad a las personas que lo atienden y que tenga contacto dentro de las instalaciones de la Institución.
- Solicitar información sobre las normas de funcionamiento de la Institución y los canales de comunicación (quejas, sugerencias, reclamaciones y preguntas).

### DERECHOS

- Que su cita sea asignada en el menor tiempo posible.
- Ser atendido en el horario establecido.
- Se le respete el tiempo asignado para su terapia y cumplir el tratamiento en su totalidad.
- Recibir atención en instalaciones cómodas, tranquilas y a la mayor privacidad física posible durante su atención.
- Que se le informe en su totalidad el tratamiento que va a recibir y los posibles riesgos que se pueden presentar.
- Manifiestar su voluntad y participación en su proceso de atención, o que sus familiares en caso de inconsciencia o minoría de edad tengan consentimiento por escrito del tratamiento a recibir.
- A recibir el informe del tratamiento aplicado y evolución presentada al finalizar la orden.
- A recibir un trato digno, cortés y amable.
- A que le comuniquen con anterioridad la cancelación de su cita y ajuste de esta, cuando se presenten causas mayores.

**LO MÁS IMPORTANTE ES USTED**

Figura 19. Folleto de Socialización Deberes y Derechos de los Usuarios

Otro documento que se implementó en la institución por parte de gestión estratégica, fue el procedimiento de comunicación interna, que permite establecer las actividades para asegurar la comunicación eficaz con el personal y mejora el desempeño de la organización, este procedimiento se socializó entre los líderes de los procesos y las auxiliares administrativas de las dos sedes, que son los responsables de aplicar y difundir dicho procedimiento. Como evidencia de la implementación se muestra el *Anexo 9. Formato de Comunicación Interna*, con el uso de este formato se permite registrar las firmas de los trabajadores quedando constancia de que recibieron la información.

En reunión con el comité de calidad y los líderes de cada proceso, se dio a conocer el objetivo del procedimiento de revisión por la dirección, el cual establece los lineamientos para llevar a cabo las revisiones del sistema de gestión de la calidad de LOGROS IPS por parte de la Gerencia y asegura la conveniencia, adecuación y eficacia continua del sistema en la institución; en esta reunión con el Comité de Calidad se explicaron los aspectos necesarios para la revisión por la dirección como son:

- Resultados de auditorías.
- Retroalimentación con los clientes.
- Desempeño de los procesos y conformidad con el servicio.
- Estado de acciones correctivas y preventivas.
- Acciones de seguimiento de revisiones por la Dirección previas.
- Cambios que pueden afectar el SGC.
- Recomendaciones de mejora
- Alcance de los objetivos de calidad, comprensión y aplicación de la Política de Calidad.
- Conveniencia, adecuación y eficacia continuas del SGC

Los resultados de la Revisión por la Dirección deben estar relacionados con la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos, la mejora del producto en relación con los requisitos del cliente y las necesidades de recursos.

Después de implementar los documentos que hacen parte del proceso de gestión estratégica, se hizo seguimiento y acompañamiento por un periodo de 2 meses, retroalimentando los temas donde se evidenciaron falencias en el proceso, esto con el fin de educar y fomentar una cultura de calidad en el manejo de documentos y formatos definidos en el sistema de gestión de la calidad de la institución.

Teniendo implementada la documentación definida para el proceso de gestión estratégica, una de las funciones del comité de calidad es hacer seguimiento a esta documentación, para esto se realizaron varias reuniones para analizar el estado actual de diferentes procesos y poder entregar un informe a la dirección.

- **Reuniones de Comité de Calidad**

El comité de calidad definido en la institución es el encargado de desarrollar las actividades relacionadas con la creación, el diseño, la implementación, mantenimiento y mejoramiento de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad de la Institución.

Durante el desarrollo de la monografía se ejecutaron tres reuniones por parte del comité de calidad con la gerencia, con el fin de revisar, aprobar y entregar los avances en cada proceso, y así poder tomar decisiones respecto a los hallazgos evidenciados. Los temas contemplados fueron los siguientes:

FECHA	ASISTENTES	TEMAS	DECISIONES
05-02-2.011	Gerente (Dra. Nohora Galindo ) Coord. de Calidad (Ing. Lady Quintero) Líder Recurso Humano (Dra. María Clara Langhammer)	-Nombrar los líderes de los procesos.  -Revisión de las caracterizaciones de cada proceso.	Se convoca a reunión a los líderes de cada proceso:  Gestión Estratégica (líder → Gerente, Dra. Nohora Galindo).  Gestión de Calidad (Líder → Coord. de Calidad, Ing. Lady Quintero)  Proceso Asistencias (líder → Coord. de Fisioterapia, Dra. Lyda Márquez).

			<p>Gestión de Recurso Humano (líder → Psicóloga, Dra. María Clara Langhammer).</p> <p>Gestión Administrativa (Líder – &gt; Aux. Administrativo, Mónica Parra).</p>
10 – 02 -2011	<p>Gerente (Dra. Nohora Galindo )  Coord. de Calidad (Ing. Lady Quintero)  Líder Recurso Humano (Dra. María Clara Langhammer)  Líder P. Asistencial (Dra. Lyda Márquez)  Líder P. Administrativo (Mónica Parra)</p>	<p>Definir las actividades a desarrollar para la implementación del Sistema de gestión de la calidad en cada proceso.</p>	<p>Socialización a todo el personal de la institución para dar a conocer el mapa de procesos, los líderes y la caracterización de cada uno. (Reunión efectuada el día 16 de febrero del 2.011).</p> <p>Reunión de información al personal de la institución sobre el desarrollo de este proyecto y presentación del equipo de trabajo, para que cada líder de proceso se relacione y apoye en el proceso de definición y revisión de los documentos requeridos por la norma NTC-ISO 9001:2008.</p>
02-05-2.011	<p>Coord. de Calidad (Ing. Lady Quintero)  Líder Recurso Humano (Dra. María Clara Langhammer)  Líder P. Asistencial (Dra. Lyda Márquez)</p>	<p>Revisión de los documentos desarrollados por parte del proceso de gestión de la calidad a cargo de Patricia Ávila.</p>	<p>Reunión de socialización con todo el personal de las dos sedes para entrega de los formatos a utilizar y seguimiento a seguir ante un producto no conforme, acciones correctivas y preventivas.</p>

Tabla 11. Reuniones de Comité de Calidad

En estas reuniones por parte del comité de calidad, se trataron los temas a revisar por parte de la Gerencia a cargo del proceso de gestión estratégica, y los demás temas como el tratado en la reunión del día 02-05-2.011, la revisión y socialización de estos documentos fueron a cargo de Patricia Ávila, responsable del proceso de gestión de la calidad. Como evidencia de estas reuniones se anexa un registro de acta, ver Anexo 10. Acta Comité de Calidad.

### 5.1.7 EVALUACIÓN

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

- Realización de auditorías internas.
- Revisión del Sistema por parte de la Dirección.

#### 5.1.7.1 AUDITORIA INTERNA

La forma de evaluación del cumplimiento del sistema de gestión de la calidad, se efectuó mediante la elaboración de una auditoría interna en las dos sedes, después de tener definido el programa de auditoría para el año 2011, se elaboró por parte del Auditor Líder el plan de auditoría interna definiendo los siguientes aspectos:

##### Objetivo:

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

##### Alcance:

- Aplica a todos los procesos del SGC del Centro de Especialistas LOGROS EU.
- Criterios: NTC ISO 9001:2008
- Manual de Calidad y Documentación establecida en los diferentes procesos del SGC.

- Requisitos legales como: Sistema Único de Habilitación (Resolución 1043 de 2006) y Manejo de historias clínicas según (Resolución 1995 de 1999).

**Equipo Auditor:**

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

**Proceso a auditar:**

- Todos los procesos establecidos en la institución.

Adicionalmente se definió la agenda de la auditoría interna durante los días que se planteaba su desarrollo. Anexo se presenta el plan de auditoría interna desarrollado el día 16 y 17 de Junio de 2.011, ver *Anexo 11. Plan de Auditoría Interna*.

Esta auditoría se elaboró por el equipo auditor (Auditor Líder: Ing. Lady Patricia Quintero Velasco (Coordinadora de Calidad de la Institución) y acompañamiento por la auditora María Clara Langhammer (Psicóloga de la institución) este equipo auditor cuenta con la formación como auditores de calidad.

Una vez realizado el trabajo de campo los días establecidos se elaboró el informe de la auditoría (ver *Anexo 12. Informe de Auditoría*), donde se presentaron los siguientes hallazgos para el proceso de gestión estratégica:

- Se evidenció el compromiso y responsabilidad por parte de la dirección, cumpliendo el requisito del capítulo 5 Responsabilidad de la Dirección según la norma, se ha definido una estructura organizacional, y tienen asignado responsables en cada uno de los procesos que conforman el SGC en el momento de toma de decisiones cuando se necesiten.

- Se evidencia el acta de socialización de las directrices que conforman el SGC, el mapa de procesos, política y objetivos de calidad, pero el personal aun no tiene conocimiento claro sobre estas definiciones.
- Existe un procedimiento de comunicación interna que se está aplicando en la entrega de información llevando un control de reuniones programadas.
- Se realiza mensualmente una revisión por la dirección con la coordinadora de calidad y los líderes de procesos para revisar el estado de las acciones correctivas y preventivas, no conformidades en los procesos, cambios que pueden afectar el SGC, necesidades de recursos y acciones de mejora a implementar. Se recomienda a los líderes de procesos hacer seguimiento y verificar que el personal este aplicando los procedimientos definidos en cada uno de sus procesos.
- Se evidencia el seguimiento y evaluación de la satisfacción del cliente mensualmente, aplicando la encuesta a los usuarios al finalizar ordenes de atención, midiendo el índice de satisfacción del cliente.

Como resultado de esta auditoría interna se presentaron cero No conformidades en el proceso de gestión estratégica, se generalizan seis hallazgos de los cuales en dos se hacen observaciones de mejora. Se puede concluir que el personal está comprometido con la implementación del SGC, se tiene la capacidad de cumplir los requisitos de ley, norma, cliente y organización y se está cumpliendo con los objetivos establecidos en el sistema de gestión de la calidad.

#### 5.1.7.2 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Una vez se avanzó en la implementación del sistema de gestión, para el proceso de gestión estratégica cumpliendo con los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008, capítulo 5, en el numeral 5.1 compromisos de la dirección, se define el procedimiento de revisión por la dirección, que tiene como objetivo establecer los lineamientos para llevar a cabo las respectivas revisiones por parte de la Gerencia al Sistema de Gestión de la Calidad de

LOGROS IPS, esta reunión se realizó con la Gerente, la Coordinadora de Calidad y los líderes de cada proceso el día 24 del mes de junio de 2011, teniendo como entradas los siguientes elementos:

- **Resultados de la Auditoría Interna**

Como resultado de la auditoría interna, se entrega el informe de la auditoría con la redacción de los hallazgos, identificados como aspectos favorables, aspectos por mejorar y no conformidades detectadas, teniendo como base este informe se procede a definir las acciones a tomar como se establece en el siguiente cuadro:

NO CONFORMIDAD	CAUSAS	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	ABIERTA	CERRADA
<p>No se evidencia la selección, evaluación y reevaluación de los proveedores, como lo establece el procedimiento de selección de proveedores GAD-PR-02, y el requisito de la norma NTC-ISO 9001:2008, numeral 7.4.1 Procesos de Compras.</p>	<p>La socialización no fue muy clara, e hizo falta hacer un acompañamiento para la implementación de este procedimiento, o un ejemplo de los pasos a seguir para la selección de proveedores.</p>	<p>Se convoca a reunión, para el día 11 de Julio del 2.011 a las 5 p.m en la sede cabecera, con el líder del proceso de gestión de compras (Mónica Parra) auxiliar administrativa de la sede cabecera y la Aux. Administrativa de la sede cañaveral que son las encargadas de manejar los proveedores de la institución, para la retroalimentación de los documentos definidos en el proceso de compras, asignar fechas de entrega de resultados y responsables.</p> <p>Se establece como fecha límite para verificar el cumplimiento de dichas disposiciones el día 29 de julio.</p>	<p>Coordinadora de Calidad</p>	<p>X</p>	
<p>No se están aplicando las actividades de verificación en recepción para asegurarse del cumplimiento de los requisitos de compra, ni se evidencian los formatos de las cotizaciones y ordenes de compras, como se establece en el procedimiento general de compras GAD-PR-01,</p>	<p>Los formatos de cotización y órdenes de compra definidos en el procedimiento, se socializaron pero no realizaron un acompañamiento para tener mejor claridad de su uso.</p>	<p>Se convoca a reunión para el día 16 de julio del 2.011 a las 8:00 a.m, a las auxiliares administrativas de cada sede y el comité de compras, para retroalimentar en el uso y aplicación del procedimiento general de compras, explicación y uso de los formatos de cotizaciones y órdenes de compra que se van a</p>	<p>Coordinadora de Calidad y comité de compras</p>	<p>X</p>	

que permite cumplir el requisito (7.4.2 Información de las Compras).		implementar en la institución. Se establece como fecha límite para verificar el cumplimiento de dichas disposiciones el día 06 de agosto.			
No se evidencia un seguimiento y control de cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo de los equipos, se evidenció en la hoja de vida de equipos las fechas de mantenimiento pero no tienen responsable, ni cuentan con un contrato de una empresa responsable de efectuar dichos mantenimientos, como se establece en el procedimiento de hoja de vida de equipos GI-PR-03, según el requisito de la norma NTC-ISO 9001:2008, numeral 7.6 control de los equipos de seguimiento y medición.	A los equipos no le están realizando el mantenimiento en la fecha establecida en la hoja de vida de estos, ya que no tienen definido un responsable de llevar a cabo dicho programa.	Se nombra a la Dra. Leidy Mantilla (Fisioterapeuta) como responsable de llevar a cabo el programa de mantenimiento preventivo en los equipos de la institución, se entrega el procedimiento y hoja de vida de los equipos, para asignar responsable y fechas de cuando se debe hacer mantenimiento al equipo. Se establece fecha límite para verificar el cumplimiento para el día 29 de julio al programa de mantenimiento.  Para este día se debe tener un contrato con una empresa encargada de realizar el mantenimiento correctivo, según autorización de gerencia.	Coordinadora de Calidad	X	
No se evidencia la evaluación de las competencias y desempeño del personal como lo establecido en el procedimiento de evaluación y desempeño del personal GH-PR-	Se presenta la socialización de cómo se debe aplicar esta evaluación pero a la fecha la persona encargada de recurso humano no la ha aplicado.	El líder de proceso de recurso humano se retroalimenta sobre el procedimiento y formato de evaluación de competencia al personal, donde se compromete a	Psicóloga	X	

<p>04, incumpliendo el requisito (6.2.2 (e) competencia, formación y toma de conciencia, donde dice que la organización DEBE mantener los registros apropiados de la educación, formación y habilidades del personal.</p>		<p>aplicar dicha evaluación al personal y entrega de resultados el día 15 de Julio del 2.011.</p> <p>Se establece como fecha límite para verificar el cumplimiento de la aplicación de evaluación, para el día 29 de Julio del 2.011.</p>			
<p>No se evidencia un programa de capacitación y/o entrenamiento debidamente aprobado como lo requiere el numeral 6.2.2 (b) competencia, formación y toma de conciencia, donde la organización DEBE proporcionar formación o tomar otras acciones para lograr la competencia necesaria.</p>	<p>No se definió un programa de capacitación según las necesidades de los profesionales.</p>	<p>Se convoca a reunión al líder del proceso de recurso humano, coordinadora de calidad y gerencia para planteamiento de un programa de capacitación y/ entrenamiento al personal, analizando las necesidades de los profesionales y manejo del incentivo a los profesionales. Reunión que se efectuara el día 15 de Julio del 2.011.</p> <p>Se establece como fecha límite para verificar el programa de capacitación definido y su cumplimiento, para el día 20 de Agosto del 2.011.</p>	<p>Coordinadora de Calidad</p>	<p>X</p>	
<p>Se evidencia que la documentación implementada en el sistema de gestión de la calidad no es de fácil acceso en las instalaciones de la institución como lo establecido en el</p>	<p>Debido a que se encuentran todos los procesos en implementación, respectivos ajustes y revisión, no se han impreso hasta no estar</p>	<p>Imprimir los documentos que conforman el sistema de gestión de la calidad de la institución, archivar y organizar en un sitio de fácil</p>	<p>Gerencia y Coordinadora de Calidad</p>	<p>X</p>	

requisito de la norma 4.2 Requisitos de la Documentación.	aprobados por la gerencia.	<p>acceso en cada sede, y difundir con el personal su ubicación y organización del sistema para que puedan consultar y acceder para dicha documentación.</p> <p>Se establece como fecha límite para verificar la ubicación y accesibilidad a la documentación del sistema para el día 30 de Julio del 2.011.</p>			
---	----------------------------	--	--	--	--

Tabla 12. Resultados de la Auditoría Interna

En el respectivo informe de revisión por la dirección, en los resultados de la auditoría interna, se definen las acciones correctivas a implementar como solución a las no conformidades presentadas, y la asignación de responsables de la ejecución; el estado de las acciones correctivas presentadas quedan abiertas ya que se da un plazo de un mes para su aplicación y seguimiento.

- Retroalimentación del cliente (Satisfacción del Cliente, Quejas y Reclamos)

La institución tiene definido un formato de encuesta que se aplica a los usuarios al finalizar su orden de servicio, con el fin de poder medir la satisfacción de los clientes, a su vez, cuenta con un buzón de sugerencias en recepción, donde el usuario libremente puede expresar sus inquietudes y reclamos. La aplicación de esta encuesta está a cargo de las auxiliares administrativas, la cual entregan un informe mensual a la Gerencia informando los resultados de dicha encuesta, a continuación se anexa el último resultado de encuesta aplicado en el último mes, para un total de 24 usuarios nuevos encuestados.

DESCRIPCIÓN	EXCELENTE		BUENA		POR MEJORAR	
	No.	%	No.	%	No.	%
1. La facilidad, cordialidad y rapidez con la que le asignaron la cita	24	100				
2. La atención en la recepción al ingresar a LOGROS	21	70	2	20	1	10
3. El horario que le fue asignado se cumplió puntualmente	24	100				
4. La atención del terapeuta a nivel profesional lleno sus expectativas	24	100				
5. A nivel personal la atención del terapeuta fue	24	100				
6. La adecuación de las instalaciones para su comodidad y servicio	22	80	2	20		
7. Calificación de nuestro servicio en general	24	100				

Tabla 13. Encuesta de Satisfacción del Cliente

Se puede concluir en la encuesta de satisfacción de clientes que se cumple el índice de satisfacción del cliente, ya que en promedio la satisfacción del cliente es excelente en la atención recibida.

- Desempeño de los procesos (INDICADORES) y conformidad de los servicios

Para medir el desempeño de los procesos del sistema de gestión de la calidad de LOGROS IPS, se definieron unos indicadores por proceso con una meta a alcanzar, como se presenta a continuación:

#### PROCESO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA

INDICADOR	META	VALOR ALCANZADO	% CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
Índice de Satisfacción del Cliente	≥ 90%	90%	100%	El índice de satisfacción del cliente se logra mediante la evaluación de la encuesta de satisfacción de los clientes, quejas y reclamos presentados mensualmente.

Tabla 14. Desempeño del Proceso de Gestión Estratégica

#### PROCESO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

INDICADOR	META	VALOR ALCANZADO	% CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
Índice de prevención	≥ 50%	100%	100%	La institución deberá continuar en la identificación de fallas en el proceso de atención con el fin de implementar acciones preventivas y evitar la implementación de acciones correctivas ante fallas reales.

Tabla 15. Desempeño del Proceso de Gestión de la Calidad

## PROCESO ASISTENCIAL

INDICADOR	META	VALOR ALCANZADO	% CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
Oportunidad en la asignación de citas	95%	95%	100%	La meta planteada para este indicador fue cumplida por LOGROS IPS, evidenciándose una adecuada asignación de citas en un tiempo máximo de 24 horas de ser solicitada por el usuario. Es importante mantener esta meta ya que indica una adecuada prestación del servicio reflejada en la satisfacción del cliente.
Diligenciamiento de historias clínicas	99%	94%	94.9%	Para lograr el cumplimiento de este indicador se recomienda realizar revisiones semanales o diarias por parte del líder del proceso para verificar su cumplimiento ya que este indicador es de obligatorio según la normatividad nacional; igualmente reforzar el conocimiento de la Guía elaborada para el adecuado manejo de las historias clínicas.

Tabla 16. Desempeño del Proceso Asistencial

## PROCESO DE RECURSO HUMANO

INDICADOR	META	VALOR ALCANZADO	% CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
Índice de competencias del personal	≥ 85	0%	0%	No se alcanza la meta establecida, ya que no se ha desarrollado la evaluación de las competencias del personal que permite medir el rendimiento de este cada trimestre.

Tabla 17. Desempeño del Proceso de Recurso Humano

## PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA

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

Tabla 18. Desempeño del Proceso de Gestión Administrativa

Para el proceso de gestión estratégica el índice de cumplimiento de la satisfacción de los clientes obtiene un alcance del 100%, valor que se mide de la aplicación de la encuesta anexa en el ítem anterior de “Retroalimentación del cliente (Satisfacción del Cliente, Quejas y Reclamos)”. El proceso que no cumple su meta es el índice de competencias del personal, por lo tanto se establece como fecha límite para verificar su cumplimiento para el día 29 de Julio del 2.011, y tomar decisiones de mejora con la dirección.

### - Estado de Acciones Correctivas y Preventivas

A parte de las acciones correctivas que se plantearon como respuesta a los hallazgos de la auditoría interna, se presentaron dos acciones correctivas que se aplicaron como solución a dos eventos adversos presentados en las instalaciones de LOGROS IPS, estas acciones correctivas son las siguientes:

NO CONFORMIDAD	CAUSAS	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	ABIERTA	CERRADA
No se está aplicando lo establecido en el procedimiento GA-PR-02 Ingreso del Usuario, numeral 6. Especifica que se debe hacer el respectivo ingreso, toma de	La Auxiliar Administrativa de la sede de cañaveral, quien es la responsable de realizar el ingreso del usuario, está permitiendo el	Se realizó una retroalimentación a la Aux. Administrativa de la sede de cañaveral, el día 2 de mayo del 2.011, y se hizo seguimiento y acompañamiento en la aplicación de este procedimiento hasta	Coordinadora de Calidad		X

datos y revisión de orden de servicio antes de recibir la atención.	ingreso de los usuarios sin aplicar lo establecido en el procedimiento.	el 25 de mayo del 2.011.			
No están aplicando lo establecido en el procedimiento de desinfección de equipos de terapia respiratoria, GAD-PR-03; y a su vez, la institución no cuenta con una zona de limpieza y desinfección de áreas como lo indica el procedimiento.	Paciente que llega a solicitar cita de T. Respiratoria, y al llegar a recibir la atención evidencia que la mascarilla a utilizar se encontraba mojada, el paciente no acepta recibir la atención.	Se organizó la zona de limpieza y desinfección de terapia respiratoria, en esta zona se visualizaron los procedimientos a seguir para la respectiva limpieza y desinfección, se dispone del equipo de protección para el personal encargado de hacer la desinfección como lo son: delantal, guantes, gafas, tapa bocas; y se asignaron los contenedores a utilizar en cada paso (transporte, limpieza, desinfección y almacenamiento), a su vez se visualiza el procedimiento de lavado de manos que el profesional debe hacer antes y después de aplicar el procedimiento, como lo establecido por el ministerio de protección social, y lo definido en el PGIRH de la institución.	Coordinadora de Calidad		X

Tabla 19. Estado de las Acciones Correctivas

Teniendo en cuenta la cantidad de acciones correctivas que se presentan diferentes a las planteadas después de la auditoría interna, se recomienda fomentar la cultura de reporte y planteamiento de acciones correctivas y preventivas en los procesos de la empresa.

- Acciones de Seguimiento de Revisiones por la Dirección Previas

Las acciones de seguimiento que se plantearon a las no conformidades detectadas se definen en el siguiente cuadro:

ACCIÓN TOMADA	RESPONSABLE	FECHA CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Reunión, con las Auxiliares Administrativas de las dos sedes el día 2 de mayo del 2.011, socialización del procedimiento de ingreso del usuario, se entrega impreso con sus respectivos anexos, se hace seguimiento de aplicación hasta el día 25 de mayo del 2.011	Coordinadora de Calidad	25 de Mayo del 2.011	GA-PR-02 PROCEDIMIENTO O INGRESO DE USUARIOS
Desarrollo de un procedimiento del usuario en consulta, de manera que el profesional tenga un conocimiento de la forma adecuada de recibir, atender y diligenciamiento de la historia clínica en el tiempo de terapia, con el fin de que tenga claro la importancia de brindar un buen servicio y la prioridad es el usuario.	Coordinadora de Calidad	27 de Mayo del 2.011	GA-PR-03 PROCEDIMIENTO O ATENCIÓN DE CONSULTA
Aplicación del procedimiento de limpieza y desinfección de áreas para la sede de Cañaveral, adecuación del área de desinfección y visualización de los pasos a seguir para cumplir el procedimiento.	Fisioterapeuta T. Respiratoria y Coordinadora de Calidad.	28 de Mayo del 2.011	GAD-PR-03 DESINFECCIÓN EQUIPOS DE TERAPIA RESPIRATORIA
Señalización de las escaleras, y reiterar a los usuarios en el ingreso de la sede de cabecera el uso de la rampa y así evitar caídas.	Aux. Administrativa Sede Cabecera	29 de Abril del 2.011	Letrero de Señalización

Tabla 20. Acciones de Seguimiento de Revisión por la Dirección

Estas acciones de seguimiento se encuentran aprobadas y aplicadas en la institución, donde se hizo seguimiento después de presentarse un evento adverso y solución de quejas de los

usuarios, en reunión con la gerencia, se hace revisión para la respectiva implementación de las acciones propuestas para mejorar.

- **Cambios que podrían afectar el sistema de gestión de la calidad**

Teniendo en cuenta que con el desarrollo de la monografía, se está iniciando el proceso de implementación del sistema de gestión de la calidad, aún no se presentan cambios que puedan afectar la integridad del sistema de gestión que se ha establecido en la empresa.

- **Recomendaciones de mejora**

Cada uno de los procesos de la empresa propuso las siguientes acciones de mejora con el fin de que la Gerencia evalué la pertinencia de estas y seleccione las que considere pertinentes para la mejora continua de la institución:

**PROCESO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA:**

- Actividad de integración con el personal de las dos sedes y domiciliarios, con el fin de retroalimentar la importancia de la implementación del sistema de gestión de calidad, reforzar la definición de la política y objetivos de calidad, donde se van a publicar en varios puntos de la institución, para que tanto los empleados, como los usuarios puedan tener conocimiento de estas.
- Crear un programa que se va a manejar como un incentivo para los profesionales que cumplan con sus labores y funciones como lo requiere la institución, como lo son: motivación al paciente en la importancia de cumplir las órdenes de servicio, asistencia a sus citas. El nombre del programa va a ser "Recuperación Total", y se hace un reconocimiento al empleado sobresaliente por buen desempeño.
- La responsabilidad de la dirección es un proceso continuo, seguir trabajando en mejoras continuas que permitan tener un personal involucrado en el proceso.

## PROCESO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

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

## PROCESO ASISTENCIAL

- Accesibilidad en medio físico a los protocolos de intervención de las diferentes unidades funcionales.
- Definir con el líder del proceso el cronograma a seguir para realizar seguimiento a las diferentes actividades ya que se requiere de mayor supervisión. Igualmente programar capacitaciones con el grupo de terapeutas para socializar los hallazgos del proceso.

## PROCESO RECURSO HUMANO

- Continuar con el proceso de sensibilización y capacitación del personal con el fin de seguir fomentando la cultura de la calidad en todos los procesos de la empresa.
- Crear un programa de capacitación profesional en cada una de las áreas funcionales de Logros IPS.

- Generar un programa de incentivos para el personal.

## PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA

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

### - Política y Objetivos de la Calidad

#### Política de la Calidad

Una vez leída y revisada la política de calidad, la gerencia decide mantener dicha política, ya que acorde a su definición:

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

Ya se ha evidenciado las mejoras en el servicio ofrecido a los usuarios, a su vez, el personal está más comprometido con la institución, se han adquirido nuevos equipos para ofrecer otros servicios, y se continúa con la lema de brindar un servicio con calidad y calidez, cumpliendo con la satisfacción de sus usuarios.

## Objetivos de la Calidad

Como resultado de la revisión por la dirección se tiene, que los objetivos de la calidad definidos para el sistema de gestión de la calidad de la institución, tienen un resultado de:

OBJETIVO	INDICADOR	META	VALOR ALCANZADO	% CUMPLIMIENTO
1. Garantizar la satisfacción del cliente usuario, ofreciendo un servicio con atención oportuna, calidad y calidez; que logre la efectividad en su tratamiento.	Índice de Satisfacción del Cliente	≥ 95%	90%	100%
2. Garantizar las expectativas del cliente empresa, minimizando las no conformidades de sus usuarios y afiliados.	Quejas y/o reclamos.	≤ 5%	1%	99%
3. Desarrollar un equipo humano altamente calificado, en constante capacitación y sentido de pertenencia con la institución.	Índice de competencias del personal.	≥ 85%	0%	0%
4. Mantener unas instalaciones que ofrezcan fácil accesibilidad, seguridad, infraestructura moderna, dotación con material y equipos adecuados.	Cumplimiento del programa de mantenimiento	≥ 90%	50%	55%
5. Incrementar la mejora continua en los procesos de la Institución.	Índice de prevención	≥ 50%	100%	100%

Tabla 21. Cumplimiento de los Objetivos de la Calidad

En la revisión de los objetivos de la calidad que conforman el sistema de la institución se puede concluir, que se ha logrado la meta establecida en su aplicación, excepto el objetivo tres que califica el equipo humano de la institución que cuente con un personal altamente calificado y constante capacitación y en sentido de pertenencia de la institución, no se logra la meta ya que la institución no cuenta con un programa de capacitación al personal, se han tomado acciones de mejora respecto a este indicador, y cumpliendo la fecha de verificación no se ha logrado la meta planteada, se procede a replantear dicho objetivo.

## CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DEL PROYECTO

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

No.	OBJETIVO ESPECÍFICO	EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO
1	Elaborar un diagnóstico teniendo en cuenta los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008 que permita identificar el estado actual del proceso de gestión estratégica, así como las fortalezas y debilidades que puedan ser de utilidad para las etapas de documentación e implementación.	- Diagnóstico Inicial ante la Norma NTC ISO 9001:2008 se evidencia en el numeral: 5.1.1 Diagnóstico Inicial.  - Para identificar las fortalezas y debilidades y la situación actual de la empresa se desarrolló el análisis evidenciado en el numeral: 5.1.2 Diagnóstico Organizacional
2	Sensibilizar y capacitar al personal del proceso de gestión estratégica con el fin de fomentar la cultura de calidad que facilite el desarrollo de las etapas que conlleva a la implementación del sistema de gestión de la calidad.	- Se desarrollaron las actividades contempladas en el numeral: 5.1.5 Sensibilización y Capacitación.
3	Estandarizar el proceso de gestión estratégica estableciendo los documentos y formatos que garanticen el cumplimiento de los requisitos establecido en la norma NTC-ISO 9001:2008 y los requisitos legales aplicables.	- Se desarrollaron las actividades contempladas en el numeral: 5.1.4 Documentación.
4	Implementar los documentos definidos en el proceso gestión estratégica con el fin de evidenciar la estandarización y el diligenciamiento adecuado de los registros establecidos.	- Se desarrollaron las actividades contempladas en el numeral: 5.1.6 Implementación.
5	Realizar una auditoría interna al proceso de gestión estratégica para evaluar el estado del sistema de gestión de la calidad, e identificar oportunidades de mejora en el proceso.	- Se desarrollaron las actividades contempladas en el numeral: 5.1.7 Evaluación.
6	Elaborar e implementar los planes de mejora como resultado de los hallazgos de la auditoría interna con el fin de consolidar y mejorar el sistema establecido.	- Se desarrollaron las actividades contempladas en el numeral: 5.1.7.2 Revisión por la Dirección - Recomendaciones de Mejora

Tabla 22. Cumplimiento de los Objetivos del Proyecto

## CONCLUSIONES

- A partir del diagnóstico realizado en la institución se evidenció la falta de un sistema organizado, claro y coherente que permitiera realizar procesos medibles y cuantificables para emprender acciones de mejora que contribuyan a fortalecer un servicio con calidad y calidez que proporcione la satisfacción del cliente.
- Se trabajó con el equipo humano de LOGROS IPS, sobre el proceso de gestión estratégica, logrando el compromiso y la concientización del personal administrativo y operativo de la institución, evidenciado en mejores prácticas, que facilitan la implementación del SGC en la institución.
- Se elaboraron el total de los documentos y formatos requeridos actualmente en el proceso de gestión estratégica y se creó la cultura de diligenciarlos en cada situación, observándose organización cuando se presenta un portafolio de servicios y el diligenciamiento de los registros. Además facilitando la revisión y control de la Gerencia a los procesos de la institución.
- Los datos arrojados por la auditoría interna, evidenciaron que el proceso de gestión estratégica se encuentra implementado en un 100%; sin embargo es de vital importancia el sostenimiento de este.
- Con el desarrollo de la auditoría interna se pudo identificar las falencias detectadas en el sistema de gestión de la calidad, que permiten por parte de la Gerencia realizar la respectiva revisión y poder verificar la conveniencia, adecuación y eficacia continua del sistema en la institución.
- Para El Centro de Especialistas IPS Logros EU, ha sido una experiencia valiosa, el recorrer todos sus procesos, analizando detenidamente cada uno de los aspectos que debe tener implícito un servicio donde la calidad ha cimentado su filosofía de creación y confrontar la realidad con lo que se cree tener, por lo tanto el desarrollo de este proyecto, con la aplicación de la NTC-ISO 9001:2008, direccionó hacia la forma concreta y demostrable de lograr un servicio con Calidad Y Calidez.
- La Especialización en Administración de Servicios de Salud de la Universidad Industrial de Santander, despierta en el estudiante interés en temas muy importantes para un Administrador y durante el desarrollo de sus módulos académicos, se obtienen las herramientas necesarias para abordar y desarrollar cualquier tema concerniente al sector, dejando una experiencia invaluable para aplicar no solo en la institución presente, como el caso de Logros IPS, sino en cualquier empresa.

## RECOMENDACIONES

- Debido a que la implementación de un sistema de gestión de la calidad es un proyecto amplio y complejo, y el alcance del proyecto abarca solo hasta la ejecución de la primera auditoría, se recomienda a la institución continuar con el proceso de implementación hasta lograr la certificación.
- Se recomienda hacer seguimiento y el cierre de las acciones correctivas planteadas en cada uno de los procesos de la revisión por la dirección.
- Elaborar el programa de capacitación, para que la gerencia destine presupuesto y lo desarrolle.
- Implementar un software, acorde con las necesidades de la institución, para prevenir dificultades que interfieran en la calidad de la prestación del servicio, como agenda sistematizada para la asignación de citas a cada profesional, Historias Clínicas, control y manejo de órdenes de los diferentes clientes empresa.
- En el proceso Administrativo se recomienda reasignar responsable en el programa de mantenimiento preventivo de equipos, pues el actual no muestra interés ni compromiso.
- En el proceso de Recurso Humano, revisar y ajustar los documentos y formatos para aplicar la evaluación por competencias del personal.
- Se recomienda revisar cada uno de los procesos y hacer refuerzo donde se observe debilidad; en esta etapa se pueden retomar capacitaciones puntuales respecto a los requisitos de la norma y la implementación de los mismos, posteriormente realizar otra auditoría interna y llegar fortalecidos para lograr la Certificación del Sistema de Gestión de la Calidad, con la NTC ISO 9001:2008.

## BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

Análisis, de Porter de las cinco fuerzas, Michael Porter de la Harvard Business School en 1989.

## ANEXOS

# Anexo. 1 Diagnóstico Inicial ISO 9001 LOGROS IPS

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

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

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

PROCESO	Num	REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008	CRITERIOS						PUNTAJE (%) ACUMULADO			JUSTIFICACIÓN DE LA EXCLUSIÓN	
			NA	ANC	Estado del requisito				Avance	Subcapítulo	Capítulo		
					PDD	PDC	PIM	AMC					AIE
GESTION RECURSO HUMANO Y COMPRAS		La alta dirección revisa las retroalimentaciones del cliente.			10%						10%		
		La alta dirección revisa el desempeño de los procesos y la conformidad del servicio.			10%						10%		
		La alta dirección revisa el estado de las acciones correctivas y preventivas.			10%						10%		
		La alta dirección revisa las acciones de seguimiento de revisiones previas.			10%						10%		
		La alta dirección revisa los cambios que podrían afectar al S.G.C.			10%						10%		
		La alta dirección revisa recomendaciones para la mejora.			10%						10%		
		<b>5.6.3. Resultados de la Revisión</b>									<b>16%</b>		
		La alta dirección toma decisiones y acciones para la mejora de la eficacia del S.G.C., y sus procesos.			10%						10%		
		La alta dirección toma decisiones y acciones para la mejora del servicio en relación con los requisitos del cliente.			10%						10%		
		La alta dirección toma decisiones y acciones para las necesidades de recursos.			10%						10%		
		<b>6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS</b>											<b>27%</b>
		<b>6.1. Provisión de Recursos</b>											<b>0%</b>
		La empresa determina y proporciona los recursos necesarios para implementar y mantener el S.G.C., y mejorar continuamente su eficacia.		X								0%	
		La empresa determina y proporciona los recursos necesarios para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.		X								0%	
		<b>6.2. Recursos Humanos</b>											<b>18%</b>
		<b>6.2.1. Generalidades</b>											<b>25%</b>
		El personal que realiza trabajos que afecten la calidad del servicio son competentes con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas.				25%						25%	
		<b>6.2.2. Competencia, Formación y Toma de Conciencia</b>											<b>10%</b>
		La empresa determina la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan la conformidad con los requisitos del servicio.				25%						25%	
		La empresa proporciona formación o toma otras acciones para satisfacer dichas necesidades.		X								0%	
		La empresa evalúa la eficacia de las acciones tomadas.		X								0%	
		La empresa se asegura de que su personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de calidad.		X								0%	
		La empresa mantiene los registros apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia.				25%						25%	
		<b>6.3. Infraestructura</b>											<b>45%</b>
		La empresa determina, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del servicio. La infraestructura incluye edificios, espacio de trabajo y servicios asociados, equipo para los procesos (tanto hardware como software) y servicios de apoyo (tales como transporte, comunicación o sistemas de información).						45%				45%	
		<b>6.4. Ambiente de Trabajo</b>											<b>45%</b>
		La empresa determina y gestiona el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del servicio.						45%				45%	
	<b>7. REALIZACIÓN DEL SERVICIO</b>											<b>11%</b>	
	<b>7.1. Planificación de la Prestación del Servicio</b>											<b>21%</b>	
	La empresa planifica y desarrolla los procesos necesarios para la realización del servicio.				25%						25%		
	La planificación para la prestación del servicio es coherente con los requisitos de los otros procesos del S.G.C.		X								0%		
	En la planificación de la prestación del servicio, la empresa determina los objetivos de calidad y los requisitos para el servicio.				25%						25%		
	En la planificación de la prestación del servicio, la empresa determina la necesidad de establecer procesos, documentos y de proporcionar recursos específicos para el servicio.				25%						25%		
	En la planificación de la prestación del servicio, la empresa determina las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, medición, inspección y ensayo/prueba específicas para el servicio así como los criterios para la aceptación del mismo.				25%						25%		

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

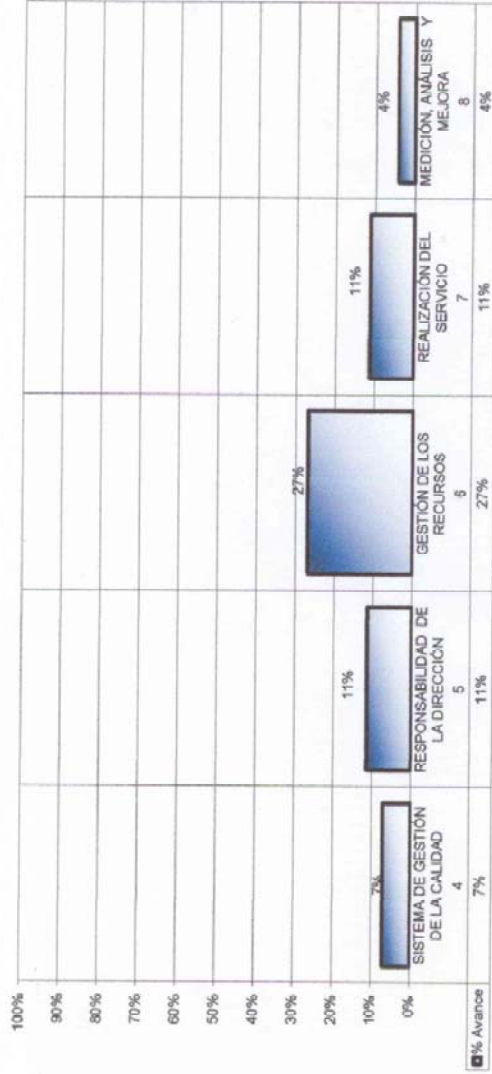
**CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN CUANTITATIVA DE LA HERRAMIENTA  
DQ**

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

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

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

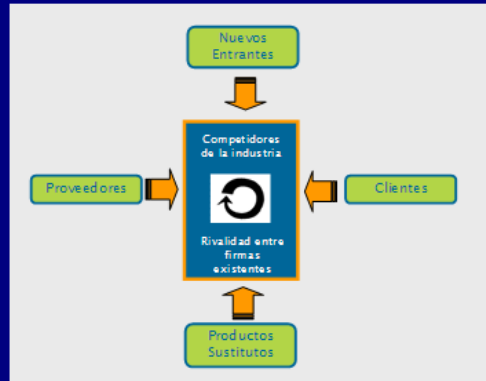
Gráfica N°1. Resultados del Diagnóstico Inicial del S.G.C en LOGROS I.P.S.



Numerales de ISO 9001:2008

## Anexo. 2 Análisis 5 Fuerzas Porter

### Herramienta Cualitativa el Analisis de la Industria Análisis 5 Fuerzas de Porter



## Objetivo de la Herramienta



Las siguientes preguntas y ejercicios de diagnóstico le van ayudar a evaluar su industria y el ambiente del negocio. Se pueden responder de manera individual o en grupos haciendo sesiones de lluvia de ideas.

Nombre de la Compañía	LOGROS IPS
Negocio	SERVICIOS DE SALUD
Industria a la que Pertenece	SALUD

Para este ejercicio seleccione solo un negocio para el análisis.

**Recuerde:** los ejecutivos casi siempre definen la industria en términos muy amplios o muy limitados. Si al comenzar a describir los compradores, proveedores y rivales, usted tiene muchos tipos de jugadores en diferentes mercados y nichos, su definición será muy amplia, y analizar su industria será muy complicado. O si al analizar cada industria, usted descubre que todos los jugadores (Ej: Compradores y proveedores) son los mismos, su definición será muy limitada. Usted necesita redefinir la respuesta a la pregunta numero uno (de cada cuestionario).

*Que tan atractivo es su negocio? Para responder esta pregunta, debe realizar el diagnostico que se encuentra a continuación (Pestañas de la 1 a la 5). Empiece por resaltar los compradores, proveedores y rivales claves, los nuevos participantes, sustitutos y complementos en su industria. Luego, determine la fuerza de la amenaza que cada grupo tiene para la rentabilidad de su compañía.*

CONTENIDO:  
[Análisis proveedores](#)  
[Análisis Rivales](#)  
[Análisis Clientes](#)  
[Análisis Nuevos Entrantes](#)  
[Análisis Sustitutos](#)  
  
[Resumen](#)  
[Anotaciones Consenso](#)

### Análisis del Poder de los Proveedores

Los proveedores brindan mano de obra, materiales, capital financiero o maquinaria a su empresa. Nombre los jugadores principales y descríbalos por tipo (Ej: Procter and Gamble, productores de bienes para consumo).

Después, valore la fortaleza del poder de sus proveedores, clasificando las siguientes características:

DETERMINANTES	PREGUNTAS DE DEFINICIÓN	VALORAR EL PODER (1 Débil - 5 Fuerte)	PUNTAJE
1. Concentración	Los proveedores están fragmentados o altamente concentrados (Ej: Algunos monopolizan el mercado)? Si una industria está dominada por pocas compañías, los proveedores son generalmente poderosos.	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica 3
2. Presencia de entradas sustitutas	Hay sustitutos para los productos de sus proveedores? Si la respuesta es no, los proveedores son generalmente poderosos.	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica 3
3. Importancia relativa para el cliente	Su negocio es un cliente importante para el grupo de proveedores? Si la respuesta es no, los proveedores son generalmente poderosos.	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica 3
4. Impacto en la calidad/ rendimiento	El producto de su proveedor es importante para la calidad del producto o servicio de su empresa? Si la respuesta es SI, el poder de su Proveedor es generalmente alto.	<input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica 2
5. Diferenciación del producto	El producto o servicio del proveedor es un bien básico? La marca es crítica para el éxito? Hay una diferencia entre lo real y lo percibido? Los proveedores con productos diferenciadores tienen mayor poder de negociación que los proveedores que venden bienes básicos.	<input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica 2
6. Costos Variables	Qué tan costoso es para usted cambiar el producto del proveedor? Si los costos de cambio son altos, los proveedores tienen mayor poder en la neociación.	<input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica 2
7. Integración hacia delante	Los proveedores pueden hacer el producto que usted hace? Hay una amenaza de integración hacia adelante? Si la respuesta es sí, los proveedores tienen generalmente mucho poder.	<input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica 2
PODER DE LOS PROVEEDORES		2,4	

Ahora que usted ha evaluado los determinantes individuales del poder del proveedor, puede hacer una clasificación compuesta del poder relativo de negociación de los proveedores. Mientras calcula la fuerza, tenga en cuenta que esta evaluación no es una ciencia; más bien es una valoración general que usted hace, basada en su situación particular. No todos los determinantes individuales tienen el mismo peso. Algunos tienen más peso que otros.

Cree usted que los proveedores son una mayor amenaza en un su negocio? En el siguiente espacio, escriba Alta (poderoso y es una amenaza, especialmente los de calificación 4 y 5) o Baja (no es una amenaza, especialmente 1 y 2). El poder de su proveedor es débil o fuerte?

### Analisis del Poder de los Rivales

Los rivales son empresas que hacen productos similares a los suyos y están en competencia directa con usted. Haga una lista de sus rivales. Nombre los jugadores principales y descríbalos por tipo (Ej: Procter and Gamble, productores de bienes para consumo).

Después, valore la fortaleza del poder de sus rivales, clasificando las siguientes características:

DETERMINANTES	PREGUNTAS DE DEFINICIÓN	VALORAR EL PODER (1: Débil - 5: Fuerte)	PUNTAJE	
1. Crecimiento de la industria	Qué tan despacio o rápido es el crecimiento de la industria? Si es una industria de crecimiento lento, es más probable que haya una lucha intensa entre los rivales por participación del mercado.	<input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica	2
2. Costos fijos	Su empresa tiene altos costos fijos? Si la respuesta es sí, los rivales estarán generalmente tentados a bajar los precios para asegurar ventas, generando así una amenaza significativa.	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica	3
3. Sobrecapacidad intermitente	Qué tan frecuentemente hay un problema de exceso de capacidad en su negocio? Hay periodos con exceso de capacidad? La sobrecapacidad generalmente lleva a bajar precios. Ahí hay una amenaza.	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica	3
4. Diferenciación de producto	Su producto o servicio es un bien básico? Típicamente, mientras más cercano a un bien básico, la intensidad de rivalidad es más fuerte.	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica	4
5. Identidad de marca	La marca es crítica para el éxito de su rival? Hay una diferencia entre lo real y lo percibido? La identificación de marca que hacen los compradores reduce la amenaza de rivales.	<input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica	2
6. Costos Variables o de Cambio	Qué tan costoso es para sus compradores cambiar de proveedores? Bajos costos variables generalmente incrementan rivalidad. Cuando un cliente puede cambiar libremente entre un producto y otro, las compañías deben luchar para capturar y retener clientes.	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica	3
7. Concentración y balance	Hay un alto número de empresas con igual tamaño y poder, todas persiguiendo a los mismos clientes? Si la respuesta es sí, la rivalidad generalmente es intensa.	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica	4
8. Diversidad de competidores	Existen competidores con diferentes estrategias y marcos de referencia? Cuando los competidores son diversos, es más difícil establecer las reglas del juego entonces la amenaza de los competidores es mayor.	<input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica	2
9. Apuestas corporativas	Qué tan altas son las apuestas corporativas de los rivales? Qué están los competidores dispuestos a perder (Ej: ganancias, poder de toma de decisiones)? Las apuestas estratégicas son altas cuando varias empresas de un negocio toman altos riesgos para expandirse, diversificar y ganar posición del mercado. La intensidad y volatilidad de la rivalidad aumentan cuando empresas seleccionan estrategias alternativas que pueden sacrificar la rentabilidad del corto plazo.	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica	3
10. Barreras de salida	Las barreras de salida son altas o bajas? Altas barreras de salida pueden hacer muy costoso abandonar un producto; por ejemplo, cuando una organización tiene activos especializados que no pueden ser fácilmente vendidos.	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica	3

PODER DE LOS RIVALES

2,9

Ahora que usted ha evaluado los determinantes individuales de las amenazas de los rivales, puede hacer una clasificación compuesta de la amenaza relativa de los rivales. Mientras calcula la fuerza, tenga en cuenta que esta evaluación no es una ciencia; más bien es una valoración general que usted hace, basada en su situación particular. No todos los determinantes individuales tienen el mismo peso. Algunos tienen más peso que otros.

Cree usted que los rivales son una mayor amenaza en un su negocio? En el siguiente espacio, escriba Alta (poderoso y es una amenaza, especialmente los de calificación 4 y 5) o Baja (no es una amenaza, especialmente 1 y 2). El poder de sus rivales es débil o fuerte?

### Analisis del Poder de los Compradores (Clientes)

Compradores son los clientes que necesitan y adquieren sus productos o servicios. Realice una lista de sus compradores. Nombre los jugadores principales y descríbalos por clase (Ej: Procter and Gamble, productores de bienes para consumo).

Después, valore la fortaleza del poder de sus compradores. Clasificar las siguientes características le puede ser útil para hacer su valoración:

DETERMINANTES	PREGUNTAS DE DEFINICIÓN	VALORAR EL PODER (1 = Débil, 5 = Fuerte)					PUNTAJE	
1. Concentración	Los compradores están fragmentados o altamente concentrados (Ej: Algunos monopolizan el mercado)? Si ellos son pocos y concentrados, el comprador tiene mayor poder en una negociación.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input checked="" type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica	5
2. Costo de los productos vs Total de las compras	Los productos que consumen mis compradores representan una fracción significativa en los costos de ellos? Si la respuesta es sí, el comprador tiene mayor poder en una negociación.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input checked="" type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica	4
3. Diferenciación del Producto	El producto o servicio de los compradores es básico? Es crítica la marca para el éxito? Hay diferencia entre lo real y lo percibido? Si los productos son estándar o no diferenciados, los compradores tienen mayor poder en la negociación.	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica	2
4. Costos Variables o de Cambio	Los costos de cambio son altos o bajos? Si los compradores no tienen que enfrentar altos costos de cambio (de proveedor), tienen mayor poder en la negociación.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica	3
5. Utilidades	Los compradores obtienen bajas utilidades? Si la respuesta es sí, los compradores tienden a negociar de una manera más fuerte.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica	3
6. Integración hacia atrás	Los compradores pueden hacer lo que usted hace? Hay una amenaza de integración hacia atrás? Si la respuesta es sí, la amenaza es generalmente alta.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input checked="" type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica	5
7. Impacto en la calidad/rendimiento	El producto que usted ofrece es importante para la calidad del producto o servicio del comprador? Si la respuesta es no, el poder del comprador es generalmente alto.	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica	2
8. Información del comprador	El comprador tiene información completa del producto que comprará? Si la respuesta es sí, el poder del comprador es generalmente alto.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input checked="" type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica	4

PODER DE LOS CLIENTES

3,5

Ahora que usted ha evaluado los determinantes individuales del poder del comprador, puede hacer una clasificación compuesta del poder relativo de negociación de los compradores. Mientras calcula la fuerza, tenga en cuenta que esta evaluación no es una ciencia; más bien es una valoración general que usted hace, basada en su situación particular. No todos los determinantes individuales tienen el mismo peso. Algunos tienen más peso que otros.

Cree usted que los compradores son una mayor amenaza en su negocio? En el siguiente espacio, escriba Alta (poderoso y es una amenaza, especialmente los de calificación 4 y 5) o Baja (no es una amenaza, especialmente 1 y 2). Su comprador es fuerte o débil?

### Analisis de la Amenaza de Nuevos Entrantes - Barreras de Entrada

Los nuevos entrantes (participantes) en un negocio son los nuevos jugadores de hoy que pueden convertirse en los rivales del mañana. La amenaza de los nuevos participantes está directamente relacionada con lo alta o baja que sea la barrera de entrada a una industria. En este ejercicio, usted clasificará la amenaza de nuevos participantes con los siguientes criterios: si la barrera de entrada es alta, la amenaza de nuevos participantes es débil; si la barrera es baja, la amenaza de nuevos participantes es fuerte.

DETERMINANTES	PREGUNTAS DE GUION	VALORAR EL PODER (1: Débil - 5: Fuerte)	PUNTAJE
1. Economías de escala y experiencia	Una entrada exitosa requiere que las compañías tengan economías de escala significativas o experiencia? Las barreras de entrada son generalmente altas cuando una compañía aspirante debe cortar costos para competir en una alta escala y/o mercado experimentado.	<input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica 2
2. Diferencias de producto	Los nuevos participantes necesitan diferenciarse gastando altamente en publicidad, servicio al cliente, o diferencias de producto para vencer la fidelidad de los clientes existentes? La diferenciación de producto es generalmente una barrera de entrada.	<input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica 2
3. Identidad de marca	Las nuevas compañías deben invertir altamente en identidad de marca para ganar fidelidad de los clientes? La identidad de marca es generalmente una barrera de entrada.	<input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica 1
4. Costos variables	El comprador tiene que pagar por cambiar del producto de un proveedor a otro? Altos costos de cambio son generalmente una barrera de entrada.	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica 3
5. Requerimientos de capital	La nueva compañía tiene que invertir grandes recursos financieros (relativos al tamaño del mercado) para competir? Enormes requerimientos de capital son generalmente una barrera de entrada.	<input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica 1
6. Acceso a la distribución	Los nuevos participantes tienen acceso a los canales de distribución para productos o servicios? Accesos difíciles pueden ser generalmente una alta barrera de entrada.	<input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica 1
7. Ventajas de costos	Compañías establecidas tienen ventajas en costos sobre los nuevos rivales porque probablemente ya han obtenido propiedad de la tecnología de producto, acceso a materias primas, locaciones favorables, y subsidios gubernamentales. Adicionalmente, compañías establecidas pueden haber pasado la curva de aprendizaje o experiencia. Estas ventajas de costos son generalmente una barrera de entrada para nuevos participantes.	<input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica 2
8. Políticas Gubernamentales	Políticas Gubernamentales, como anteverdades regulatorias, pueden ayudar a preservar o limitar la competencia. Algunas políticas pueden crear alguna barrera de entrada.	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica 3
9. Expectativas de ventas	Nuevos entrantes pueden decidir no ingresar a un nuevo mercado, si existen firmas que parezcan retaliativas. Firmas establecidas pueden tener una historia de retaliación con recursos para volver a la pelea, con un fuerte compromiso en la industria y con ventajas de empleo ilíquidas en la industria. También, si la industria está creciendo despacio ellos pueden pelear contra nuevos jugadores que traten de acrecentar las ventas.	<input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica 2

AMENAZA DE NUEVOS ENTRANTES

1,9

Ahora que usted ha evaluado cada barrera para entrar en relación con la amenaza de nuevos participantes, cree usted que los nuevos participantes generan una alta amenaza para su industria?

La amenaza de nuevos participantes es alta o baja?

Una forma de ayudarlo a clasificar la importancia de las barreras de entrada es enfocándose en el potencial de entrada más poderoso y significativo de su industria. Las barreras de entrada son altas o bajas para este jugador?

### Análisis Amenaza de Productos Sustitutos

Un sustituto es un producto o servicio diferente a los que usted hace y que le interesa al mismo cliente. Por ejemplo, café o té son sustitutos, computadores personales y consolas de juego son sustitutos. Hay algunos sustitutos en su industria? Haga una lista de los sustitutos.

**Nota:**

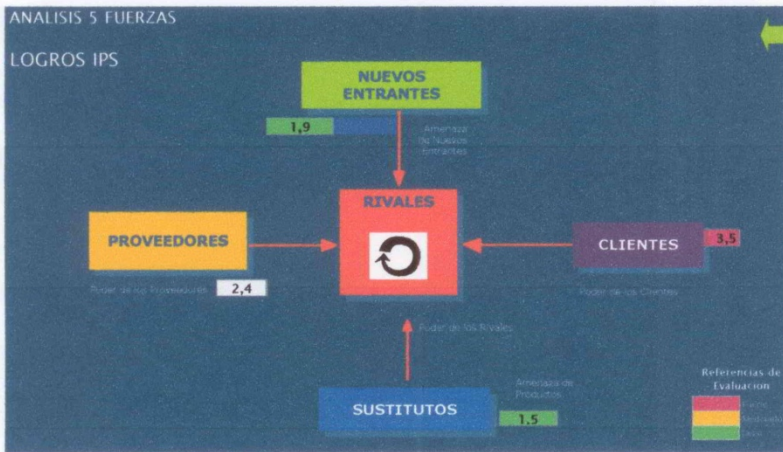
Usted puede encontrar, si lista muchos sustitutos, que usted necesita limitar su enfoque en la industria (De la industria de recipientes, de la industria de recipientes de metal, de la industria de recipientes de aluminio). Mire la pregunta número 1.

DETERMINANTES	PREGUNTAS DE DEFINICIÓN	VALORAR EL PODER (1: Débil 5: Fuerte)	PUNTAJE
1. Precios Desempeño	El sustituto ofrece un mejor precio o desempeño? Un producto o servicio sustituto es una amenaza para la competencia cuando este ofrece un alto desempeño dando un precio o el mismo desempeño con bajo precio.	<input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica	1
2. Costos variables	Es costoso para el comprador cambiar entre el servicio y el producto sustituto? Cuando los compradores deben pagar más por cambiar el sustituto, la amenaza del sustituto es baja.	<input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/> Aplica	2
PODER DE LOS SUSTITUTOS		1,5	

Ahora, de un calificativo a la amenaza de los sustitutos.

Los sustitutos poseen una mayor amenaza? En el siguiente espacio, ingrese fuerte (amenazas poderosas) o débiles (amenazas no poderosas).

Son las amenazas de los sustitutos fuertes o débiles? Mantenga en mente que los productos sustitutos que no parecen ser una amenaza hoy, pueden venir como una amenaza mañana (nuevas tecnologías)



## Evaluación de 5 Fuerzas LOGROS I.P.S.

### Introducción

Fuerza	Evaluación Consenso
Proveedores	2,4
Nuevos Entrantes	1,9
Rivalidad	2,9
Sustitutos	1,5
Compradores	3,5

### Conclusión General del Análisis:

PROVEEDORES		2,4
Para el negocio como se observa esta fuerza? CONSENSO		Resumen
Aspectos Favorables	Aspectos Desfavorables	
No dependemos de los proveedores para prestar un buen servicio. Hay mucha oferta en los suministros e insumos que requerimos. Hay una variedad de proveedores de equipos de última tecnología y diferentes precios. No dependemos de los proveedores para prestar un buen servicio. Hay mucha oferta en los suministros e insumos que requerimos. Hay una variedad de proveedores de equipos de última tecnología y diferentes precios. No dependemos de los proveedores para prestar un buen servicio. Hay mucha oferta en los suministros e insumos que requerimos. Hay una variedad de proveedores de equipos de última tecnología y diferentes precios. No dependemos de los proveedores para prestar un buen servicio. Hay mucha oferta en los suministros e insumos que requerimos. Hay una variedad de proveedores de equipos de última tecnología y diferentes precios.	Las compras no son de volumen en cuanto a insumos y suministros, por lo tanto no obtenemos buenos precios con los proveedores. Los proveedores de equipos y tecnología solo nos venden de contado.	
NUEVOS ENTRANTES		1,9
Para el negocio como se observa esta fuerza? CONSENSO		Resumen
Aspectos Favorables	Aspectos Desfavorables	
No identificamos nuevos entrantes en la actualidad.	La zona franca en dos años, es un aspecto desfavorable si no logramos entrar en ella.	
RIVALES		2,9
Para el negocio como se observa esta fuerza? CONSENSO		Resumen
Aspectos Favorables	Aspectos Desfavorables	

<p>Nosotros nos hemos posicionado como competencia de los otros prestadores.</p> <p>Nuestros rivales han ido perdiendo mercado, que hemos ganado nosotros.</p> <p>Nuestros competidores atienden un grueso porcentaje de población pero a costos muy bajos y pagos muy demorados, lo que ha llevado al cierre de algunos.</p> <p>Las barreras de entrada son altas en lo económico y estratégico.</p>	<p>Nuestros rivales son implacables en la competencia, ofertando tarifas irrisorias.</p> <p>Nuestros rivales son antiguos en el mercado, tienen mucha experiencia.</p>
---	--

**SUSTITUTOS**

1,5

Resumen

Para el negocio como se observa esta fuerza? CONSENSO	
Aspectos Favorables	Aspectos Desfavorables
<p>Se encuentra muy poco servicio sustitutivo, y los que existen no llegan al sector económico que atendemos.</p>	

**COMPRADORES (CLIENTES)**

3,5

Resumen

Para el negocio como se observa esta fuerza? CONSENSO	
Aspectos Favorables	Aspectos Desfavorables
<p>Contar con ECOPETROL como cliente nos favorece para la suscripción de nuevos contratos.</p> <p>Los pocos sustitutos en terapias no son representativos.</p> <p>La segmentación del mercado a quien nos dirigimos nos garantiza fidelización de nuestros clientes.</p> <p>Para nuestros usuarios es muy importante la ubicación estratégica de las dos sedes, que facilitan el desplazamiento.</p> <p>La infraestructura moderna e impecable favorece la satisfacción de nuestros clientes.</p> <p>El impacto que tiene la pertinencia y la calidad de los servicios ofertados, favorece nuestro poder de negociación.</p> <p>La experiencia con otros prestadores del sector hace que nuestros clientes nos prefieran.</p> <p>El servicio no es masificado va dirigido específicamente a usuarios que estén dentro de los servicios de régimen especial, medicinas prepagadas y particulares, permitiéndonos brindar mejor atención, tiempo, oportunidad, comodidad lo que da como resultado calidad en el servicio.</p>	<p>La falta de sanción para los pacientes que no acuden a las citas hace que algunos presenten incumplimiento repetitivo a ellas.</p> <p>El cliente determina el tiempo de pago y en ocasiones no son puntuales</p>

# Anexo. 3 Matriz DOFA LOGROS IPS


## MATRIZ DOFA LOGROS I.P.S

	<p><b>FORTALEZAS</b></p> <p>F1. La infraestructura de las dos sedes de LOGROS IPS (cañaveral y cabezaera) cuenta con un diseño acorde a las necesidades y al tipo de pacientes a los cuales está orientado el servicio.</p> <p>F2. Implementación de programas de salud.</p> <p>F3. Se tiene una alta percepción de calidad frente al usuario por la oportunidad, pertinencia, efectividad y atención al cliente.</p>	<p><b>DEBILIDADES</b></p> <p>D1. El contrato con mayor porcentaje de participación se realiza con una sola empresa (ECOPETROL).</p> <p>D2. Los comités que se realizan en la IPS deben estar más acordes con las necesidades de la misma.</p>
<p><b>OPORTUNIDADES</b></p> <p>01. La IPS LOGROS, cuenta con dos sedes ubicadas estratégicamente para facilitar el acceso de sus usuarios (sede cabezaera, sede cañaveral).</p> <p>02. Amplia participación en el mercado actual en la región.</p> <p>03. LOGROS IPS cuenta con todos los equipos para brindar a sus usuarios una atención integral enfocada a su pronta recuperación.</p>	<p><b>(ESTRATEGIA F-O)</b></p> <p>1. Realización de contratos con empresa de reconocimiento a nivel nacional como ECOPETROL, lo que permite tener un referente importante frente a otros potenciales clientes. (F1-O2)</p> <p>2. Recursos financieros que permiten la adquisición de los requerimientos indispensables para un adecuado desempeño de sus funciones. (F2-O1)</p> <p>3. Ubicación estratégica para favorecer el acceso de los usuarios y el cubrimiento de la zona urbana de la ciudad. (F3-O3)</p>	<p><b>(ESTRATEGIA D-O)</b></p> <p>1. Ampliar el portafolio de servicio, ofreciendo nuevos servicios como: fortalecimiento piso pélvico y terapia perineal; tratamiento de escaras y heridas; Drenaje linfático. (D1-O2)</p> <p>2. Conformar los comités funcionales según las aptitudes y perfiles de los funcionarios. (D2 -O1)</p> <p>3. Planificación e implementación de un sistema de gestión de Calidad ISO 9001 Versión 2.008 (D2 -O2)</p>
<p><b>AMENAZAS</b></p> <p>A1. Participación de otros prestadores en el área de influencia de LOGROS IPS.</p> <p>A2. Experiencia de varios años por otras instituciones que brindan el mismo portafolio de servicios.</p> <p>A3. Ofrecimiento de tarifas a menor costo por parte de otras instituciones con el fin de abarcar volumen de atención.</p>	<p><b>(ESTRATEGIA F-A)</b></p> <p>1. Lograr que el desempeño de LOGROS IPS durante el tiempo que ha estado en el mercado sea reconocido por brindar atención a sus usuarios con calidad (F3 - A1).</p>	<p><b>(ESTRATEGIA D-A)</b></p> <p>1. Ampliar el portafolio de servicio de la institución que permita identificar a LOGROS IPS de sus competidores.</p> <p>2. Brindar un servicio con calidad, oportunidad en la atención y satisfacer las necesidades de sus clientes, con el fin de ganar experiencia y tener un reconocimiento en el sector. (D1 - A2).</p>

# Anexo 4. Matriz Impacto Estratégico LOGROS IPS

MATRIZ DE IMPACTO ESTRATEGICO								
PERSPECTIVA	OBJETIVO	INDICACION(es)	META	INDICADOR 1	INDICADOR 2	INDICADOR 3	INDICADOR 4	INDICADOR 5
Financiera	F1 Incrementar ingresos y ventas servicios de fisioterapia	Ingresos de fisioterapia	Incrementado del 30% para el año 2011	Compra de equipo de fisioterapia para terapia manual	Compra de equipo de High Vibe para el manejo de lesiones y heridas	Compra de equipo de Prensos terapia para manejo lumbal.	Compra de Camas para Pisos Reformer.	
	F2 Optimizar costos por adquisición de insumos	Costos de insumos	Reducir en un 10% los costos de insumos	Comprar en volumen insumos de rehabilitación, aceites y gel.	Optimizar compras de complementación para la atención de lesiones y servicios.			
	F3 Controlar el nivel de endeudamiento financiero	Endeudamiento financiero	Reducir en un 20% el nivel de endeudamiento financiero	Optimizar el 20% de la ganancia de los ingresos adicionales a la amortización del crédito.				
	F4 Mejorar los niveles de liquidez	Ratio Corriente (activo corriente pasivo corriente)	Mayor 1.5					
Clientes	G1	Oportunidad en el servicio	Oportunidad en citas 24 horas	Por medio de la oportunidad en la asignación de la primera cita en un máximo de 24 horas.				
	G2		Oportunidad en la atención puntual	Atender al paciente a la hora acordada asignada				
	G3	Efectividad en la atención	Recuperación del paciente	Alcanzar la rehabilitación de pacientes, según los estándares en el proceso.				
	G4	Satisfacción del Usuario	Mayor al 90%	Optimizar nivel agregado al servicio, sus implementos y diferencia en la terapia.	Optimizar el FOM con calidad y costos a los usuarios.			
	G5	Satisfacción del Cliente - Empresa	Índice de Quejas	Quejas menor o igual al 1%. Oportunidad de respuesta	Manejo de buceo de sugerencias con los usuarios.	Conocer las peticiones a las sugerencias o requerimientos presentados por los usuarios.		
	G6	Eventos Adhernos	Crear eventos adhernos					
Procesos Internos	P1 Ampliar el portafolio de servicios	Nuevos Servicios	Ofertar 4 Nuevos Servicios	Fortalecimiento para ofrecer terapias personal	Fortalecimiento de estudios y terapias.	Ofertar talleres.	Pisos reformar	
	P2 Aumentar el número de clientes corporativos	Nuevos Clientes Corporativos	Aumentar en 2 nuevos clientes corporativos.	Realizar labor comercial para visitar clientes de régimen especial y mediciones propagadas.				
	P3 Aumentar el Valor Agregado al Servicio	Valor Agregado	Cumplir el 100% de Satisfacción del Usuario.	Realizar Revisiones en sala especial para usuarios.	Planificación de planes e implementación de planes reformar.	Ofertar otro tipo de espacio en el segundo piso de la torre Cultural.	Planear operaciones de la gerencia con los planes de los años y con los procesos actuales.	En Diciembre crear un recordatorio electrónico a todos los pacientes en los meses anteriores a Navidad.
	P4 Mejorar el proceso de comunicación con el cliente	Comunicación con cliente	Índice de comunicación	Manejar encuesta de satisfacción con los usuarios.	Manejar buceo de sugerencias y indicaciones al servicio recibido.	Planear el seguimiento telefónico a los pacientes, para conocer su concepto verbal respecto al servicio y su conformidad o no.		
	P5 Adquirir insumos y equipos innovadores	Nuevos Equipos	Adquisición de nuevos equipos innovadores.	Adquirir el equipo de fisioterapia.	Equipo de High Vibe	Equipo de Prensos terapia	Camas de Pisos Reformer	
	P6 Implementar estrategia para cumplimiento de citas	Cumplimiento de citas en el usuario	90% del cumplimiento del buceo y las citas.	Llamada de usuarios para recordar la cita asignada	Manejo de tags de citas en computo por orden asignado.	Con un plan de trabajo asignado al equipo por orden asignado en cumplimiento de citas.		
	P7 Mejorar Sistema de Información	Software	Complementación de Software	Desarrollo de software un módulo de asignación de citas a los usuarios.	Un módulo para el manejo de Historias Clínicas de los Usuarios.	Desarrollo de la página Web.	Manejo de los datos por medio del software.	
	P8 Lograr la Certificación de Calidad ISO 9001	Porcentaje cumplimiento del plan	Cumplir el 100% de las actividades planificadas	Planificación e implementación de un sistema de gestión de Calidad ISO 9001 versión 2008				
Aprendizaje y Crecimiento	A1 Incrementar las competencias del personal	Competencias Profesionales	Capacitación en todos los niveles	Capacitar al personal de fisioterapia en fortalecimiento de procedimientos de gestión pública, manejo de visitas, manejo interno y planes	Capacitar al personal de Terapia Ocupacional y Neuropsicología en			
	A2 Mejorar habilidades del trabajo en equipo (dinámica, comunicación, delegación de funciones)	Trabajo en equipo	Cambiar cambio funcional.	Organizar los temas de acuerdo con las aptitudes y capacidades.	Identificar cambios			
	A3 Mejorar la funcionalidad de equipo humano en cualquier de los 7 niveles	Comunicación interna	Funcionalidad del equipo humano.	Establecer técnicas organizativas.	Establecer protocolos de manejo en todos los cargos.	Mejorar la comunicación interna y entre sedes.		
	A4 Incrementar el sentido de pertenencia del personal	Sentido de pertenencia	Directiva interna del recurso humano.	Implementar a un grupo dentro de la institución que le permita tomar decisiones y proponer e implementar.	Realizar actividades que permitan al grupo poder involucrarse por medio de la institución.	Realizar reuniones para involucrar sugerencias y crear espacios y de grupo.	Capacitaciones de capacitación personal.	

# Anexo 5. Caracterización Gestión Estratégica

	<b>GESTIÓN ESTRATÉGICA</b>	CÓDIGO: <b>GE - G - 01</b>		
<b>CARACTERIZACIÓN DE PROCESO</b>		VERSIÓN: <b>00</b>		
		PÁGINA <b>1 DE 3</b>		

**PROPÓSITO:** Formular y controlar la estrategia competitiva de LOGROS IPS con el fin de aumentar su crecimiento, realizando un desempeño con calidad, y lograr un nivel de posicionamiento en el área de la salud y así garantizar su supervivencia a largo plazo.

**RESPONSABLE:** Gerente

PROCESO PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	PROCESO CLIENTES
Todos los procesos.	Direccionamiento estratégico anterior. Diagnóstico institucional (DOFA). Informes de auditorías internas. Resultados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de la satisfacción del cliente.</li> <li>• Indicadores de desempeño de los procesos.</li> <li>• Indicadores de gestión.</li> <li>• Acciones correctivas y preventivas.</li> </ul> Seguimiento a los Planes de mejoramiento de las revisiones por la dirección.	Direccionamiento Estratégico de la Institución. Definición de la Política y Objetivos de Calidad. Formulación del Plan de Acción Institucional. Establecer las responsabilidades y autoridad ante el SGC. Planeación y direccionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad. Determinación de los mecanismos de comunicación interna. Identificar las estrategias comerciales para incrementar el número de clientes. Ejecutar las actividades establecidas.	Direccionamiento estratégico actualizado (misión, visión, políticas y objetivos estratégicos)  Política y objetivos de Calidad formulados y revisados.  Niveles de responsabilidad y autoridad ante el SGC definidos.  Representante de la dirección Designado.	Todos los procesos, usuarios internos y externos.
	- Desarrollar la identificación de los Riesgos del Proceso. - Asignación de recursos para el SGC. - Designación del Representante de la Dirección.	- Seguir el Plan de Acción Institucional. - Seguimiento y Evaluación del SGC. - Seguimiento a los planes de acción. - Revisión del Sistema de Gestión de la Calidad.	Procedimiento de Guía Comercial de la Institución	
	- Seguir el Plan de Acción Institucional. - Seguimiento y Evaluación del SGC. - Seguimiento a los planes de acción. - Revisión del Sistema de Gestión de la Calidad.	Medios e instrumentos de comunicación interna definidos.	Medios e instrumentos de comunicación interna definidos.	

<b>REVISÓ</b> Coordinadora de Calidad	<b>APROBÓ</b> Gerencia	<b>FECHA DE APROBACIÓN</b> 8 - Noviembre - 2.010
--	---------------------------	---



Plan de mejoramiento de los procesos. Necesidad de Recursos	<b>A</b>	- Acciones correctivas, preventivas y de mejora. - Planes de mejoramiento.	Informe resultado de revision por la dirección.  Acciones de Mejora. Seguimiento y control a los procesos.  Presupuesto de recursos.
--	----------	---	---

DOCUMENTOS RELACIONADOS	RECURSOS	PARÁMETROS DE CONTROL	REQUISITOS			INDICADORES
			Ley	Organización	Norma	
Matriz Estratégica.	Equipos de cómputo, muebles y enseres, papelería y útiles de oficina	Verificación del desempeño de los objetivos y metas.	Normas de Seguridad y Salud Ocupacional Decreto 1011 /2006 Ley 100/93	Servicios dirigidos a usuarios de Medicina Prepagada, Régimen Especial y Particulares	Subcapítulos: 4.1 Requisitos Generales. 5. Responsabilidad de la Dirección.	Índice de Rentabilidad. Aumento de Clientes Índice de Cumplimiento.
Matriz de Análisis DOFA.		Verificación de cumplimiento de los requisitos del cliente, ley, organización y otros.				
Plan Estratégico.	Presupuesto de inversión, ingresos, costos y gastos	Verificación de la ejecución presupuestal de recursos				
Política de calidad.		Seguimiento a la eficacia y eficiencia de los procesos.				
Objetivos y metas.		Verificación de los planes de mejoramiento.				
Misión, Visión y Valores de LOGROS I.P.S.						
Mapa de Procesos.						
Estructura Organizacional.						
Registro de revisión						

<b>REVISÓ</b> Coordinadora de Calidad	<b>APROBÓ</b> Gerencia
<b>FECHA DE APROBACIÓN</b> 8 - Noviembre - 2010	

del sistema de calidad.						
Planes de mejoramiento.						
Presupuesto de recursos.						

## Anexo 6. Manual de Calidad LOGROS IPS

	GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GE-M-11
	MANUAL DE LA CALIDAD	VERSION: 00 PAGINA 1 DE 14

I

### MANUAL DE LA CALIDAD



### SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD NTC ISO 9001:2008

Bucaramanga; Mayo del 2.011

REVISO	APROBO	FECHA DE APROBACION
Coordinadora de Calidad	Gerencia	25 - Mayo - 2.011

	GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GE – M – 11
	MANUAL DE LA CALIDAD	VERSION: 00
		PAGINA 2 DE 13

## INTRODUCCION

LOGROS IPS, como Institución Prestadora de Servicios de Salud ha estructurado e implementado un Sistema de Gestión de la Calidad enfocado a procesos bajo los lineamientos de la norma NTC ISO 9001:2008, herramienta exitosa que permite a la institución conocer el flujo de la información desde las actividades del sector hasta la coordinación y comercialización de sus servicios, proporcionando un mejor desempeño en sus procesos que permita mantener la fidelidad de sus clientes, respuestas rápidas y flexibles a las oportunidades del sector, ganando comprensión y motivación de las personas hacia las metas y objetivos de la institución, así como su participación en la mejora continua.

El Manual de calidad describe la estructura del Sistema de Gestión de la Calidad; referencia los procedimientos documentados, la interacción de los procesos y las exclusiones, la administración estratégica (Misión, Visión, Política de Calidad, Objetivos de la Calidad, Valores, Mapa de Procesos, Estructura Organizacional) para demostrar su capacidad y seleccionar personal idóneo que satisfaga los requisitos de la entidad, con un enfoque por procesos y de acuerdo a los requisitos de la norma.

Lo que hace que este documento se convierte en una herramienta de uso diario para todas las personas involucradas en el alcance definido para el sistema y debe ser divulgado ante todo el personal de la institución.

REVISO	APROBO	FECHA DE APROBACION
Coordinadora de Calidad	Gerencia	25 – Mayo – 2.011

	GESTIÓN ESTRATEGICA	CODIGO: GE – M – 11
	MANUAL DE LA CALIDAD	VERSION: 00
		PAGINA 3 DE 13

## 1. OBJETIVO

El Manual de la Calidad es un documento que tiene por objetivo la gestión de la calidad en LOGROS IPS y en el cual se listan las disposiciones generales para asegurar la calidad en sus servicios, para prevenir la aparición de no conformidades y en caso de que aparezcan aplicar de forma acertada las acciones necesarias para evitar su repetición, alcanzando con esto la mejora continua y así lograr satisfacción de sus clientes.

## 2. ALCANCE

Este manual es aplicable a todas las unidades de servicio de LOGROS IPS en las dos sedes, profundizando de esta forma los aspectos más importantes con el fin de brindar un servicio con alta calidad y calidez, obteniendo la satisfacción del cliente, y a su vez permite al personal de la institución ampliar sus conocimientos en cuanto a las actividades a desarrollar en cada proceso.

## 3. DESARROLLO

### 3.1 ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

LOGROS IPS ha establecido el Sistema de Gestión de la Calidad con base en los requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2008 para el siguiente alcance:

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

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

REVISO	APROBO	FECHA DE APROBACION
Coordinadora de Calidad	Gerencia	25 – Mayo – 2.011

	GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GE – M – 11
	MANUAL DE LA CALIDAD	VERSION: 00 PAGINA 4 DE 13

### 3.2 EXCLUSIONES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Se excluirá del Sistema de Gestión de la Calidad el numeral 7.3 Diseño y Desarrollo de la norma NTC-ISO 9001:2008, ya que en LOGROS IPS presta servicios de acuerdo a los parámetros previamente establecidos por la ley.

## 4. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA

### 4.1 RESEÑA HISTÓRICA

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

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

### *MISIÓN*

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

REVISÓ	APROBO	FECHA DE APROBACION
Coordinadora de Calidad	Gerencia	25 – Mayo – 2.011

	GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GE – M – 11
	MANUAL DE LA CALIDAD	VERSION: 00 PAGINA 5 DE 13

## **VISIÓN**

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

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

## **PRINCIPIOS**

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

## **PRODUCTOS Y SERVICIOS**

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

### **Unidad de Psicología**

- Contribuye a mejorar la calidad de vida del paciente y la de su familia, a través de:
  - Servicios de psicología clínica y educativa
  - Asesoría y Terapia: familiar, de pareja, niños, niñas y adolescentes.
  - Orientación profesional
  - Acompañamiento en dificultades escolares.

REVISÓ	APROBO	FECHA DE APROBACION
Coordinadora de Calidad	Gerencia	25 – Mayo – 2.011

	GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GE – M – 11
	MANUAL DE LA CALIDAD	VERSION: 00
		PAGINA 6 DE 13

#### Unidad de Nutrición y Dietética

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

#### Unidad de Fonoaudiología

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

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

#### Unidad de Terapia Ocupacional

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

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

REVISÓ	APROBO	FECHA DE APROBACION
Coordinadora de Calidad	Gerencia	25 – Mayo – 2.011

	GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GE-M-11
	MANUAL DE LA CALIDAD	VERSION: 00 PAGINA 7 DE 13

### Unidad de Fisioterapia y Terapia respiratoria

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

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

### ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

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

REVISÓ	APROBO	FECHA DE APROBACION
Coordinadora de Calidad	Gerencia	25 - Mayo - 2.011



Figura 1. Organigrama de LOGROS IPS

## INFRAESTRUCTURA

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

Sede Cañaveral

REVISÓ	APROBO	FECHA DE APROBACION
Coordinadora de Calidad	Gerencia	25 - Mayo - 2011

	GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GE – M – 11
	MANUAL DE LA CALIDAD	VERSION: 00
		PAGINA 9 DE 13



Figura 2. LOGROS IPS Sede Cañaverall

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

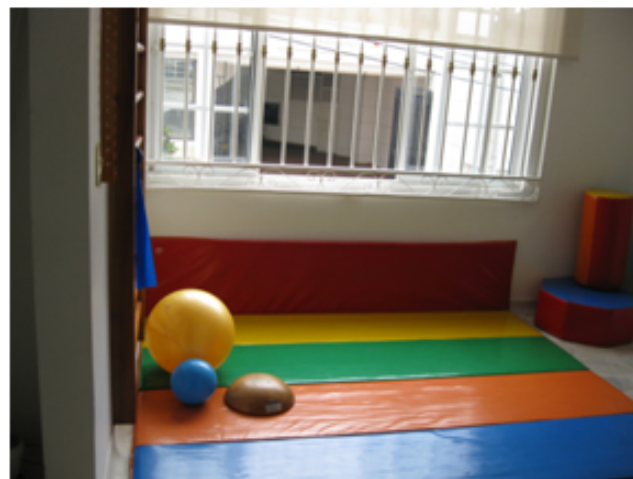


Figura 3. Gimnasio Primer Piso – Sede Cañaverall

REVISO	APROBO	FECHA DE APROBACION
Coordinadora de Calidad	Gerencia	25 – Mayo – 2011

	GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GE-M-11
	MANUAL DE LA CALIDAD	VERSION: 00 PAGINA 10 DE 13

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

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



Figura 4. Gimnasio Tercer Piso – Sede Cañaveral

#### Sede Cabecera

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

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

REVISÓ	APROBO	FECHA DE APROBACION
Coordinadora de Calidad	Gerencia	25 – Mayo – 2.011

	GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GE-M-11
	MANUAL DE LA CALIDAD	VERSION: 00
		PAGINA 11 DE 13



Figura 5. LOGROS IPS – Sede Cabecera



Figura 6. Gimnasio – Sede Cabecera

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

REVISO	APROBO	FECHA DE APROBACION
Coordinadora de Calidad	Gerencia	25 – Mayo – 2011

# Anexo 7. Actas de Socialización

1. Acta de capacitación al Personal de LOGROS IPS, sobre que es un Sistema de Gestión de la Calidad.

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

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

<b>Propósito de la Reunión</b>
Capacitación que es un sistema de Gestión de Calidad
<b>Temas a Tratar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitación por parte del Ing. HORACIO MALDONADO,</li> <li>- Conceptos Básicos. (Organización, sistema, Gestión, Calidad, requisito, Satisfacción, proceso, tipos de causas, que es producto,</li> <li>- características de Procesos (Gerenciales, Asistenciales, Proveedores, Rec.Humano)</li> </ul>

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

FECHA PRÓXIMA REUNIÓN: \_\_\_\_\_

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

Firmas de Asistencia a la Capacitación el día 9 de Noviembre del 2.010

Logros

HOJA DE ASISTENCIA

Código: \_\_\_\_\_  
 Versión: \_\_\_\_\_  
 Fecha: 9 Noviembre 2010

No.	Asistentes Reunión Acta No. 002 NOMBRE	CARGO	SEDE	FIRMA
1	Carlos Juan Medina	FISIOTERAPEUTA	CABECERA	[Firma]
2	ANA CAROLINA ROSAS	FISIOTERAPEUTA	CABECERA	[Firma]
3	Sandra J. Caspillerio Ojeda	Terapeuta Exp.	Cana uval	[Firma]
4	Luz Carolina Lopez A	Fisioterapeuta	Canaveral	[Firma]
5	Marelys Dominguez C.	Fonoaudióloga	Canaveral	[Firma]
6	Ingrid Johanna Diaz M.	Fisioterapeuta	Domicilios	[Firma]
7	Lina María Gamero Camacho	Fisioterapeuta	Canaveral	[Firma]
8	Johanna Andrea Higuera M.	Fisioterapeuta	Domicilios	[Firma]
9	Lyla Sabina Márquez García	Fisioterapeuta	Cabecera	[Firma]
10	Diana Marcela Costa	Fisioterapeuta	Cabecera	[Firma]
11	Hilario Villalobos Riquelme	Fisioterapeuta	Domicilios	[Firma]
12	Dania A. Melendez Duarte	Fisioterapeuta	Domicilios	[Firma]
13	Anaíra Arenas Vega	Fisioterapeuta	Domicilios	[Firma]
14	Ingrid Johana Beltrán B	Fonoaudióloga	Cabecera	[Firma]
15	Ana Sofía Castilla B	Fisioterapeuta	Domicilios	[Firma]
16	Mara Clara Longhammer	Psicóloga	cab / canaveral	[Firma]
17	Patricia Alejandra Galia	Psicóloga	Canaveral	[Firma]
18	Ledy Patricia Quintero Velasco	Facilitadora Calidad	Canaveral	[Firma]
19	Nohora Galindo Méndez	Gerente	Cab. / Canaveral	[Firma]
20	Maribel Galaza Martínez	Secretaria	Cabecera	[Firma]
21	Paola Milena Chayering	Fonoaudióloga	Canaveral	[Firma]
22	Natalia Ajulor Sansoucy	T. Operaciones	Cabecera	[Firma]
23	Martha C. Noviega Flores	Fisioterapeuta	Cabecera	[Firma]
24				
25				
26				

Elaboró: **LADY PATRICIA QUINTERO**  
 Firma: \_\_\_\_\_

Revisó y Aprobó: **NOHORA GALINDO**  
 Firma: \_\_\_\_\_

2. Acta de Conocer el Mapa de Procesos de la Institución, asignación de los Líderes de Proceso e Involucrar al personal en la definición de la Política y Objetivos de Calidad.

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

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

<b>Propósito de la Reunión</b>
• Dar a conocer el Proceso a Cargo, y como se conformaban los Comités.
<b>Temas a Tratar</b>
- Líderes de Proceso. - Responsabilidades y funciones de los Comités. - Ideas para conformar la Política y objetivos de Calidad.

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

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

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

① Definición de la Política de Calidad entre Líderes de Proceso

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

② Definición de Comites

① Comites de Historias Clínicas

↳ Responsables:

T.O. Nathalia  
Fono. Milena y Ingrid  
A. F. Dra. Lina María →  
T. F. Digna y Paola Gonzalez,  
Silvia Suarez.

② Comite de Compras:

↳ Responsables:

Monica, Anca y Carolina (T.F.)

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

↳ Responsables: T. F. Carlos y Leidy

④ Comite de Calidad:

↳ Responsable: M<sup>a</sup> Clara, Lida, Iury y Lady.

③ LIDERES DE PROCESOS:

Gestión Estratégica → Dra. NATHALIA GALINDO  
Gestión Calidad → Ing. Lady Quintero  
Proceso Habilitación → Dr. Lyda Marquez  
Proceso Recurso Humano → M<sup>a</sup> Clara L.

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

ASISTENTES REUNIÓN ACTA No. 04

Tema Tratado: Dar a conocer el proceso a Cargo y como se conformaban los comites.

No.	NOMBRE	CARGO	SEDE	FIRMA
1	Luz Carlino Lopez Acevedo	Fisioterapeuta	Carnavera	Luz Carlino Lopez
2	Luz Sabina Márquez García	Fisioterapeuta	Cabecera	Luz Sabina Márquez
3	Paula Andrea Quirós Espinoza	T. Ocupacional	Carnavera	Paula Andrea Quirós
4	Natalia Amador Domínguez	T. Ocupacional	Cabecera	Natalia Amador
5	Zaira Helena Saldo F.	Fonaudióloga	Carnavera	Zaira Helena Saldo
6	Carla Medicine	Fisioterapeuta	Cabecera	Carla Medicine
7	Marta Caro Granados	Psicóloga	San Cab.	Marta Caro
8	Mónica Alejandra Enríquez	Secretaría	Carnavera	Mónica Alejandra
9	María Celia López	SECRETARÍA	CABECERA	María Celia López
10	Daniela Salazar Pacheco	Secretaría	Cabecera	Daniela Salazar
11	Luz Mireya Aparicio	Secretaría	Carnavera	Luz Mireya Aparicio
12	Lady Patricia Quintero	Coord. Calidad	Carnavera	Lady Patricia Quintero
13	Mrs. Ana María	Secretaría General		Mrs. Ana María
14				
15				

3. Acta de Socialización de la Misión, Visión, Política y Objetivos de Calidad de LOGROS IPS.

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

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

<b>Propósito de la Reunión</b>
Socializar la Misión, Visión, Valores, Política y Objetivos de Calidad establecidos en el SGC.
<b>Temas a Tratar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Definición de la Política y Objetivos de Calidad.</li> <li>→ Socializar los Protocolos de atención.</li> <li>→ Entrega de Folletos de Implementación del SGC. (Organograma, Mapa de Procesos, Misión, Visión, Valores, Política y Objetivos de Calidad y Unidades de atención)</li> </ul>

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

4. Dividir los protocolos y enviar a correos. Coord. Calidad  
 FECHA PROXIMA REUNIÓN: 11 de Abril / 2011 Sede Cabecera  
6:00 p.m


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

ASISTENTES REUNIÓN ACTA No. 17

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

No.	NOMBRE	CARGO	SEDE	FIRMA
1	Monica Rana f.	Secretaria.	Cabecera	<i>[Firma]</i>
2	Zoila Helena Sotelo f.	Fonoaudióloga	Cañaveras	<i>[Firma]</i>
3	ANA CAROLINA ROJAS	FISIOTERAPIA	CABECEERA	<i>[Firma]</i>
4	SWIA LILIANA SUAREZ MONSALVE	FISIOTERAPISTA.	CABECEERA.	<i>[Firma]</i>
5	Ya Cristina Bohórquez Hernández	Fisioterapia	Cabecera	<i>[Firma]</i>
6	Rafaela González Sanabáña.	Fisioterapia	Cañaveras	<i>[Firma]</i>
7	Paula Andrea Quiroz Espitia	T. Ocupacional	Cañaveras	<i>[Firma]</i>
8	Leidy Suley Mantilla Ardo.	Fisioterapia	Cañaveras	<i>[Firma]</i>
9	Patricia Quintero Velasco	T. Ocupacional	Cañaveras	<i>[Firma]</i>
10	Lory Carolina López Aceas	Terapeuta	Cañaveras	<i>[Firma]</i>
11	Marta Clara Langhammer	Psicóloga	Cañav. Cabeera	<i>[Firma]</i>
12	Priscilla Kevings.	S. Generales	Cañaveras	<i>[Firma]</i>
13	Lady Patricia Quintero	Coord. Calidad	Cañav - Cabecera	<i>[Firma]</i>
14				
15				

# Anexo 8. Evaluación Eficacia de la Capacitación

	GESTIÓN DE RECURSO HUMANO	CÓDIGO: GH- F – 10	
	EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LA CAPACITACIÓN Y/O ENTRENAMIENTO	VERSIÓN: 00	
		FECHA APROBACIÓN: 31 - Enero - 2.011	

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

Capacitación recibida: \_\_\_\_\_ Fecha capacitación y/o entrenamiento: \_\_\_\_\_

**Diligenciado por el Trabajador:**  
 A continuación encontrará cuatro opciones de respuestas, Por favor Marque con una "X" la respuesta que considere adecuada:

	25%	50%	90%	100%
1. Los conocimientos adquiridos en la capacitación y/o entrenamiento los está implementando en la institución?	No los ha implementado 1	Parcialmente implementados 2	Totalmente implementados 3	Totalmente y han permitido generar mejora 4
2. Que aporte le brindó la capacitación y/o entrenamiento?	No aporte nada 1	Solo adquisición de conocimientos 2	Adquisición y aplicación de los conocimientos 3	Adquisición, aplicación de conocimientos y a su vez genero mejora 4
3. Los conocimientos adquiridos le han permitido incrementar su nivel de desempeño laboral, desempeño de la institución o de los procesos?	No han incrementado el desempeño laboral 1	Han permitido cumplir compromisos puntuales/específicos 2	Han incrementado el desempeño individual y del proceso 3	Han incrementado el desempeño laboral, incluyendo modificación de la conducta del participante 4
<b>SOLO PARA PERSONAL NUEVO:</b>				
4. La inducción recibida le brindó las herramientas suficientes para iniciar sus labores satisfactoriamente en el nuevo cargo?	No aporte nada 1	Aporte Parcialmente 2	Aporte Totalmente 3	Totalmente lo que permitió un excelente desempeño 4

**Diligenciado por la Persona a cargo de la Capacitación**  
 A continuación encontrará cuatro opciones de respuestas, Por favor Marque con una "X" la respuesta que considere adecuada:

1. Los conocimientos adquiridos por el participante a la capacitación y/o entrenamiento, los está implementando en su trabajo?	No los ha implementado 1	Parcialmente implementados 2	Totalmente implementados 3	Totalmente y han permitido generar mejora 4
2. Que aporte le brindó al participante la capacitación y/o entrenamiento?	No aporte nada 1	Solo adquisición de conocimientos 2	Adquisición y aplicación de los conocimientos 3	Adquisición, aplicación de conocimientos y a su vez genero mejora 4
3. Los conocimientos adquiridos por el participante le han permitido incrementar su nivel de desempeño laboral?	No han incrementado el desempeño laboral 1	Han permitido cumplir compromisos puntuales/específicos 2	Han incrementado el desempeño individual y del proceso 3	Han incrementado el desempeño laboral, incluyendo modificación de la conducta del participante 4
<b>SOLO PARA PERSONAL NUEVO:</b>				
4. La inducción recibida le brindó las herramientas suficientes para iniciar sus labores satisfactoriamente en el nuevo cargo?	No aporte nada 1	Aporte Parcialmente 2	Aporte Totalmente 3	Totalmente lo que permitió un excelente desempeño 4

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

Evaluó: \_\_\_\_\_ Nombre y firma del Trabajador. Nombre y Firma del Jefe Inmediato.

## Anexo 9. Formato Comunicación Interna

	GESTION ESTRATEGICA	CODIGO: GE-F-11
	FORMATO DE COMUNICACION INTERNA	VERSION: 00
		PAGINA 1 DE 1

### COMUNICADO No. 01

FECHA: 14 de Febrero del 2.011	SEDE: Cañaverall	
QUIEN COMUNICA: Gerencia		
TIPO DE INFORMACIÓN:		
REUNION <u>X</u> CAPACITACION ___    ENTREGA DE DOCUMENTOS ___    MEMORANDO ___ OTROS _____		
REUNION EL DIA: 16 de Febrero del 2.011	HORA: 6:00 p.m.	
LUGAR: Sede LOGROS IPS Cañaverall		
MOTIVO DE COMUNICACIÓN:		
Reunión de Comités y Líderes de Procesos, para definir cronograma de trabajo e implementación de documentos definidos en el proceso de gestión estratégica.		
DESTINATARIOS	CARGO / SEDE	FIRMA
Lina Gamarral	Fisioterapeuta / Cañaverall	
Lury Carolina López	Fisioterapeuta / Cañaverall	
Nathalia Aguilar Sandoval	T. Ocupacional / Cañaverall	
Zoila Milena Fuentes	Fonoaudióloga / Cañaverall	
Lady Patricia Quintero	Coord. Calidad / Cañaverall	
Ana Luce Ramírez	Servicio General / Cañaverall	
Luz Mireya Ardilla	Secretaria / Cañaverall	

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

REVISO COORDINADORA DE CALIDAD	APROBO GERENCIA	FECHA DE APROBACION 02 - Febrero - 2.011
-----------------------------------	--------------------	---

# Anexo10. Acta de Reunión Comité de Calidad

1. Acta de reunión por el coite de calidad con la gerencia para asignar los lideres de cada proceso y revisión de la caracterización de cada uno de estos.

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

Fecha: 5 de febrero /2011 Acta No. 05  
 Comité COMITE DE CALIDAD  
 Hora de Inicio: 6:00 p.m Hora de Finalización: 8:00 p.m  
 Lugar: Sede Caracural

<b>Propósito de la Reunión</b>
- Nombrar los líderes de cada proceso - Entrega de la Caracterización revisada por Gerencia
<b>Temas a Tratar</b>
- Aprobar el Mapa de Procesos de la Institución. - Asignar los líderes de cada proceso. - Revisar las Caracterizaciones de cada proceso por parte de la Gerencia y socializarlas con los líderes de procesos.

Compromisos de esta Reunión			
ITEM	DESCRIPCIÓN Y COMENTARIOS	RESPONSABLE	FECHA
1	Socializar con cada líder de proceso la Caracterización	Coord. Calidad	4/Marzo
2	Se Nombrar los líderes de G. Estratégica	→ INGENIERA Gerente	---
	G. de Calidad	→ Ing. Lady Quintero Coord. de calidad	---
	Proceso Asistencial →	→ Dra. Lyda Márquez Coord. fisioterapeuta	---
	G. de Recurso Humano	→ Dra. María Clara Psicóloga	---
	G. ADMINISTRATIVA	→ Mónica PARRA Aux. Administrativo	---

FECHA PRÓXIMA REUNIÓN: 1 de Abril /2011

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

Registro de Firmas de Asistencia de la reunión el día 5 de Febrero del 2011

<b>Logros</b>		HOJA DE ASISTENCIA			CÓDIGO: F-RH-002 VERSION: 00 PAGINA: 1 de 1
ASISTENTES REUNIÓN ACTA No. 05					
No.	NOMBRE	CARGO	SEDE	FIRMA	
1	Jany Carolina Lopez Acosta	Fisioterapeuta	Cañaveral	<i>Jany Carolina Lopez Acosta</i>	
2	Lidd Sabina Marquez Garcia	Fisioterapeuta.	Cabaera.	<i>Lidd Sabina Marquez Garcia</i>	
3	Mara Clara Landammer	Psicóloga	Sub/ Cañaveral	<i>Mara Clara Landammer</i>	
4	Leidy Patricia Guintero	Coord. Calidad	Cañaveral	<i>Leidy Patricia Guintero</i>	
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Elaboró: \_\_\_\_\_

Revisó y Aprobó: \_\_\_\_\_

## Anexo 11. Plan de Auditoría Interna

	GESTION DE LA CALIDAD	CODIGO: GC - PR - 02
	PLAN DE AUDITORIA INTERNA	VERSION: 00
		PAGINA 1 DE 2



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

	GESTION DE LA CALIDAD	CODIGO: GC - PR - 02
	PLAN DE AUDITORIA INTERNA	VERSION: 00
		PAGINA 2 DE 2

		4:30 – 5:00 p.m.	Gestión de la Calidad	Líder del Proceso	María Clara Langhammer
		5:30 – 6:00 p.m.	Gestión de Recurso Humano	Líder del Proceso	Lady Patricia Quintero
		6:00 – 6:30 p.m.	Gestión Estratégica	Gerente	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
		6:30 – 7:00 p.m.	Reunión de cierre	Líderes de cada proceso	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
<b>VIERNES</b> 17- 06-11 Sede Cabecera		2:00 – 2:20 p.m.	Reunión de apertura	Líderes de cada proceso	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
		2:20 - 4:00 p.m.	Gestión Asistencial	Auxiliar Administrativa (Proceso asistencial y Historias Clínicas) Y Auditoria de Campo en las Unidades de Servicio.	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
		4:00 – 4:30 p.m.	Gestión Administrativa	Auxiliar Administrativa y Servicio General (Compras y Bioseguridad)	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
		4:30 – 5:00 p.m.	Gestión de la Calidad	Líder del Proceso	María Clara Langhammer
		5:30 – 6:00 p.m.	Gestión de Recurso Humano	Líder del Proceso	Lady Patricia Quintero
		6:00 – 6:30 p.m.	Gestión Estratégica	Gerente	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
		6:30 – 7:00 p.m.	Reunión de cierre	Líderes de cada proceso	Lady Patricia Quintero y María Clara Langhammer
<b>Observaciones:</b>					
Durante el desarrollo de la auditoria en cada proceso se evaluara el control de documentos y registros y las acciones de mejora (Acciones correctivas y preventivas)					

RESPONSABLE: \_\_\_\_\_ LADY PATRICIA QUINTERO VELASCO  
LIDER EQUIPO AUDITOR

APROBADO POR: \_\_\_\_\_ NOHORA GALINDO  
GERENTE

FECHA: Junio 10 de 2011

REVISO	APROBO	FECHA DE APROBACION
Coordinadora de Calidad	Gerencia	21 - Marzo - 2.011

## Anexo 12. Informe de Auditoría

	GESTION DE LA CALIDAD	CODIGO: GCA-F-14
	INFORME DE AUDITORIA	VERSION: 00
		PAGINA 1 DE 5

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

REVISO Coordinadora de Calidad	APROBO Gerencia	FECHA DE APROBACION 21 - Marzo - 2.011
-----------------------------------	--------------------	---

	GESTION DE LA CALIDAD	CODIGO: GCA-F-14
	INFORME DE AUDITORIA	VERSION: 00 PAGINA 2 DE 5

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

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

REVISO	APROBO	FECHA DE APROBACION
Coordinadora de Calidad	Gerencia	21 - Marzo - 2.011

	GESTION DE LA CALIDAD	CODIGO: GCA-F-14
	INFORME DE AUDITORIA	VERSION: 00 PAGINA 3 DE 5

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

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


REVISO	APROBO	FECHA DE APROBACION
Coordinadora de Calidad	Gerencia	21 - Marzo - 2011

	GESTION DE LA CALIDAD	CODIGO: GCA-F-14
	INFORME DE AUDITORIA	VERSION: 00
		PAGINA 4 DE 5

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

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

REVISO	APROBO	FECHA DE APROBACION
Coordinadora de Calidad	Gerencia	21 - Marzo - 2.011

	GESTION DE LA CALIDAD	CODIGO: GCA-F-14
	INFORME DE AUDITORIA	VERSION: 00 PAGINA 5 DE 5

<p>No se evidencia un seguimiento y control de cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo de los equipos, se evidenció en la hoja de vida de equipos las fechas de mantenimiento pero no tienen responsable, ni cuentan con un contrato de una empresa responsable de efectuar dichos mantenimientos, como se establece en el procedimiento de hoja de vida de equipos GI-PR-03, según el requisito de la norma NTC-ISO9001:2008, numeral 7.6 control de los equipos de seguimiento y medición.</p>					X
--	--	--	--	--	---

### CONCLUSIONES

- Tienen definida la estructura y conformidad del sistema de gestión de calidad bajo los lineamientos de la norma NTC-ISO9001:2008, en el manejo y definición de sus procesos, se recomienda hacer seguimiento para los procesos de gestión administrativa y recurso humano los cuales se presentaron No Conformidades.
- Los objetivos y requisitos establecidos en cada caracterización de proceso del SGC, se están cumpliendo y aplicando en las actividades diarias para la prestación del servicio.
- La organización y compromiso del personal en cuanto la aplicación de los documentos y formatos definidos en el proceso asistencial, se evidencia un alto compromiso por lograr la satisfacción de los clientes.
- Se puede visualizar la organización por parte de la recepción en cuanto al manejo de los procedimientos, control y orden en los documentos establecidos en el SGC. Y el compromiso de los profesionales de Fisioterapia para el mantenimiento de la calidad de los registros de las historias clínicas.

REVISO	APROBO	FECHA DE APROBACION
Coordinadora de Calidad	Gerencia	21 - Marzo - 2011