

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE
GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN LA NORMA NTC-ISO 9001: 2000, PARA LA
IPS COOPCLINISUR.”**

CRISTIAN FERNANDO SANTIAGO CHAVEZ



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER.
FACULTAD DE INGENIERIAS FISICOMECANICAS.
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES.
BUCARAMANGA
2007.**

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE
GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN LA NORMA NTC-ISO 9001: 2000, PARA LA
IPS COOPCLINISUR.”**

CRISTIAN FERNANDO SANTIAGO CHAVEZ

**Proyecto de grado para obtener el título de
INGENIERO INDUSTRIAL**

**Directora,
ING. SONIA AMPARO ESTEBAN**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER.
FACULTAD DE INGENIERIAS FISICOMECHANICAS.
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES.
BUCARAMANGA
2007**

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios

Por la sabiduría que ilumina mi vida

A mis padres

Por su apoyo incondicional y el amor que me han brindado

A mi hermano

Por ser partícipe de mis proyectos

Al personal de COOPCLINISUR

Por el apoyo y esmero brindado durante la realización del proyecto

Y a todas aquellas personas

Que han creído en mí.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	15
1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	16
1.1 TÍTULO DEL PROYECTO.	16
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	16
1.3 OBJETIVOS.	19
1.3.1 Objetivo General.	19
1.3.2 Objetivos específicos.	19
1.4 ALCANCE	20
2. ESTADO DEL ARTE	21
2.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE CALIDAD.	21
2.2 ETAPAS DE LA EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD.	21
2.2.1 Control de la calidad	21
2.2.2 Aseguramiento de la calidad	22
2.2.3 Calidad total	24
2.3 PRINCIPALES EXPONENTES DE LA CALIDAD.	25
2.4 SISTEMAS DE CALIDAD.	37
2.4.1 Alcance de un sistema de calidad	37
2.4.2 Partes integrantes de un sistema de calidad	38
2.5 MARCO CONCEPTUAL DE LA FAMILIA DE LA NORMA ISO 9000:2000.	40
2.5.1 NTC ISO 9000: 2000.	40
2.5.2 NTC ISO 9001: 2000.	48
2.5.3 NTC ISO 9004: 2000.	49
2.5.4 NTC ISO 19011: 2000.	50
3. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA.	50
3.1 RESEÑA HISTÓRICA.	50
3.2 UBICACIÓN	51

3.3 MISIÓN	51
3.4 VISIÓN	51
3.5 VALORES.	52
3.6 SERVICIOS.	52
3.7 CLIENTES.	54
3.8 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	56
4. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ORGANIZACIÓN.	57
5. PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.	69
5.1 DETERMINACIÓN DE LAS NECESIDADES DE DOCUMENTACIÓN.	69
5.2 DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.	75
5.3 ELABORACIÓN DE LOS DOCUMENTOS.	78
5.3.1 Mapa de procesos	78
5.3.2 Caracterizaciones	79
5.3.3 Política y objetivos de calidad	80
5.3.4 Indicadores de Gestión	82
5.3.5 Documentación de los procedimientos y registros	82
5.4 IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.	85
5.5 MANTENIMIENTO Y MEJORA	85
6. EJECUSIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN.	89
6.1 DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.	89
6.2 MANUAL DE CALIDAD. (VER ANEXO A).	89
6.3 PLAN DE CALIDAD.	90
6.4 PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.	91
6.5 FORMATOS Y REGISTROS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.	93
6.6 PERFILES DE CARGO	95
7. PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN Y CAPACITACIÓN.	97
8. MANTENIMIENTO Y MEJORA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.	105
8.1 AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD.	105

8.2 ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS.	113
8.2.1 Acción Correctiva.	113
8.2.2 Acción preventiva.	114
8.3 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN.	115
8.4 APORTES	116
8.5 SOLICITUD DE AUDITORÍA DE CERTIFICACIÓN.	117
9. CONCLUSIONES.	118
10. RECOMENDACIONES.	121
BIBLIOGRAFÍA	122

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1.- Círculo de Deming	26
Figura 2. Trilogía de Juran.	29
Figura 3. Sistema Documental.	39
Figura 4. Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos	49
Figura 5. Estructura organizacional.	56
Figura 6. Pirámide documental.	70
Figura 7. Mapa de procesos.	79

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Diagnóstico de la situación actual.	58
Tabla 2. Tipos de documentos a desarrollar.	71
Tabla 3. Política de Calidad VS Objetivos de Calidad.	81
Tabla 4. Plan de implementación y capacitación.	100
Tabla 5. Programa de auditoría.	109

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. MANUAL DEL SISTEMA DE CALIDAD.	124
ANEXO B. PROCEDIMIENTO NORMA FUNDAMENTAL.	165
ANEXO C. SEIS (6) PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS.	172
ANEXO D. INDICADORES DE GESTIÓN.	197
ANEXO E. FORMATOS REPORTE DE ACCIÓN CORRECTIVA Y REPORTE DE ACCIÓN PREVENTIVA.	201
ANEXO F. SOLICITUD DE AUDITORÍA DE CERTIFICACIÓN	201

RESUMEN.

1. TITULO.

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN LA NORMA NTC-ISO 9001: 2000, PARA EL INSTITUTO PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) “COOPCLINISUR” PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL.*

2. AUTOR.

CRISTIAN FERNANDO SANTIAGO CHAVEZ.†

3. PALABRAS CLAVES.

Sistemas de Gestión de la Calidad, Norma ISO 9001:2000, Caracterización de los procesos, Manual de Calidad, Política de Calidad, Objetivos de Calidad, Certificación de Calidad.

4. DESCRIPCION.

Este libro describe las actividades realizadas en el diseño, documentación e implementación del Sistema de Gestión de Calidad, basado en la Norma ISO 9001:2000, para la IPS COOPCLINISUR.

Al iniciar el proceso de implementación se realizó un diagnóstico de la situación actual de la organización en base al cumplimiento de los requisitos exigidos por la NTC ISO 9001:2000, a partir de este diagnóstico se hizo la planificación del Sistema de Gestión, se determinaron las necesidades de documentación y se dio

* Práctica Empresarial.

† Facultad de Ciencias Físico-Mecánicas, Escuela de Estudios Industriales y Empresariales, Directora de Proyecto Ing. Sonia Amparo Esteban.

inicio a la elaboración de los documentos que conforman el Sistema de Gestión de Calidad; como el Manual de Calidad, Política de Calidad, Objetivos de Calidad, procedimientos documentados, planes de calidad, perfil de cargos e instructivos y formatos.

Siguiendo así con la implementación de los documentos y capacitación al personal sobre el Sistema de Gestión de la organización, realizada la formación de los auditores internos, se inicio el ciclo de auditorías internas, seguido con el levantamiento de acciones correctivas y acciones preventivas, por último se realizó la revisión por la dirección por parte de la Gerencia, dando así como etapa final la solicitud de auditoría de certificación ante el ICONTEC.

SUMMARY

1. TITLE.

DESIGN, DOCUMENTATION AND IMPLEMENTATION OF A MANAGEMENT SYSTEM ACCORDING TO THE NTC-ISO 9001: 2000 NORM, FOR THE HEALTH INSTITUTE (IPS) "COOPCLINISUR", MEDICAL CENTER FIRST LEVEL.*

2. AUTHORS.

CRISTIAN FERNANDO SANTIAGO CHAVEZ.†

3. KEY WORDS.

Quality Management Systems, Norm ISO 9001:2000, Characterization of the processes, Quality Manual, Quality Politics, Quality Objectives, Quality Certification.

4. DESCRIPTION.

This book describes the activities made during the process of design, documentation and implementation of the Quality Management System, based on Norm ISO 9001:2000, for IPS COOPCLINISUR.

At the beginning of implementation process an organizational diagnosis was made following Norm ISO 9001 2000. After the Quality Management System was planned, the documentation needing were determined and the organization began to register documentation of Quality Management System like: Quality Manual, Quality Politics, Quality Objectives, Registered Procedures, Quality Plans, and Features for positions,

* Enterprise Works.

† Faculty of Physical-Mechanical Engineerings, Industrial and Managerial Studies Department, Head of the Project. Ing. Sonia Amparo Esteban

Shareholders, Board of Directors and workers were instructed. Internal auditing, preventive and improvement methods were made.

Finally, the General Management of IPS COOPCLINISUR studied, revised and approved the quality control process. They requested certification to ICONTEC.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día nos encontramos ante profundas e imperantes cambios, la globalización de la economía, el llamado mundialismo tecnológico y los adelantos en todas las áreas de la ciencia y la investigación. Son estos factores los que obligan a mejorar incisivamente al interior de una organización cualquiera que sea su objetivo comercial o de la prestación de servicios.

Ante estas premisas es necesario y absolutamente obligatorio, generar nuevos y grandes cambios en las organizaciones que permitan ser competitivos en un mercado dispuesto a mejorar, generando estrategias que permitan la satisfacción de los clientes y el reconocimiento del servicio por el mercado.

Este objetivo se logro en COOPCLINISUR implementando el Sistema de Gestión de la Calidad basado en la Norma ISO 9001: 2000, donde por su naturaleza pretende establecer los requisitos para desarrollar una estructura documental óptima, sobre el cual se soportará la organización y cuyo objetivo conducirá a un mejoramiento constante de la empresa, generando así valores agregados a todas las partes interesadas como son clientes, empleados, proveedores y socios.

Es por esto que los directivos de la Unidad Clínica Cooperativa del Sur COOPCLINISUR, atendieron y consideraron oportunamente el diseño, documentación e implementación de un sistema de gestión de la calidad; y es en este punto en que COOPCLINISUR presenta grandes expectativas de crecimiento y mejoramiento en el servicio médico de primer nivel que le exige mejorar considerablemente en su organización y direccionamiento con el claro objetivo de cumplir con las expectativas y exigencias de sus clientes y posicionar en el sector salud como una empresa líder en el servicio médico con altos estándares de calidad.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

1.1 TÍTULO DEL PROYECTO.

Diseño, documentación e implementación del sistema de gestión de calidad según la norma NTC-ISO 9001: 2000, para el instituto prestador de servicios de salud (IPS) “COOPCLINISUR” prestadora de servicios de salud de primer nivel.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las nuevas tendencias económicas y sociales imponen nuevos retos a las empresas, exigiendo en ellas cambios radicales en la estructura y la estrategia. En la forma de hacer las cosas con el fin de presentar al mercado un servicio de excelente calidad, eficiente y sin reparos que logre satisfacer totalmente las expectativas y exigencias impuestas por los clientes actuales y futuros, en un mercado cada vez más exigente.

Los requerimientos de quienes reciben el servicio día a día son más rígidos y exactos, la demanda adquiere una postura más severa ante la oferta, por lo que se hace necesario replantear los procesos, la forma, la estructura y todo aquello que involucra la prestación del servicio.

COOPCLINISUR al observar las dificultades presentes en la prestación de sus servicios, la insatisfacción de algunos de sus clientes, el no tener acciones que contrarrestaran las fallas presentadas, y por consiguiente no disponer de un plan de mejoramiento continuo para impedir que se volviese a incurrir en este tipo de acciones, llevando al decaimiento tanto de los procesos prestados por la organización, como de aquellos procesos contratados externamente, generando

malestar en los usuarios y por consiguiente en la imagen proyectada en el mercado.

Lo anterior incluido la falta de políticas claras y objetivas, de direccionamiento estratégico, de indicadores en busca del logro de los objetivos propuestos por la organización, han llevado a que organizaciones como COOPCLINISUR orienten sus objetivos hacia la excelencia de la prestación del servicio a sus clientes dispuestas a ofrecer un servicio de calidad generando sentido de pertenencia dentro de la organización asimilada por sus clientes, dando como resultado la diferenciación de la organización frente a otras instituciones prestadoras de servicios médicos; mediante el desarrollo de objetivos en los que se propone una organización involucrada en un proyecto destinado a implementar la norma ISO 9001:2000, como ventaja competitiva, demostrar su preocupación por la calidad, iniciar un proyecto dirigido hacia la Calidad total.

Este proceso de cambio esta basado en la creación de un sistema de gestión de la calidad sólido que ayudará a la organización a estandarizar sus procesos. Este proceso debe entenderse como una intervención decidida de la Dirección de la organización orientada a crear y desarrollar nuevas ideas, como un esfuerzo deliberado para mejorar el sistema que permita generar nuevas posibilidades de acción, sobre la base de nuevos conceptos para los patrones de funcionamiento de la organización.

Existen diversas metodologías para la implementación de sistemas de gestión de la calidad, y todas coinciden en considerar la elaboración de la documentación como una etapa importante, pero existe una tendencia a reducir el enfoque de esta cuestión a ofrecer algunos consejos para la elaboración de documentos (fundamentalmente del Manual de Calidad y los procedimientos), cuando no se trata sólo de diseñarlos sino de garantizar que el sistema documental funcione

como tal y pase a ser una herramienta eficaz para la administración de los procesos.

Por ello, es importante ofrecer una metodología para implementar un sistema documental que cumpla con los requisitos de las normas ISO 9000:2000, y pueda ser aplicada por cualquier organización que se enfrente a la compleja tarea de establecer un sistema de gestión de la calidad.

La documentación es el soporte del sistema de gestión de la calidad, pues en ella se plasman no sólo las formas de operar de la organización sino toda la información que permite el desarrollo de todos los procesos y la toma de decisiones.

La organización debe asegurarse que el servicio, que no sea conforme con los requisitos, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencional. La organización debe tratar 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 sea aplicable por el cliente; y tomando acciones para impedir su uso o aplicación originalmente previsto. Se deben mantener registros de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente. Cuando se detecta un servicio no conforme después de haber prestado el servicio, la organización debe tomar las acciones apropiadas respecto a los efectos potenciales, de la no conformidad.

Las auditorías y las acciones correctivas representan el motor impulsor de la mejora continua en el sistema de calidad, por lo que es de vital importancia llevar un estricto control en el seguimiento de todos los problemas o no conformidades desde su detección hasta la eliminación definitiva de la causa raíz.

Para COOPCLINISUR, siendo una organización que se proyecta hacia el futuro, es una necesidad fundamental el diseño y la implementación de un sistema de gestión de la calidad sólido que le permita ser una entidad prestadora de servicios de salud reconocida en la región por la calidad en los servicios prestados y le permita enfrentarse con bases fuertes a sus competidores en un mercado con alta demanda como el que se vive actualmente.

1.3 OBJETIVOS.

1.3.1 Objetivo General. Diseñar, documentar e implementar un sistema de gestión de la calidad, basado en el cumplimiento de los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000 para la prestación del servicio de consulta externa de Medicina General para el Instituto prestador de servicios de salud (IPS) “COOPCLINISUR” prestadora de servicios de salud de primer nivel.

1.3.2 Objetivos específicos.

- Establecer una política de calidad para la IPS COOPCLINISUR.
- Vincular al personal de COOPCLINISUR en el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad, por medio de la sensibilización, creación y apropiación de una cultura de calidad.
- Realizar un diagnóstico de cumplimiento de la Norma.
- Identificar y determinar la secuencia e interacción de estos procesos
Caracterización de los procesos.
- Documentar las actividades y la definición de los controles para los procesos identificados, para lo cual se requiere la realización de los procedimientos, registros y formatos necesarios para la implementación del sistema de gestión de calidad.
- Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad para la prestación del servicio de consulta externa de Medicina general en COOPCLINISUR.

- Promover al interior de la organización una cultura de mejora continua fundamentada en la generación de acciones correctivas, preventivas y de mejora
- Gestionar la solicitud de auditoría ante un organismo certificador, para obtener la certificación de calidad ISO 9001:2000.

1.4 ALCANCE

Este proyecto incluye la planeación de las actividades relacionadas con el diseño, documentación e implementación del sistema de gestión de la calidad, basado en la norma ISO 9001:2000, para la prestación del servicio de consulta externa de Medicina General de COOPCLINISUR. Siendo indispensable y necesario hacer un acompañamiento del proceso, hasta la etapa de solicitud y respuesta de un organismo certificador, para obtener la certificación de la NTC-ISO 9001:2000.

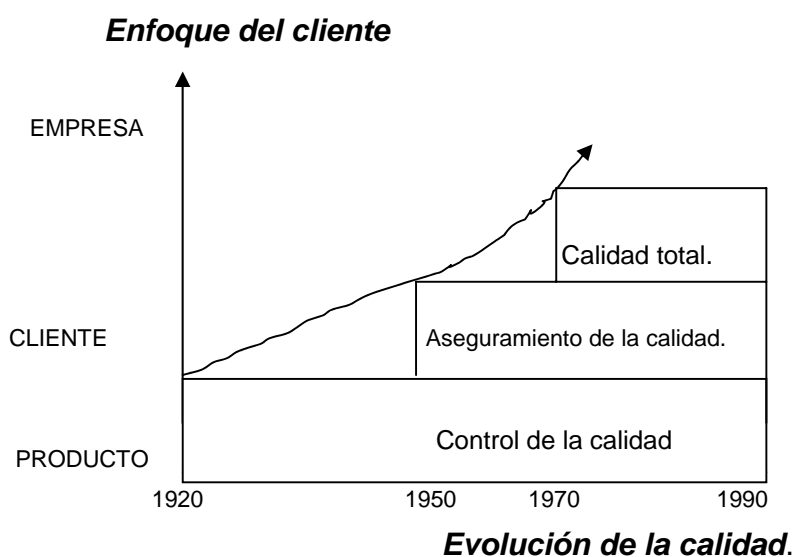
2. ESTADO DEL ARTE

2.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE CALIDAD.

La calidad ha experimentado un profundo cambio hasta llegar a lo que conocemos hoy por calidad total, como sinónimo de sistema de gestión empresarial para conseguir la satisfacción de nuestros clientes, los empleados, los accionistas y de la sociedad, en su sentido más amplio.

En el contexto de las empresas industriales desde comienzos de siglo, y talvez antes, se entendía la calidad como: “El grado en que un producto cumplía con las especificaciones técnicas que se habían establecido cuando fue diseñado.”

2.2 ETAPAS DE LA EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD.



2.2.1 Control de la calidad. Es el conjunto de técnicas y actividades, de carácter operativo, utilizadas para verificar los requisitos relativos a la calidad del producto o servicio.

El control de la calidad surge a principios del siglo XX, momento en el que el Taylorismo definía una clara división de funciones y separación entre la planificación y la ejecución en la empresa, en consecuencia una diferenciación entre las personas que ejecutan tareas y las que las controlan.

El segundo gran hito de este siglo fue la línea de montaje, desarrollada por Henry Ford. Este sistema requería que las piezas utilizadas en la línea fueran intercambiables y por tanto deberían cumplir unos requisitos mínimos. Introdujo las tolerancias que las piezas deberían cumplir para garantizar su montaje y era necesario en control final de las mismas. Se impuso el concepto de inspección aplicada a todos los productos.

Posteriormente, hacia 1930, se introduce la estadística (planes de muestreo) a la inspección, reduciendo los costes al evitar controlar el 100% de las piezas. Diversos análisis dictaminaron que realizando controles intermedios en el proceso, se evitaban procesar un producto que ya llevaba implícito el defecto por el cual se iba a rechazar al final. Por ello se paso de la inspección final del producto acabado al control de la calidad en las diferentes fases del proceso.

A continuación se vio que suponía un menor coste y era más fiable controlar el proceso que el producto, si se lograba tener bajo control los parámetros del proceso que consiguen que el producto salga siempre bien, no sería necesario controlar el producto. Por este motivo se difundió la herramienta control estadístico del proceso.

2.2.2 Aseguramiento de la calidad. Es el conjunto de acciones planificadas y sistemáticas, que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un producto o servicio va a satisfacer los requisitos dados sobre la calidad.

Los sistemas de aseguramiento de la calidad son sistemas creados con el objetivo de garantizar que los productos y los servicios que ofrecen las organizaciones cumplan con los requerimientos planteados por los clientes y deben proveer

evidencias de que son capaces de lograrlo, asegurando así una calidad continua a lo largo del tiempo.

Constituyen un sistema de monitoreo o vigilancia que mediante el análisis del comportamiento de un conjunto de indicadores, así como de sus valores y niveles de tolerancia determina si los resultados parciales o finales obtenidos corresponden con los exigidos. Tales indicadores generalmente expresan mediante sus valores el comportamiento de distintas variables de importancia vital para asegurar la calidad de los productos y servicios suministrados. Además, monitorean los valores de un conjunto específico de variables de interés para evaluar el rendimiento de un proceso en general, con el objetivo de garantizar el cumplimiento de los requerimientos de calidad exigidos por los clientes, así como para detectar cuándo, dónde y por qué ocurren determinados problemas (brechas entre la realidad y el ideal).

El control de calidad proporciona valores de calidad analítica intrínsecas al producto. Sin embargo, el aseguramiento de la calidad vigila el comportamiento de variables que permiten valorar al proceso como un todo. La Función de la Calidad en las empresas se enriquece en esta etapa con competencias de contenido más amplio y más creativo. La lleva a cabo personal más cualificado y adquiere más autoridad, subiendo uno o dos escalones en el organigrama de las empresas, en donde se confía al trabajador la responsabilidad de evaluar la conformidad de la tarea que ha realizado, esto los alienta a sentirse más comprometidos con el resultado, lo que aumenta la motivación de cada uno; al ser el operario el que más conoce su trabajo, puede aportar ideas de mejora y soluciones a eventuales ideas que puedan surgir.

La idea de “hacer las cosas bien a la primera” se incorpora a la cultura de la organización.

El Aseguramiento de la Calidad no sustituye al Control de Calidad (etapa anterior) sino que lo absorbe y lo complementa.

2.2.3 Calidad total. Es una sistemática de gestión a través de la cual la empresa satisface las necesidades y expectativas de sus clientes, de sus empleados, de los accionistas y de toda la sociedad en general, utilizando los recursos de que dispone: personas, materiales tecnología, sistemas productivos, etc.

A partir de los años 50 y con motivo de una serie de conferencias de Deming y Jura, discípulos de Shewart, a empresarios japoneses organizadas por la JUSE (Unión japonesa de científicos e ingenieros), se desencadena el desarrollo de las principales teorías sobre la calidad total de autores japoneses: Ishikawa, Taguchi, Ohno, etc.

El objetivo perseguido por la Calidad Total es lograr un proceso de mejora continua de la calidad por un mejor conocimiento y control de todo el sistema (diseño del producto o servicio, proveedores, materiales, distribución, información, etc.) de forma que el producto recibido por los consumidores este constantemente en correctas condiciones para su uso (cero defectos en calidad), además de mejorar todos los procesos internos de forma tal de producir bienes sin defectos a la primera, implicando la eliminación de desperdicios para reducir los costos, mejorar todos los procesos y procedimientos internos, la atención a clientes y proveedores, los tiempos de entrega y los servicios post-venta.

La Calidad total, involucra a todos los sectores, es tan importante producir el artículo que los consumidores desean, y producirlos sin fallas y al menor coste, como entregarlos en tiempo y forma, atender correctamente a los clientes, facturar sin errores, y no producir contaminación. Así como es importante la calidad de los insumos y para ello se persigue reducir el número de proveedores (llegar a uno por línea de insumos) a los efectos de asegurar la calidad (evitando los costos de

verificación de cantidad y calidad), la entrega justo a tiempo y la cantidad solicitada; así también es importante la calidad de la mano de obra (una mano de obra sin suficientes conocimientos o no apta para la tarea implicará costos por falta de productividad, alta rotación, y costos de capacitación). Esta calidad de la mano de obra al igual que la calidad de los insumos o materiales incide tanto en la calidad de los productos, como en los costos y niveles de productividad.

2.3 PRINCIPALES EXPONENTES DE LA CALIDAD.

ARMAND V. FEIGENBAUM

En 1949 se edita por primera vez en Estados Unidos un libro intitulado "Total Quality Control", en donde introduce por primera vez conceptos en la calidad que son considerados como el fundamento de la calidad total que actualmente conocemos. Feigenbaum es uno de los pioneros del movimiento hacia la calidad y productividad. Fue conocido por lo Japoneses casi al mismo tiempo que Deming y Juran ya que como jefe de calidad de General Electric, tuvo muchos contactos con compañías japonesas tales como, Hitachi y Toshiba.

Fue el primero en afirmar que la calidad debe considerarse en todas las diferentes etapas del proceso y no sólo en la función de manufactura. Sostiene que la contribución de la función de manufactura considerada de manera aislada, no es suficiente para obtener productos de alta calidad.

"El principio fundamental del concepto de calidad total, así como su diferencia con otros conceptos, es que, para que sea de una efectividad genuina, el control debe iniciar por la identificación de los requerimientos de la calidad del cliente y termine solamente cuando el producto que llega a sus manos produzca un cliente satisfecho. El control de calidad total guía las acciones coordinadas de personas, máquinas e información, para alcanzar este objetivo. El primer principio que debe tomarse en cuenta es que la calidad es responsabilidad de todos".

WILLIAM EDWARD DEMING

Deming nació el 14 de octubre de 1900, y recibe su doctorado en físico matemático por la Universidad de Wyoming en 1926, inicialmente su interés principal fue la aplicación de las técnicas estadísticas ya que se formó en el grupo de Walter Shewart, quién desarrollo los métodos del control estadístico de la calidad (SQC). Fue Deming quien introdujo en Japón, después de la Segunda Guerra Mundial, los métodos del control estadístico de la calidad y que fundamentan el enfoque del control total de la calidad desarrollado por Kaoru Ishikawa.

Conceptualiza y desarrolla el círculo Deming para la mejora (plan, do, check, action), mismo que considera los elementos básicos del proceso administrativo, siempre consideró que el principal responsable del funcionamiento del programa para la calidad era la dirección de la organización, a través de técnicas administrativas.

Figura 1.- Círculo de Deming



Fuente: www.monografias.com

Este autor consideró que la responsabilidad de la dirección se centraba en dos áreas principales:

- a) Creación de un clima laboral favorable para las mejoras de calidad.

Destaca la importancia de lo que él llama motivación intrínseca (autoestima y responsabilidad individual por el trabajo realizado) en lugar de una motivación extrínseca (aceptación de recompensas materiales por el trabajo realizado).

b) Énfasis en los trabajadores en lugar de estructuras rígidas.

Considera que la mayoría de los errores que se presentan en las organizaciones son causados o propiciados por la rigidez e imprecisión de la estructura organizacional más que por el personal mismo.

Su propuesta de catorce puntos son la base para la transformación, la adopción y la actuación de la administración se aplican tanto en las pequeñas como en las grandes organizaciones ya sean de servicios o dedicadas a la fabricación de bienes, estos se conocen como la filosofía Deming para la calidad, y son:

1. Crear constancia de finalidad para el mejoramiento de productos y servicios.
2. Adoptar la nueva filosofía.
3. Terminar la dependencia en la inspección.
4. Considerar Calidad, servicio y precio en productos que se compran y servicios que se contraen.
5. Mejorar constantemente los sistemas de producción y de presentación de servicio.
6. Instituir métodos modernos de adiestramiento en el trabajo.
7. Instituir liderazgo en la supervisión.
8. Eliminar el miedo.
9. Romper las barreras entre áreas funcionales.
10. Eliminar el slogan, las exhortaciones y las metas para la fuerza laboral.
11. Eliminar estándares de trabajo, trabajo a destajo y cuotas numéricas.
12. Eliminar las barreras que estorban al operario.
13. Instituir un programa intenso de educación y adiestramiento.
- 14.- Tomar medidas para lograr la transformación.

JOSEPH M. JURAN

Abogado de profesión orientado a la estadística de costos de la "no calidad". La filosofía de Juran, así como de los demás filósofos de la calidad está enfocado a que las empresas consigan y mantengan por consiguiente, el liderazgo en la calidad, definir los papeles de los altos directivos para conducir sus empresas hacia ese objetivo y disponer los medios que han de utilizar los directivos para ese liderazgo. Juran basa su teoría acerca de la calidad a partir de las observaciones hechas a los japoneses y sus estrategias utilizadas, las cuales incluían:

- Ocupación de la alta dirección
- Formación para todas las funciones y en todos los niveles.
- Mejora de la calidad a un ritmo continuo y revolucionario
- Participación de la mano de obra a través de los círculos de control de calidad

Para Juran la calidad incluye ciertos elementos que conviene definir:

1. Producto: Salida de cualquier proceso el cual consiste en bienes y servicios, los primeros son cosas físicas y los servicios; trabajo realizado para otra persona. Incluido el software que es el programa de instrucciones para ordenadores o información general (planes, advertencias).

2. Cliente: Cualquier persona que recibe el producto o proceso o es afectado por él. Los clientes externos son afectados por el producto pero no son miembros de la empresa que los produce; los clientes internos son afectados por el producto y son miembros de la empresa que los produce.

3. Satisfacción del producto: es el resultado que se obtiene cuando las características del producto responden a las necesidades del cliente, generalmente, es sinónimo de satisfacción del cliente.

4. Deficiencia del producto: es un fallo que tiene como consecuencia la insatisfacción con el producto; el mayor impacto lo ejercen sobre los costos, al rehacer el trabajo previo y responder a las reclamaciones del cliente.

Aportaciones

La gestión de la calidad se hace por medio del uso de los procesos llamado.

Figura 2. – Trilogía de Juran.



Fuente: www.gestiopolis.com

a) Planificación de la calidad.

Esta es la actividad de desarrollo de los productos y procesos requeridos para satisfacer las necesidades de los clientes y que implica los siguientes pasos:

- Determinar quienes son los clientes.
- Determinar las necesidades de los clientes.
- Desarrollar las características del producto que responden a las necesidades de los clientes.
- Desarrollar los procesos que sean capaces de producir aquellas características del producto
- Transferir los planes resultantes a las fuerzas operativas.

b) Control de calidad

Este proceso consta de los siguientes pasos:

- Evaluar el comportamiento real de la calidad.
- Comparar el comportamiento real con los objetivos de calidad.
- Actuar sobre diferencias.

c) Mejora de la calidad

Es el medio de elevar la calidad a niveles, sin precedentes, la metodología consta de los siguientes pasos Universales:

- Establecer la infraestructura necesaria para conseguir una mejora de la calidad anualmente
- Identificar las necesidades concretas para mejorar los proyectos de mejora
- Establecer un equipo de personas para cada proyecto con una responsabilidad clara de llevar el proyecto a buen fin.
- Proporcionar los recursos, la motivación y la formación necesaria para que los equipos diagnostiquen las causas, fomenten el establecimiento de un remedio y establezcan los controles para mantenerlos beneficios.⁵

KAORU ISHIKAWA

Obtiene su grado de química aplicada en la Universidad de Tokio en marzo de 1939, año en que se vincula a una empresa dedicada a la licuefacción del carbón, que era una de las prioridades nacionales por aquella época, y adquirió experiencia en los campos de diseño, construcción y operaciones de investigación, entre mayo de 1939 y mayo de 1941, estuvo comisionado como oficial técnico naval en el área de la pólvora. Los ocho años que paso en la industria y en la armada lo prepararon para dedicarse al control de calidad. En 1947, regresa a la Universidad de Tokio, cada vez que hacía experimentos en su laboratorio tenía problemas con la dispersión de datos, por esta razón comenzó a

⁵ J. M. Juran. Manual de Control de Calidad

estudiar métodos estadísticos 1948. En 1949 acudió a la Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses (JUSE)

Los pasos que siguió y las razones que lo guiaron fueron las siguientes:

1. Los ingenieros que juzgan con base en sus datos experimentales tienen que conocer los métodos estadísticos de memoria. Creó un curso titulado "Cómo utilizar datos experimentales y lo hizo obligatorio para el primer semestre del último año en la Facultad de Ingeniería de Tokio"

2. El Japón no tiene abundancia de recursos naturales sino que debe importarlos, junto con los alimentos, del exterior. Por lo tanto, es necesario ampliar las exportaciones. La época de los productos baratos y de mala calidad para la exportación se ha acabado. El Japón tiene que esforzarse por manufacturar productos de alta calidad y bajo costo, Por esta razón, el control de calidad estadístico y el control de calidad requieren un máximo de cuidado.

3. Los ocho años que paso en el mundo no académico, después de graduarse, le enseñaron que la industria y la sociedad japonesas se comportaban de manera muy irracional. Empezó a creer que estudiando el control de calidad y aplicándolo correctamente, se podría corregir este comportamiento irracional de la industria y la sociedad. En otras palabras le pareció que la aplicación del CC podría lograr la revitalización de la industria y efectuar una revolución conceptual en la gerencia.

Círculos de Calidad (CC).

A comienzos de los años 50 los programas de capacitación para supervisores se llamaban ' Talleres de estudio de CC ". La junta editorial de la revista FQC prefirió llamarlos actividades de "Círculos de CC". Esto fue en abril de 1962. Desde entonces, estas actividades se han difundido muy rápidamente, no solo a las industrias secundarias sino también a las terciarias.

El auge del CC se debe a los esfuerzos de muchas personas, entre ellas los directores de dos revistas, los presidentes regionales de los Círculos de Calidad (CCC), los secretarios ejecutivos y los secretarios regionales cuyo número pasa de 1,000 así como las personas encargadas de CC en la Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses (JUSE).

Ishikawa está considerando en el Japón como el principal precursor de la Administración de la Calidad Total. Se inspiró en los trabajos de Deming y Juran y, en menor grado de Feigenbaum. Es muy admirado por las siguientes contribuciones:

1. Círculos de Control de Calidad (CCC), fue el primero en introducir este concepto y ponerlo en práctica con éxito.

2. Fue el originado de los diagramas de espinas pescado, de causa-efecto o de Ishikawa, que se usan actualmente en todo el mundo en las mejoras continuas, para representar los análisis de los efectos y sus posibles causas.

- Técnicas estadísticas de Ishikawa para el CC.

a) Técnicas estadísticas elementales:

- Análisis de Pareto (lo poco vital contra lo mucho trivial), Diagramas de causas y efectos (no es una técnica estadística), Estratificación, Lista de comprobación (bitácora), Histograma, Diagrama de dispersión, Controles y gráficas de Shewart.

b) Método estadístico intermedio:

- Análisis teórico y de muestreo, Diversos métodos de estimación estadística y comprobación de hipótesis, Métodos basados en pruebas sensoras.

c) Métodos de diseño experimental

- Métodos estadísticos avanzados (con computadoras), Diseño experimental avanzado, Análisis multivariados, Métodos de investigación de operaciones.

GENICHI TAGUCHI

Taguchi trabajó como director de la Academia Japonesa de Calidad entre 1978-1982. Recibió los premios Deming de 1960 por sus contribuciones en el desarrollo de técnicas para la optimización industrial. Ha desarrollado métodos para el control de calidad en línea, que constituyen la base de su enfoque al aseguramiento del control de calidad total.

En 1989, Taguchi fue condecorado por el emperador de Japón con la orden MITI de listón púrpura, por su contribución a los estándares industriales del Japón. Es ahora consultor internacional en aseguramiento y control de calidad.

Los métodos de Taguchi incorporan el uso de técnicas estadísticas. Estas técnicas están planeadas para que los diseñadores e ingenieros optimicen las bases de productos más duraderos. Estos métodos estadísticos constituyen una herramienta de eliminación de impedimentos y resolución de problemas en las primeras etapas del ciclo de desarrollo de un producto. Además de las variables de control que se manejan, los métodos de Taguchi permiten que los ingenieros/diseñadores identifiquen las variables de ruido que, de no controlarse, pueden afectar la fabricación y el desempeño del producto. Taguchi define la calidad de un producto cómo la pérdida que dicho producto imparte a la sociedad desde el momento que se despacha. La pérdida puede incluir varias cosas tales como quejas del cliente, costos adicionales de garantías, deterioro de la reputación de la compañía y pérdida de penetración en el mercado.⁶

⁶ Administración para la Calidad, Editorial Panorama, México:1997

WILLIAM G. OUCHI

Es ampliamente conocido por sus trabajos de la teoría "Z" y ha investigado en detalle el impacto de la filosofía gerencial japonesa sobre las empresas norteamericanas. Llegó a la conclusión de que el éxito de los negocios se debe primordialmente a su compromiso de calidad y su estilo participativo. Sostiene que las grandes deficiencias de las empresas norteamericanas se deben en buena parte a un agudo problema de especialización.

Propuso los lineamientos que encuentran base en compromisos muy firmes y un estilo participativo. Los lineamientos que Ouchi propone son los siguientes:

1. Comprender el tipo de organización **Z** y el papel de cada individuo.
2. Auditar la filosofía de la compañía.
3. Definir la filosofía gerencial deseada e involucrar a su líder.
4. Aplicar la filosofía creando tanto las estructuras como los incentivos necesarios.
5. Desarrollar las habilidades interpersonales.
6. El personal debe probarse a sí mismo y a la compañía.
7. El sindicato debe involucrarse.
8. El empleo debe ser estable. Evitar los despidos y combatir las desgracias.
9. Decidirse por un sistema de evaluaciones y promociones lentas.
10. Ensanchar los horizontes del desarrollo profesional del personal.
11. Preparar la aplicación en el primer nivel (el más bajo).
12. Seleccionar las áreas para implantar la participación.
13. Permitir el desarrollo de relaciones (por ejemplo, promover las buenas comunicaciones).

PHILIP B. CROSBY

Crosby desempeñó las funciones de vicepresidente corporativo de calidad en ITT y es el fundador del colegio Crosby de Calidad, que ha impartido cursos

seminarios para más de 15,000 directivos. Es también el autor de muchos libros, entre los que se puede citar "La Calidad es gratis: El arte de asegurarse de la calidad", que constituye un texto de aceptación universal. La idea esencial del movimiento de calidad de Crosby es la prevención. Sostiene que la calidad es gratis. Sus costos solo están relacionados con los diversos obstáculos que impiden que los operarios la tengan desde primera vez.

El principal objetivo de las empresas al implantar un sistema de calidad total debe ser, de acuerdo con Crosby, cero defectos. Los niveles aceptables de calidad deben prohibirse, pues comprometen el objetivo de cero defectos.

Existen dos grandes problemas causantes de la mala calidad en la industria: los que se deben a la falta de conocimientos de los empleados y los que se originan en los descuidos y las faltas de atención. Los primeros pueden identificarse con gran facilidad, medirse y resolverse, pero los segundos requieren de un esfuerzo gerencial a largo plazo para modificar la cultura y las actitudes.

Para Philip Crosby, el proceso de mejoramiento de calidad debe partir de un compromiso de la alta dirección, y de una filosofía en la que todos los miembros de la organización comprenden sus propósitos. Lograr calidad sólo es posible a través de un cambio de cultura de la empresa en donde se le concede al personal la oportunidad de vivir con dignidad, brindándole un trabajo significativo y un ingreso suficiente. Crosby destaca que los círculos de calidad y las estadísticas, representan una mínima parte de la tarea encaminada a lograr la calidad. Las fases del cambio para lograr la calidad son: convicción de la dirección, compromiso de la alta gerencia y de todo el personal y conversión de la cultura organizacional.

Por otra parte Crosby señala que " la empresa que desee evitar conflictos, eliminar el incumplimiento de los requisitos, ahorrar dinero, y mantener satisfechos a sus

clientes debe vacunarse. Esta vacuna comprende tres estrategias administrativas que son:

a) Determinación:

Surge cuando los miembros de un equipo de trabajo deciden que no están dispuestos a tolerar por más tiempo una situación inconveniente y reconocen que sus propias acciones constituyen el único instrumento que permitirá cambiar las características de la organización. Toman conciencia de los cuatro principios absolutos, que son el fundamento conceptual del proceso de mejoramiento de la calidad.

1. La calidad implica cumplir con los requerimientos.
2. La calidad proviene de la prevención.
3. El estándar de la calidad es cero defectos.
4. La medición de la calidad es el precio de la inconformidad.

b) Educación:

Una vez que en la empresa hay la determinación de conseguir la calidad de sus productos y terminar con sus problemas, se requiere de un programa de educación continuo para todo el personal. La educación tiene que ser un proceso cotidiano para que todos comprendan los cuatro principios absolutos, el proceso de mejoramiento de calidad, y lo que implica propiciar la calidad total dentro de la organización. Los cursos de capacitación se impartirán a los siguientes niveles:

Ejecutivos

Gerentes

Personal

De esta manera similar a las afirmaciones de Deming y Juran, Crosby piensa que el desempeño de las compañías es el reflejo de la actitud gerencial con respecto a la calidad.

c) Implantación:

La implantación consiste en establecer el proceso de mejoramiento dentro de la organización en forma metódica mediante:

El compromiso gerencial, equipos de mejoras de calidad, medición de la calidad, costo de la evaluación de la calidad, percepción de calidad, acciones correctivas, formación de un comité adecuado para el programa cero defectos, entrenamiento de supervisores, establecimiento de las metas, eliminación de las causas de errores, reconocimientos, consejos de calidad y hacerlo nuevamente.⁷

2.4 SISTEMAS DE CALIDAD.

2.4.1 Alcance de un sistema de calidad. En el alcance del sistema de calidad deben estar comprometidas las actividades involucradas con la prestación del servicio suministrado por la organización, dando de esta manera cumplimiento a los requisitos exigidos por el cliente.

El Sistema de Gestión de la Calidad generará los medios para obtener los indicadores de eficiencia y eficacia que permitan medir la efectividad de la organización, mejorar la gestión de la facultad y definir los mecanismos necesarios para recopilar la información para la toma de decisiones operativas, administrativas y estratégicas.

El Sistema de Gestión de la Calidad proporcionará una descripción de los procesos, el cual constituirá el marco de referencia de las actividades, responsables, insumos y productos relacionados a cada uno de los procesos, suministrando un conocimiento claro de cómo se encuentra la facultad, de cómo se están desarrollando las diferentes labores y funciones en ella. Todo esto para apoyar el direccionamiento y establecer un mejor camino para alcanzar el cumplimiento de la misión y visión de la facultad. Además se garantiza que con la

⁷ Historia de la calidad administrativa.

documentación de los procesos el conocimiento (know how) pase a ser propiedad de la facultad (evitando depender de las personas).

Por otro lado se pretende con el Sistema de Gestión de la Calidad generar un cambio organizacional que permite la comprensión, asimilación, desarrollo e implantación de una actitud aptitud enfocada hacia el alcance de la calidad en el que hacer de la facultad.

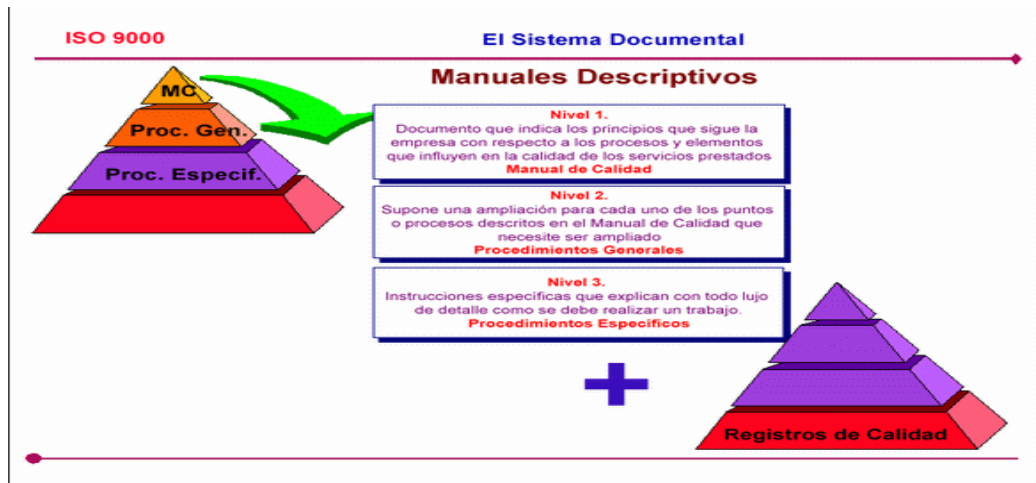
2.4.2 Partes integrantes de un sistema de calidad. La base de un Sistema de Calidad se compone de dos documentos, el manual de calidad que definen por un lado el conjunto de la estructura, responsabilidades, actividades, recursos y procedimientos genéricos que una organización establece para llevar a cabo la gestión de la calidad y por otro lado, la definición específica de todos los procedimientos que aseguren la calidad del servicio final (Manual de Procedimientos). El Manual de Calidad nos dice ¿Qué? y ¿Quién?, y el Manual de Procedimientos, ¿Cómo? y ¿Cuándo? Dentro de la infraestructura del sistema existe un tercer pilar que es el de los documentos operativos, conjunto de documentos que reflejan la actuación diaria de la empresa.

Estructura de la documentación

La NTC ISO 9001: 2000 no impone restricción alguna sobre la forma en que debe estructurarse un sistema de gestión de calidad. La figura ilustra la estructura típica de la documentación.⁸

⁸ Memorias Diplomado en Gestión de la Calidad Basado en la Norma ISO 9001:2000

Figura 3.- Sistema Documental.



Fuente: www.uninet.edu

Manual de calidad.

Específica la política de calidad de la organización necesaria para conseguir los objetivos de la calidad de una forma similar en toda la organización; La estructura organizacional, la misión de todo elemento involucrado en el logro de la calidad, etc. El fin del mismo se puede resumir en varios puntos:

- Única referencia oficial.
- Unifica comportamientos decisionales y operativos.
- Clasifica la estructura de responsabilidades.
- Independiza el resultado de las actividades de la habilidad.
- Es un instrumento para la formación y la planificación de la calidad.
- Es la base de referencia para auditar el sistema de calidad.

Manual de procedimientos.

El Manual de Procedimientos sintetiza de forma clara, precisa y sin ambigüedades los procedimientos operativos, donde se refleja de modo detallado la forma de actuación y de responsabilidad de todo miembro de la organización dentro del marco del sistema de calidad de la empresa y dependiendo del grado de involucración en la consecución de la Calidad del servicio final.

Requisitos de la documentación.

Establecer un sistema de documentación es uno de los requisitos mínimos para implementar un sistema de gestión de calidad, porque permite llevar registro y control de todas las actividades realizadas, evaluar la eficiencia del sistema y permitir una buena toma de decisiones sobre acciones correctivas y /o preventivas, por lo cual todas las actividades desarrolladas deben ser documentadas y este ejercicio debe ser de desempeño rutinario.

Nota: la documentación puede estar en cualquier formato o tipo de medio

Valor de la documentación.

La documentación permite la comunicación del propósito y la coherencia de la acción. Su utilización contribuye a lograr la conformidad con los requisitos del cliente y la mejora de la calidad, proveer la formación adecuada, la repetibilidad y la trazabilidad, proporcionar evidencias objetivas, evaluar la eficacia y la adecuación continua del sistema de gestión de calidad.

2.5 MARCO CONCEPTUAL DE LA FAMILIA DE LA NORMA ISO 9000:2000.

La familia de normas ISO 9000 es un conjunto de normas que proporcionan los elementos necesarios para que las empresas realicen una gestión eficaz de la calidad por medio de la implementación de un sistema de gestión de la calidad.

Cada empresa, en cualquier sector económico es libre de implementar un sistema de gestión de la calidad con base en estas familias de normas con el objeto de satisfacer las necesidades de sus clientes y mejorar continuamente su eficacia.

2.5.1 NTC ISO 9000: 2000. Esta norma describe los fundamentos de los sistemas de gestión de la calidad, los cuales constituyen el objeto de la familia norma ISO 9000, y describe los términos relacionados con los mismos.

Esta norma es de aplicación a:

- Las organizaciones que buscan ventaja por medio de la implementación de un sistema de calidad.
- Las organizaciones que buscan la confianza de sus proveedores en que sus requisitos de sus productos sean satisfechos.
- Aquellos interesados en el entendimiento mutuo de la terminología en la gestión de la calidad.
- Todos aquellos que perteneciendo o no a la organización, asesoran o dan formación sobre el sistema de gestión de la calidad adecuado para dicha organización.
- Aquellos quienes desarrollan normas relacionadas.

Estos ocho principios de gestión de la calidad constituyen la base de las normas de sistemas de gestión de la calidad de la familia de Normas ISO 9000, que pueden ser utilizados por alta dirección con el fin de conducir a la organización hacia una mejora en el desempeño.

Los ocho principios están definidos en la Norma UNE-EN ISO 9000:2000, Sistemas de gestión de la calidad – Fundamentos y vocabulario, y en la Norma UNE-EN ISO 9004:2000, Sistemas de gestión de la calidad – Directrices para la mejora del desempeño.

Este documento proporciona una descripción normalizada de cada uno de estos principios tal como aparecen en las Normas UNE-EN ISO 9000:2000 y UNE-EN ISO 9004:2000. Así mismo proporciona ejemplos de los beneficios derivados de su utilización y de las acciones que los directores adoptan habitualmente para mejorar el desempeño de sus organizaciones.

Principio 1. Organización orientada al cliente.

Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender

las necesidades actuales y futuras de los mismos, satisfacer sus requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas.

Beneficios clave:

- Aumento de los ingresos y de la cuota de mercado a través de una respuesta flexible y rápida a las oportunidades del mercado.
- Aumento de la eficacia en el uso de los recursos de una organización para aumentar la satisfacción del cliente.
- Mejora de la fidelidad del cliente, lo cual conduce a la continuidad en los negocios.

La aplicación del principio de enfoque al cliente normalmente conduce a:

- Estudiar y comprender las necesidades y expectativas del cliente.
- Asegurarse de que los objetivos y metas de la organización están ligados a las necesidades y expectativas del cliente.
- Comunicar las necesidades y expectativas del cliente a toda la organización.
- Medir la satisfacción del cliente y actuar sobre los resultados.
- Gestionar de forma sistemática las relaciones con los clientes.
- Asegurar el equilibrio entre la satisfacción de los clientes y de las otras partes interesadas (tales como propietarios, empleados, proveedores, financieros, comunidades locales y la sociedad en general).

Principio 2. Liderazgo

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

Beneficios clave:

- El personal entenderá y estará motivado hacia los objetivos y metas de la organización.

- Las actividades se evalúan, alinean e implementan de una forma integrada.
- La falta de comunicación entre los niveles de una organización se reducirá

La aplicación del principio de liderazgo conduce normalmente a:

- Considerar las necesidades de todas las partes interesadas incluyendo clientes, propietarios, personal, proveedores, financieros, comunidad local y la sociedad en general.
- Establecer una clara visión del futuro de la organización.
- Establecer objetivos y metas desafiantes.
- Crear y mantener valores compartidos, imparcialidad y modelos éticos de comportamiento en todos los niveles de la organización.
- Crear confianza y eliminar temores.
- Proporcionar al personal los recursos necesarios, la formación y la libertad para actuar con responsabilidad y autoridad.
- Inspirar, animar y reconocer las contribuciones del personal.

Principio 3. Participación del personal.

El personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total implicación posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización

Beneficios clave:

- Un personal motivado, involucrado y comprometido dentro de la organización.
- Innovación y creatividad en promover los objetivos de la organización.
- Un personal valorado por su trabajo.
- Un personal deseoso de participar y contribuir a la mejora continúa.

La aplicación del principio de participación del personal, normalmente conduce a:

- Comprender la importancia de su contribución y su papel en la organización.
- Identificar las limitaciones en su trabajo.

- Aceptar la responsabilidad de los problemas y de su resolución.
- Evaluar su actuación de acuerdo a sus objetivos y metas personales.
- Búsqueda activa de oportunidades para aumentar sus competencias, conocimiento y experiencia.
- Compartir libremente conocimientos y experiencia.
- Discutir abiertamente los problemas y cuestiones.

Principio 4. Enfoque basado en procesos.

Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

Beneficios clave:

- Reducción de costos y tiempos mediante el uso eficaz de los recursos.
- Resultados mejorados, coherentes y predecibles.
- Permite que las oportunidades de mejora estén centradas y priorizadas.

La aplicación del principio de enfoque basado en procesos normalmente conduce a:

- Definir sistemáticamente de las actividades necesarias para lograr el resultado deseado.
- Establecer responsabilidades y obligaciones claras para la gestión de las actividades clave.
- Analizar y medir la capacidad de las actividades clave.
- Identificar las interfaces de las actividades clave dentro y entre las funciones de la organización.
- Centrarse en los factores, tales como, recursos, métodos y materiales, que mejorarán las actividades clave de la organización.
- Evaluar los riesgos, consecuencias e impactos de las actividades en los clientes, proveedores y otras partes interesadas.

Principio 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.

Beneficios clave:

- Integración y alineación de los procesos que alcanzarán mejor los resultados deseados.
- La capacidad para enfocar los esfuerzos en los procesos principales.
- Proporcionar confianza a las partes interesadas en la coherencia, eficacia y eficiencia de la organización.

La aplicación del principio de enfoque de sistema para la gestión normalmente conduce a:

- Estructurar un sistema para alcanzar los objetivos de la organización de la forma más eficaz y eficiente.
- Entender las interdependencias existentes entre los diferentes procesos del sistema.
- Estructurar los enfoques que armonizan e integran los procesos.
- Proporcionar una mejor interpretación de los papeles y responsabilidades necesarias para la consecución de los objetivos comunes, y así reducir barreras inter funcionales.
- Entender las capacidades organizativas y establecer las limitaciones de los recursos antes de actuar.
- Definir y establecer como objetivo la forma en que deberían funcionar las actividades específicas dentro del sistema.
- Mejorar continuamente el sistema a través de la medición y la evaluación.

Principio 6. Mejora continúa

La mejora continua en el desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.

Beneficios clave:

- Incrementar la ventaja competitiva a través de la mejora de las capacidades organizativas.
- Alineación de las actividades de mejora a todos los niveles con la estrategia organizativa establecida.
- Flexibilidad para reaccionar rápidamente a las oportunidades.

La aplicación del principio de mejora continua normalmente conduce a:

- Aplicar un enfoque a toda la organización coherente para la mejora continua del desempeño de la organización.
- Proporcionar al personal de la organización formación en los métodos y herramientas de la mejora continua.
- Hacer que la mejora continua de los productos, procesos y sistemas sea un objetivo para cada persona dentro de la organización.
- Establecer objetivos para orientar la mejora continua, y medidas para hacer el seguimiento de la misma.
- Reconocer y admitir las mejoras.

Principio 7. Enfoque basado en hechos para la toma de decisión.

Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.

Beneficios clave:

- Decisiones basadas en información.
- Aumento de la capacidad para demostrar la eficacia de decisiones anteriores a través de la referencia a registros objetivos.

- Aumento de la capacidad para revisar, cuestionar y cambiar las opiniones y decisiones.

La aplicación del principio de enfoque basado en hechos para la toma de decisión normalmente conduce a:

- Asegurarse de que los datos y la información son suficientemente precisos y fiables.
- Hacer accesibles los datos a quienes los necesiten.
- Analizar los datos y la información empleando métodos válidos.
- Tomar decisiones y emprender acciones en base al análisis objetivo, en equilibrio con la experiencia y la intuición.

Principio 8. Relación mutuamente beneficiosa con el proveedor.

Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

Beneficios clave:

- Aumento de la capacidad de crear valor para ambas partes.
- Flexibilidad y rapidez de respuesta de forma conjunta a un mercado cambiante o a las necesidades y expectativas del cliente.
- Optimización de costos y recursos.

La aplicación del principio de relación mutuamente beneficiosa con el proveedor normalmente conduce a:

- Establecer relaciones que equilibren los beneficios a corto plazo con las consideraciones a largo plazo.
- Poner en común experiencia y recursos con los aliados de negocio.
- Identificar y seleccionar los proveedores clave.
- Comunicación clara y abierta.

- Compartir información y planes futuros.
- Establecer actividades conjuntas de desarrollo y mejora.
- Inspirar, animar y reconocer las mejoras y los logros obtenidos por los proveedores.

2.5.2 NTC ISO 9001: 2000. La norma ISO 9001 se aplica cuando su objetivo es lograr constantemente la satisfacción del cliente con sus productos y servicios, es decir cuando necesita evidenciar su capacidad para demostrar la conformidad con los requisitos del cliente y los requisitos reglamentarios aplicables y para mejorar de forma su sistema de gestión de la calidad.

Está organizada en un formato amigable con términos que son fácilmente reconocidos por todos los sectores de actividad y para todos los grupos de productos incluyendo los proveedores de servicios. La norma se utiliza con fines de certificación por las organizaciones que buscan el reconocimiento de su Sistema de Gestión de la Calidad.

Hay cinco Capítulos en la norma que especifican las actividades que deben ser consideradas cuando se implante el sistema.

- 4.- Sistema de Gestión de la Calidad.
- 5.- Responsabilidad de la Dirección.
- 6.- Gestión de los recursos.
- 7.- Realización del producto.
- 8.- Medición, análisis y mejora.⁹

⁹ Memorias diplomado sistema de gestión de la calidad Basado en la Norma ISO 9001:2000. Bucaramanga Septiembre 2005.

2.5.4 NTC ISO 19011: 2000. La serie de normas ISO 9000 hacen énfasis en la realización de auditorías como herramienta de gestión para el seguimiento y la verificación de la implementación eficaz del sistema de gestión de la calidad. Las auditorías son también una parte esencial de evaluación de la conformidad, tal como la certificación registro y la evaluación y vigilancia de la cadena de suministro.

Esta norma internacional proporciona orientación sobre los principios de auditoría, la gestión de los programas de auditoría, la realización auditorías de sistema de gestión de la calidad y gestión ambiental, así como la competencia de los auditores internos de sistema de gestión calidad y ambiental.

Esta norma es aplicable a todas las organizaciones que tienen que realizar auditorías internas o externas de sistema de gestión de la calidad y/o ambiental o que gestionan un programa de auditoría.¹⁰

3. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA

3.1 RESEÑA HISTÓRICA.

COOPCLINISUR es una IPS de primer nivel debidamente acreditada por la secretaria de salud departamental con NIT 800.220.876- 0, ubicada en la carrera 11 No 14 – 06 Barrio los Rosales municipio de Florida blanca Santander; esta iniciativa es liderada por el Dr. Luís Jesús Romero quien en compañía de un grupo de profesionales deciden crear una institución sin animo de lucro que brindará atención en salud bajo el lema de “Medicina de calidad con Sentido Social”

Las instalaciones fueron construidas entre Octubre de 1993 y Marzo de 1994 diseñadas para el funcionamiento de una institución de salud que permitiera brindar un eficiente servicio médico de primer nivel, y desde entonces hemos

¹⁰ Normas Fundamentales sobre gestión de la calidad y documentos de orientación para su aplicación. Bogota D.C. ICONTEC 2006

prestado durante 24 horas todos los días del año servicios de salud a la comunidad del área metropolitana de Bucaramanga, contando con más de 12000 usuarios en los últimos años

Actualmente contamos con un talento humano eficiente, responsable y comprometido en el desarrollo del objeto social, en función de la satisfacción de los usuarios y calidad en servicio.

3.2 UBICACIÓN

La Cooperativa Clínica del Sur COOPCLINISUR, se encuentra ubicada en la ciudad de Florida blanca Santander.

Dirección: Carrera 11 N° 14-06 Barrio los Rosales Florida blanca, Santander.

Teléfono: 6394358

Fax: 6394359

3.3 MISIÓN

Somos un Instituto prestador de servicios de salud de primer nivel que desarrolla y ejecuta programas destinados al mejoramiento de la salud, promoción de actitudes saludables en la población objeto, así como actividades en pro de la prevención de patologías específicas que conllevan alto riesgo de morbimortalidad. Convocando y atendiendo a nuestros usuarios con oportunidad, eficiencia y calidez.

3.4 VISIÓN

Para el año 2009 COOPCLINISUR será reconocida en el área metropolitana como la IPS de más Alta Eficiencia en la prestación de los servicios médicos de primer nivel.

3.5 VALORES.

Acompañamiento: Propendemos por la búsqueda de la solución a los problemas de salud de los usuarios

Humanización: Trabajamos para aliviar el dolor material y espiritual de nuestros usuarios y empleados

Solidaridad: Compartimos nuestras experiencias profesionales, económicas y espirituales con nuestro entorno social

Tolerancia: Atendemos a nuestros usuarios respetando las diferencias culturales, religiosas, étnicas y sociales buscando el equilibrio

Entusiasmo: Fomentamos el entusiasmo en todas las actividades esmerándonos para que al servir y ayudar a nuestros usuarios obtengan el mejor beneficio.

3.6 SERVICIOS.

Consulta Externa de Medicina General Permanente.

Es el proceso encargado de prevenir, diagnosticar y dar tratamiento a patologías de enfermedad general, se realiza por medio de citas con médico general y sus tratamientos pueden ser apoyados con algunas de las otras dependencias de la clínica.

En caso de que el usuario lo requiera se realiza remisión con especialistas o a entidades de segundo o tercer nivel.

Procedimiento de Urgencia de Baja Complejidad.

En este proceso se realizan procedimientos de canalización y tratamiento inmediato que requieran una supervisión médica continua, pero que no requieran procedimientos de instituciones de segundo y tercer nivel

Pequeña Cirugía.

Es una práctica terapéutica que implica manipulación y que presupone el acceso al interior del organismo a través de perforación o incisión en la piel. Se aplica a las actividades cruentas cuya finalidad es reparar o paliar mediante maniobras manipulativas ayudadas por diversos instrumentos el daño causado por cierta(s) enfermedad(es) u otro(s) agente(s).

Consulta Médica Especializada. (Convenios)

Este proceso se realiza cuando la patología del paciente presenta algunas complicaciones y el médico general no se encuentra en capacidad de brindar un tratamiento integral al paciente.

Consulta y Tratamiento Odontológico.

Especialidad médica que se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades que afectan el aparato estomatognático: los dientes, la encía, la lengua, el paladar, la mucosa oral, las glándulas salivales y otras estructuras anatómicas implicadas, como los labios y la articulación temporomandibular (o cráneo mandibular)

Laboratorio Clínico de Primer Nivel

Análisis clínico comúnmente a la prueba solicitada al laboratorio clínico por un médico para confirmar o descartar un diagnóstico. Forma parte del proceso de atención a la salud que se apoya en el estudio de distintas muestras biológicas mediante su análisis en laboratorio y que brinda un resultado objetivo que puede ser tanto cuantitativo (un número, como en el caso de la cifra de glucosa) o cualitativo (positivo o negativo).

El resultado de un análisis clínico se interpreta a la luz de valores de referencia establecidos para cada población y requiere de una interpretación médica.

Consulta de Nutrición

Rama de la medicina en la cual se diagnostica y se da tratamiento a problemas

de nutrición, tales como sobre peso, desnutrición o dietas específicas en enfermedades coronarias, diabetes o según las recomendaciones médicas

Consulta de fisioterapia y terapia respiratoria

Rama de la medicina en la cual se encarga de realizar tratamientos terapéuticos a pacientes con patologías funcionales, con dolores musculares y patologías respiratorias.

Consulta de psicología.

Es la disciplina abarca todos los aspectos de la experiencia humana, desde las funciones del cerebro hasta el desarrollo de los niños, de como los seres humanos y los animales sienten, piensan y aprenden a adaptarse al medio que les rodea.

Laboratorio Especializado. (Convenio)

En este proceso se remiten exámenes que necesitan de tecnología avanzada existente en instituciones de tercer nivel.

Radiología. (Convenio).

La radiología es la especialidad médica que se ocupa de generar imágenes del interior del cuerpo mediante diferentes agentes físicos (rayos X, ultrasonidos, campos magnéticos, etc.) y de utilizar estas imágenes para el diagnóstico y, en menor medida, para el pronóstico y el tratamiento de las enfermedades. También se le denomina genéricamente radiodiagnóstico o diagnóstico por imagen.

3.7 CLIENTES.

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

SURAMERICANA DE SEGUROS.

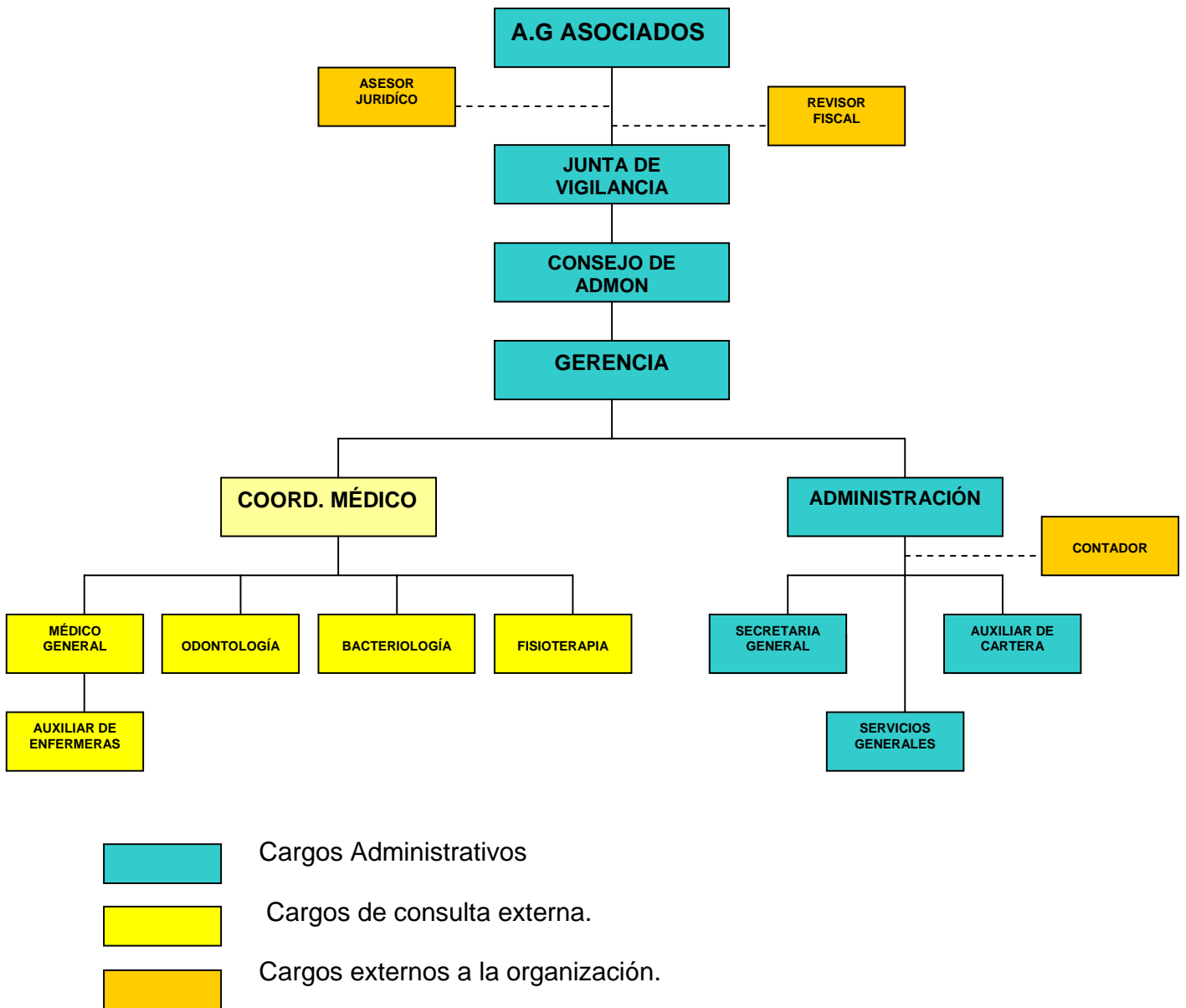
SEGUROS LA PREVISORA.

SEGUROS COLPATRIA.

SEGUROS DEL ESTADO.
SEGUROS MAPFRE
SERVIENTREGA.
COTRANDER
CORPORACIÓN CIUDAD DEL NIÑO.
COLEGIO SANTA ISABEL DE HUNGRIA
COMUNIDAD FOYER DE CHARITE
FUNDACIÓN DE APOYO A LOS SCOUT.
INSTITUTO LUZ DE AMOR
COOSALUD ARS
INPEC

3.8 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Figura 5. Estructura organizacional



4. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ORGANIZACIÓN.

Para poder realizar este análisis se estudiaron los numerales de la Norma ISO 9001: 2000 con los que debe cumplir COOPCLINISUR, en su proceso de implementación del sistema de gestión de calidad, para esto se comparó cada uno de los numerales de la norma con las actividades actualmente realizadas por la organización, revisando la documentación existente, controles realizados a los procesos de prestación del servicio, mecanismos de comunicación con el cliente y cumplimiento de requisitos legales y reglamentarios. De esta manera se determinó el nivel de cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2000 para determinar que procesos documentados deben diseñarse e implementarse.

Para esta etapa de diagnóstico se realizó una tabla de diagnóstico la cual se muestra a continuación en donde se describe uno a uno los numerales de la norma ISO 9001:2000, se utilizan los criterios de evaluación de **C**: cumple, para aquellos requisitos que cumple a lo estipulado en la norma; **CP** cumple parcialmente, se cumple con el numeral pero falta documentar algunas acciones que nos proporcionen un mayor compromiso ; **NC**: no cumple; para aquellos que definitivamente no cumplen y existe la necesidad de diseñar y documentar procedimientos y controles para dar cumplimiento al requisito.

En cada uno de los requisitos se encuentran observaciones hechas durante el trabajo de campo, esto con el fin de determinar la forma como se estaba cumpliendo el requisito y oportunidades de mejora que puedan llegar a implementarse durante el proceso de implementación del sistema de gestión de calidad.

Esta actividad fue llevada a cabo por el Gerente, los responsables de cada proceso y el Coordinador de Calidad, permitiendo planificar un cronograma de actividades que sirvió de guía durante el proceso de diseño, documentación e implementación del sistema de gestión de calidad.

Tabla 1. Diagnóstico de la situación actual

C: Cumple		NC: No cumple	CP: Cumple parcialmente.
Numeral Norma ISO 9001: 2000		OBSERVACIONES	
4. SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.			
Generalidades.	NC	<p>No existe una declaración documentada de una política de calidad.</p> <p>No hay evidencia de la existencia de objetivos de calidad.</p> <p>No existe un manual de calidad.</p> <p>No existen los procedimientos documentados requeridos por la norma Internacional.</p> <p>Se tienen documentos necesarios por la organización para asegurarse del control de sus procesos, planificación y operación, como son los protocolos existentes para los diferentes servicios prestados por COOPCLINISUR, pero estos no aseguran que los procedimientos se realizaran de igual manera por el personal de COOPCLINISUR.</p> <p>Falta ejercer más controles en la prestación de los servicios que permitan asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de los mismos.</p> <p>Hay existencia de registros generados por la operación del servicio, pero no son los necesarios para dar cumplimiento a lo exigido por la norma.</p> <p>Estas actividades se están cumpliendo en un 30% debido a que la organización tiene algunos de los documentos necesarios para asegurar el control de los</p>	

		procesos.
4.2.2 Manual de calidad.	NC	No existe un manual de calidad. La interacción de los procesos existente no es clara para el fin propuesto. Porcentaje de cumplimiento de las actividades 0%
4.2.3 Control de los documentos.	NC	No existe un procedimiento o documento en donde se definan controles para la elaboración, actualización o aprobación de documentos, ni mucho menos un responsable de controlarlos, revisarlos y aprobarlos. Los documentos existentes se mantienen según la reglamentación dispuesta por la secretaria de salud. Porcentaje de cumplimiento 30%, se realizan algunos controles a los documentos.
4.2.4 Control de los registros.	NC	Aunque existen controles que aseguran la identificación, almacenamiento, protección y legibilidad de los registros, no se tiene un procedimiento documentado en donde se estandaricen estos controles. Porcentaje de cumplimiento 30%, se realizan algunos controles de identificación y almacenamiento.
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN.		
5.1 Compromiso de la dirección.	NC	No existe una comunicación eficaz que comunique los requisitos del cliente. No existe el establecimiento de una política de calidad, ni objetivos de calidad. La dirección junto con la Coordinación médica realizan revisiones a los procesos en busca del mejoramiento continuo, pero estas revisiones no se documentan y

		<p>las entradas para llevar a cabo estas revisiones no son suficientes para el fin que se proponen.</p> <p>Existe intención de implementar el sistema de gestión de calidad y la disponibilidad de recursos para el mantenimiento del mismo.</p> <p>El compromiso de evidencia en un 30 %.</p>
5.2 Enfoque al cliente.	CP	<p>Los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el único propósito de aumentar su satisfacción.</p> <p>Falta implementar mecanismos como planes de acción o levantamiento de acciones correctivas/ preventivas ante el incumplimiento de algunos de los requisitos exigidos por el cliente.</p> <p>Porcentaje de cumplimiento 40%, Falta implementar mas mecanismos enfocados al cliente.</p>
5.3 Política de calidad.	NC	<p>No existe una política de calidad.</p> <p>Porcentaje de cumplimiento 0%</p>
5.4.1 Objetivos de la calidad.	NC	<p>No existe objetivos de calidad de manera explicita.</p> <p>Porcentaje de cumplimiento 0%</p>
5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad.	NC	<p>Ante la falta de implementación del sistema de gestión de calidad, no hay mecanismos de planificación que permitan dar cumplimiento a este requisito.</p> <p>Porcentaje de cumplimiento 0%</p>
5.5.1 Responsabilidad y autoridad.	C	<p>COOPCLINISUR posee un organigrama en donde se muestra las interacciones de los cargos.</p>

		<p>Existe un manual de funciones de los cargos actuales.</p> <p>Porcentaje de cumplimiento 60%, Faltaría incluir dentro del manual de funciones responsabilidades relacionadas con calidad y directamente para con el sistema de gestión de calidad.</p>
5.5.2 Representante de la dirección.	NC	<p>Ante la falta de implementación del sistema de gestión de calidad, no se ha nombrado un representante de la gerencia.</p> <p>Porcentaje de cumplimiento 0%</p>
5.5.3 Comunicación interna.	C	<p>Existen canales de comunicación interna adecuados a la organización.</p> <p>Porcentaje de cumplimiento 70%, verificar si la comunicación y los canales de comunicación son eficaces</p>
5.6. Revisión por la dirección.	NC	<p>Porcentaje de cumplimiento 0%, No existe un procedimiento o documento que defina los controles necesarios para llevar a cabo las revisiones al sistema de gestión de calidad que permitan mejorarlo, controlarlo y mantenerlo; debido a esto no existe ni información de entrada, ni resultados de salidas de estas revisiones.</p>
6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS.		
6.1 Provisión de los recursos.	NC	<p>Como no existe un sistema de gestión de la calidad no se han determinado ni proporcionado recursos para el mismo.</p> <p>Porcentaje de cumplimiento 0%,</p>
6.2. Recursos Humanos.	NC	<p>No se han determinado los perfiles necesarios para los cargos actualmente existentes en COOPCLINISUR.</p> <p>Se sabe que el personal que labora allí es competente con el cargo y las actividades desempeñadas pero faltan los registros suficientes que demuestren</p>

		<p>la competencia del mismo.</p> <p>Los registros que tienen los funcionarios se encuentran en las hojas de vida de cada uno de ellos.</p> <p>Para la vinculación de personal a COOPCLINISUR se sigue un protocolo pero éste no está documentado.</p> <p>No existe un plan de formación documentado, ni evaluaciones de desempeño que garanticen la competencia del personal que allí labora.</p> <p>Se realizan capacitaciones internas al personal ya sea por la dirección o por entidades gubernamentales.</p> <p>Porcentaje de cumplimiento 50%, Pendiente trabajar en los perfiles de cargo y documentación de actividades.</p>
6.3 Infraestructura.	CP	<p>Porcentaje de cumplimiento 40%, No se cuenta con un plan de mantenimiento que asegure las condiciones óptimas de la infraestructura necesaria para la prestación del servicio, pues la mayoría de mantenimientos realizados a los equipos son correctivos.</p> <p>La infraestructura se encuentra según las reglas establecidas por el ministerio de protección social.</p> <p>Los espacios de COOPCLINISUR son adecuados para los servicios que allí se prestan manteniéndose en perfectas condiciones sanitarias.</p>
6.4 Ambiente de trabajo.	C	<p>El ambiente de trabajo es adecuado no solo para el personal interno sino que también para sus clientes y aquellos que visiten la organización.</p> <p>El programa de salud ocupacional se gestiona ante el seguro social.</p> <p>Porcentaje de cumplimiento 80%, pendiente realizar las actividades propuestas</p>

		por la ARP, a la entrega del informe de Salud Ocupacional.
7. PRESTACIÓN DEL SERVICIO.		
7.1 Planificación de la prestación del servicio.	NC	<p>No existe evidencia que se realicen los controles suficientes sobre la prestación del servicio.</p> <p>No existen planes de calidad en donde haya control sobre las variables críticas del proceso.</p> <p>No se ejerce ningún control acerca de la planificación del servicio, como aquellas actividades de verificación, validación, seguimiento, inspección así como los criterios para la aceptación.</p> <p>Porcentaje de cumplimiento 0%</p>
7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio.	CP	Porcentaje de cumplimiento 60%, Por ser una entidad prestadora de servicios de salud, los requisitos relacionados con el servicio son determinados por la organización, pero estos no se encuentran estipulados en un procedimiento que pueda llegar a evidenciar su compromiso para con el cliente.
7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el servicio	CP	Porcentaje de cumplimiento 60%, La organización hace la revisión de los requisitos relacionados con el servicio antes de comprometerse con el mismo, pero al igual que el numeral anterior falta mencionarlo en un procedimiento para evidenciar su compromiso y cumplimiento.
7.2.3 Comunicación con el cliente.	CP	<p>La comunicación con el cliente se realiza de manera eficaz.</p> <p>Porcentaje de cumplimiento 60%, Faltaría incrementar controles en la medición del grado de satisfacción del cliente, plasmando todas estas mejoras en un procedimiento o documento para incrementar los controles canales de comunicación.</p>

7.3 Diseño y desarrollo.	—	COOPCLINISUR excluye de su sistema de gestión de calidad el numeral 7.3 Diseño y desarrollo de la norma ISO 9001:2000, debido a que no diseña los servicios que presta a sus clientes. Por lo tanto se considera este numeral de la norma, una de las exclusiones para la organización.
7.4.1 Proceso de compras.	NC	No existe un procedimiento de selección, evaluación y reevaluación de proveedores. No se tienen establecidos criterios a la hora de seleccionar a proveedores de productos o servicios. No existen controles aplicados al proveedor y al producto adquirido. Porcentaje de cumplimiento 40%, los controles a los proveedores de productos no son los mas adecuados, faltaría ejercer mayor control.
7.4.2 Información de las compras	NC	Existen especificaciones del producto a comprar. No existen instrucciones de inspección a productos adquiridos. Los proveedores con los que cuenta COOPCLINISUR son pocos frente al mercado actual.
7.4.3 Verificación de los productos comprados	CP	Los controles a los productos adquiridos se realizan, al igual que los criterios de aceptación de los mismos. Se hace un seguimiento a los productos comprados. No hay registros de evaluación de proveedores.
7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio.	NC	Porcentaje de cumplimiento 30%, Al no existir planes de calidad o instructivos, no se ejercen los controles adecuados para la prestación del servicio.
7.5.2 Validación de los	CP	A medida que se va prestando el servicio en los diferentes procesos, el

procesos de la producción y de la prestación del servicio.		responsable se encarga de validar las condiciones del mismo. Porcentaje de cumplimiento 40%, Faltaría establecerlo en un documento para proporcionar mayor compromiso.
7.5.3 Identificación y trazabilidad.	CP	Porcentaje de cumplimiento 40%, la identificación y trazabilidad al cliente se realiza por medio de la historia clínica, pero esto faltaría establecerlo en un procedimiento o documentos para ejercer mayor control en estos aspectos.
7.5.4 Propiedad del cliente.	CP	Se tiene conocimiento de lo que es propiedad del cliente y de lo que pueda llegar a ser propiedad del cliente mientras este se encuentra en nuestras instalaciones. Porcentaje de cumplimiento 70%, Faltaría incluirlo dentro de un procedimiento para ejercer mayor control con este tipo de requisitos.
7.5.5 Preservación del servicio	C	Porcentaje 100%, Se realiza la preservación del servicio, a través del mantenimiento en condiciones higiénicas y de seguridad.
7.6 Control de los dispositivos de seguimiento y medición.	NC	Porcentaje de cumplimiento 20%, No existen mecanismos de control para los equipos y demás elementos utilizados en el seguimiento y medición de la conformidad del servicio con los requisitos establecidos. No existen planes de calibración a equipos.
MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA.		
8.1 Generalidades.	NC	Al no existir un sistema de gestión de calidad en la organización, tampoco existe una planificación e implementación para hacer seguimiento, medición, análisis y mejora a los procesos.
8.2.1 Satisfacción del cliente.	CP	Porcentaje de cumplimiento 40%, la organización maneja una encuesta dirigida

		<p>a sus clientes, como también manejan el buzón de sugerencias como medidas de satisfacción del cliente, pero sobre estas no se realiza control alguno. La retroalimentación del cliente así como las acciones de mejora tomadas ante quejas de los clientes no se tienen documentadas.</p>
8.2.2 Auditoría interna.	NC	<p>Porcentaje de cumplimiento 50%, Se realizan auditorías de los procesos por parte de entidades externas.</p> <p>No se tiene documentado un procedimiento para llevar a cabo las auditorías internas en las que se describan responsabilidades, metodología y criterios para la planificación y realización de estas.</p> <p>No se cuenta con el personal calificado para la realización de las mismas.</p>
8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos.	NC	<p>No existen planes de calidad que permitan definir responsables y mecanismos necesarios para el seguimiento y medición a los procesos.</p> <p>Cumplimiento del 40%, al no existir y evidencia de indicadores de gestión que permitan hacer el seguimiento a los procesos o que proporcionen información para mejora de los mismos.</p>
8.2.4 Seguimiento y medición del servicio	NC	<p>No hay evidencia de indicadores de gestión que permitan hacer el seguimiento al servicio prestado e información para mejora de los mismos.</p> <p>Falta de mecanismos de retroalimentación con el cliente para conocer la percepción que este tiene del servicio prestado.</p>
8.3 Control del servicio no conforme.	NC	<p>Cumplimiento del 60%, el servicio no conforme se identifica y se realizan controles para evitar que esto vuelva a ocurrir, pero no se tiene documentado en un procedimiento que describa los mecanismos necesarios para ejercer un mayor control sobre estos.</p>

		La falta de incluir en un procedimiento las causas que generaron este servicio no conforme y disponer de acciones correctivas.
8.4 Análisis de datos.	NC	Cumplimiento del 40%, no se tiene un procedimiento en donde se identifique los criterios para la medición y de indicadores, ni manejo de herramientas estadísticas para el análisis de los mismos. No se lleva un control de indicadores por procesos ya que estos no se han definido en su totalidad.
8.5.1 Mejora continua.	NC	No existe un procedimiento para la mejora continua, la información que se recopila no se utiliza para generar un mejoramiento continuo. Porcentaje de cumplimiento 40%, no se proporciona el ambiente adecuado para que los miembros de COOPCLINISUR aporten ideas de mejoramiento continuo no solo a sus procesos, si no que también a los servicios.
8.5.2 Acción correctiva.	NC	Cumplimiento del 30%, no existe un procedimiento documentado que describa la metodología empleada por COOPCLINISUR para eliminar la causa de no conformidades mediante acciones correctivas. No se ejercen planes de acción par corregir el servicio no conforme detectado. No se identifican las causas para la identificación y documentación de acciones correctivas en los procesos o en el servicio prestado.
8.5.3 Acción preventiva.	NC	Cumplimiento del 30%, no existe un procedimiento documentado que describa la metodología empleada por COOPCLINISUR para eliminar la causa de no conformidades mediante acciones preventivas. No se ejerce un plan de mejoramiento para evitar que los servicios no conformes se vuelvan a presentar. No se identifican las causas para la identificación y documentación de acciones preventivas en los procesos o en el servicio prestado.

Fuente: Autor del proyecto

Realizado el diagnóstico se puede concluir que las actividades para dar cumplimiento a los requisitos establecidos por la NTC ISO 9001:2000, están en un 40%, esto debido a que en COOPCLINISUR, se realizan auditorías por parte de la Secretaria de Salud Departamental y de organismo externos por tratarse de la prestación de servicios de salud.

La mayoría de las actividades en que se debe trabajar es en la documentación de los procesos, aumentar los canales de comunicación con los clientes para conocer sus necesidades y poderles dar cumplimiento, así como en la identificación de acciones de mejora en los procesos para garantizar el cumplimiento a los objetivos trazados por la organización, realizar mayor control en el mantenimiento a los equipos e implementar métodos de verificación eficaces en los productos y servicios adquiridos; la documentación y actualización de procedimientos y protocolos propios del servicio.

Se evidencia el compromiso por parte de la Gerencia en la destinación de recursos y del personal en la realización de las tareas para implementar el Sistema de Gestión, en busca no solo del mejoramiento de la prestación del servicio, si no del ambiente laboral y la imagen proyectada a sus clientes.

5. PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

5.1 DETERMINACIÓN DE LAS NECESIDADES DE DOCUMENTACIÓN.

El objetivo de la documentación es estandarizar los procesos de tal forma que el sistema operativo de la organización sea independiente del personal, es decir, que cualquier persona competente pueda hacer que el sistema funcione y no que el sistema depende de quien o ejecute.

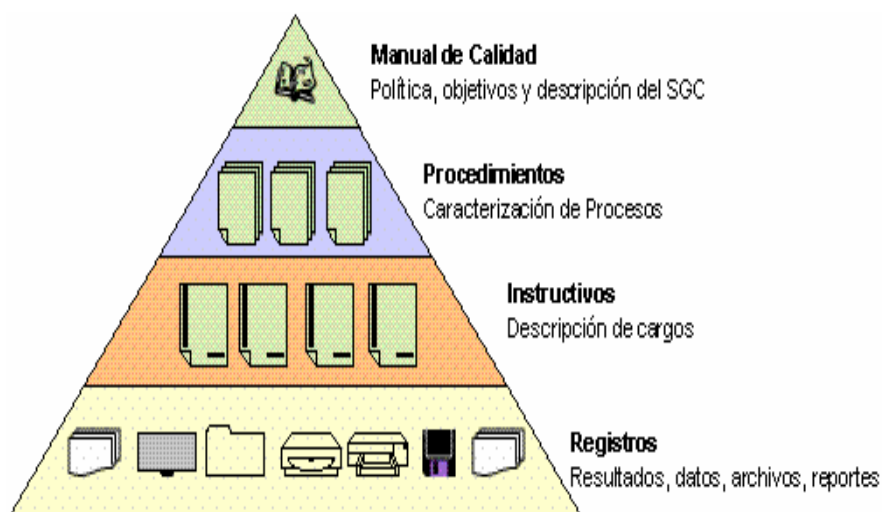
La existencia de los documentos formaliza el sistema operativo de la compañía, hace evidente al sistema de gestión de la calidad, permite definir con claridad autoridades y responsabilidades, permite una comunicación efectiva dentro de la organización, sirve para inducir y capacitar al nuevo personal fomentando un desempeño uniforme y proporciona evidencia objetiva del funcionamiento del sistema.

Algunas de las principales razones para documentar un sistema de gestión de la calidad son:

- **Comunicación de la información:** Como una herramienta para la comunicación y transmisión de la información. El tipo y la extensión de la documentación dependerá de la naturaleza de los productos y procesos de la organización, del grado de formalidad de los sistemas de comunicación y de la capacidad de las personas para comunicarse dentro de la organización, así como de su cultura.
- **Evidencia de la conformidad:** Aporte de evidencia de que lo planificado se ha llevado a cabo realmente.
- **Compartir conocimientos:** Con el fin de difundir y preservar las expectativas de la organización. Un ejemplo típico sería una especificación técnica, que puede utilizarse como base para el diseño y desarrollo de un nuevo producto.

Los tipos documentos exigidos por la norma y desarrollados en COOPCLINISUR se muestran en la siguiente figura:

Figura 6. Pirámide Documental.



Fuente: Autor del proyecto.

Los tipos de documentos que aplican para COOPCLINISUR son:

Documentos: Información y su medio de soporte.

Manual de la calidad: Documento que proporciona información consistente interna y externamente, acerca del sistema de gestión de calidad de la organización.

Plan de calidad: Documento que especifica que procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quien debe aplicarlos y cuando deben aplicarse a un proyecto, proceso, producto o contrato especificado. Describe la secuencia de actividades a ejecutar, los documentos y equipos a utilizar para la verificación del proceso durante la prestación del servicio.

Procedimientos: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o proceso. Un procedimiento describe lo que se debe hacer, cuando debe hacerse quien debe hacerlo y registro debe quedar.

Instructivos de trabajo: Documento que describe paso a paso la actividad a desarrollar.

Perfil de cargos: Es un documento en el que se describe las competencias, funciones responsabilidades y autoridades que debe cumplir un empleado para desarrollar determinado cargo

Registros o formatos: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de las actividades desempeñadas.

De acuerdo al diagnóstico realizado de la situación actual de COOPCLINISUR frente a los requisitos de la norma ISO 9001:2000 que debe cumplir para obtener la certificación, se decidió junto con el gerente de la organización documentar ciertas actividades con el fin de ejercer mayor control y proporcionar evidencia al sistema de gestión de la calidad.

A continuación se relaciona el tipo de documentación que se diseñará e implementará para llevar a cabo el proceso de certificación en COOPCLINISUR.

Tabla 2. Tipos de documentos a desarrollar

Requisito de la Norma	Tipo de documento	Responsable.
Documentos necesarios por la organización para asegurarse su conveniencia para con el sistema de gestión de calidad, proporcionar evidencia del cumplimiento de los requisitos especificados por el cliente y que describa todo el SGC de la organización.	Manual de calidad. Política y objetivos de la calidad.	Comité de calidad.

Identificar los procesos del Sistema de Gestión de Calidad, acordes con el alcance establecido para la certificación. Determinar interacción y secuencia de estos procesos.	Mapa de procesos.	Coordinador de calidad.
Analizar cada proceso, teniendo en cuenta: Entradas, etapas de transformación y salidas) e interrelacionarlo con los numerales de la norma ISO 9001	Caracterizaciones de cada uno de los procesos incluidos en el mapa de procesos.	Coordinador de calidad – Responsable cada proceso.
Establecer un procedimiento que defina los controles necesarios aprobar, revisar, actualizar, controlar los documentos de origen interno y externo.	Procedimiento y registros.	Coordinador de Calidad.
Establecer los controles necesarios para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros.	Procedimiento.	Coordinador de calidad
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 calidad.	Instructivo.	Gerente.
Revisar y/o actualizar el organigrama general de COOPCLINISUR.	Anexo organigrama	Gerente y Coordinador de Calidad.
Asegurarse de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la organización.	Matriz vs. responsabilidades	Gerente.
Asegurarse que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y que la comunicación se efectúa considerando la eficacia del sistema de de gestión de calidad.	Anexos de comunicación interna.	Gerente.

Revisar a intervalos planificados el sistema de gestión de calidad de la organización, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas. La revisión debe incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluyendo la política de la calidad y los objetivos de la calidad.	Instructivo de revisión por la dirección con su correspondiente acta	Gerente. Coordinador de Calidad
Establecer el perfil de los cargos teniendo en cuenta educación, formación, habilidades y experiencia	Instructivos perfil de cargos.	Gerente Coordinador de Calidad.
Determinar la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan a la calidad del producto.	Procedimiento selección de personal con sus correspondientes registros.	Gerente Coordinador de Calidad.
Proporcionar formación o tomar otras acciones para satisfacer dichas necesidades.	Planes de formación, (Formatos)	Gerente.
Asegurarse de que su personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad	Evaluaciones de desempeño.	Gerente. Coordinador de Calidad.
Determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del servicio.	Procedimiento de infraestructura.	Coordinador de calidad Responsable cada proceso.
Elaborar panorama de riesgos.	Programa salud ocupacional	ARP Seguro social.
Secuencia de las operaciones del proceso, características del servicio a controlar, parámetros de proceso a controlar, equipos requeridos para la realización de la operación.	Planes de calidad.	Toda la organización.
Actividades referentes a los procedimientos de comercialización del servicio, atención y trámite de quejas del cliente.	Procedimientos y registros.	Coordinador de Calidad.

Proceso de compras de productos y servicios.	Procedimiento del proceso de compras.	Administrador y Coordinador de calidad.
Definir metodología a seguir para la selección, evaluación y re-evaluación de proveedores.	Procedimiento de selección, evaluación y reevaluación.	Gerente y Coordinador de Calidad.
Identificar las características críticas a controlar en los productos y servicios críticos.	Registros.	Responsable por proceso. Coordinador de Calidad.
Establecer la metodología para verificar los productos/servicios críticos.	Registros.	Responsable por proceso Coordinador de Calidad
Actividades de control de los dispositivos de seguimiento y medición de las características del servicio, identificar dispositivos de seguimiento, definir su periodicidad para la calibración, calibrarlos y dejar evidencia de dicha actividad.	Instructivo y registros de calibración de equipos.	Gerente Coordinador de calidad.
Metodología para realizar la medición de satisfacción del cliente y generar acciones de mejoramiento.	Encuesta, buzón de sugerencias.	Coordinador de calidad.
Definir el procedimiento de Auditorías que incluya desde la elaboración del programa de Auditorías, la planeación de cada una, su ejecución y el seguimiento hasta asegurar que se eliminan las no conformidades y las causas identificadas.	Procedimiento de auditorías internas.	Coordinador de Calidad.
Aplicar métodos apropiados para el seguimiento y medición de los procesos del sistema de gestión de calidad, así como actividades de seguimiento de las características del servicio para verificar que se cumplen los requisitos del mismo.	Indicadores de gestión.	Toda la organización.

Procedimiento para el tratamiento del servicio no conforme.	Procedimiento control del servicio no conforme.	Coordinador de calidad.
Procedimiento para el tratamiento de acciones correctivas, para eliminar la causa de no conformidades con objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir.	Procedimientos acciones correctivas.	Coordinador de calidad.
Procedimiento para el tratamiento de acciones preventivas, para eliminar la causa de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia	Procedimiento acciones preventivas	Coordinador de calidad.

Fuente: Autor del proyecto

5.2 DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.

Después de haber determinado la necesidad de documentar el Sistema de Gestión de Calidad y de establecer el tipo de documentos que aplicarán para el proceso de implementación, se creó el comité de calidad, órgano responsable de fomentar, promover, apoyar y controlar el Sistema de Gestión de la Calidad de la organización, así como de promover al interior de la organización organismos de control en pro del diseño, documentación e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad; este equipo integrado por el Gerente como líder del comité y representante de la dirección, dos de los trabajadores en función de vocales y el Coordinador de Calidad como secretario.

Con ellos se inicio la etapa de diseño del Sistema Gestión de Calidad, revisando la misión, visión, valores institucionales, debilidades y fortalezas (Direccionamiento estratégico) de COOPCLINISUR, a partir de esta revisión se desarrolló la política de calidad, objetivos de calidad, el mapa de procesos, caracterizaciones de los procesos, junto con todo la documentación necesaria y por último el manual de calidad.

Para la elaboración de los documentos se asignó responsabilidad a los dueños de procesos con la colaboración de cada uno de sus participantes y antes de implementar los documentos al personal fueron revisados y aprobados por el comité de calidad. Para esta etapa se contó con la ayuda del asesor de calidad que basado en la norma ISO 9001:2000 determinó los requisitos necesarios para dar cumplimiento a la Norma.

En esta etapa se llevó a cabo la siguiente metodología:

1. Estudio de los requisitos de la norma.
2. Identificación de las necesidades de la organización en cuanto a la documentación para cumplir el requisito.
3. Determinación de la documentación de manera que su entendimiento, diligenciamiento y seguimiento, fuera el adecuado para la organización y el personal que allí labora.
4. Identificación de los documentos requeridos y la necesidad de mejorarlos y estandarizarlos, o la necesidad de diseñarlos y estandarizarlos., esto basado en el numeral 5.1.1 Tipos de documentos a desarrollar en COOPCLINISUR.
5. Elaboración de los documentos necesarios para dar cumplimiento al respectivo numeral de la norma.
6. Revisión del documento por parte del dueño del proceso e involucrados en el mismo.
7. Presentación del documento al comité de calidad para su aprobación y emisión.
8. Implementación de los documentos al personal de COOPCLINISUR de manera tal que pudieran conocer los procesos a fondo y los requerimientos de acuerdo a la Norma ISO 9001: 2000.

La metodología empleada durante la implementación del sistema de gestión de calidad, se basó en la descrita por William Edwards Deming conocida como el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), que se cumplió así:

Planear:

A partir del diagnóstico inicial, se determinaron las acciones de mejora a emprender para la implementación del sistema de gestión de calidad, estas fueron revisadas y aprobadas por el comité de calidad.

Cada actividad descrita en el diagnóstico fue planificada y aprobada por el Comité de Calidad.

Hacer.

Las actividades fueron implementadas, el Coordinador de Calidad se encargó de documentar las diferentes actividades y generar los registros necesarios con ayuda de los dueños de proceso y sus participantes.

Verificar.

La verificación se hizo a través de las reuniones quincenales del Comité de Calidad, las reuniones de seguimiento con el personal, la auditoría externa a mitad del proceso verificando los requisitos en donde debía hacerse mayor control para dar cumplimiento a los requisitos exigidos por la norma ISO 9001:2000, el primer ciclo de auditoría internas la cual arrojó acciones correctivas y preventivas encaminadas a mejorar continuamente el sistema de gestión de calidad.

Actuar.

En las reuniones de seguimiento realizadas el Coordinador de Calidad y demás participantes buscaron siempre la manera de actuar sobre los resultados obtenidos, cuando se presentaron retrasos en la ejecución de tareas se tomaron las acciones oportunas para cumplir con los objetivos propuestos. En el caso de las auditorías, después de verificar el cumplimiento de los requisitos de la norma, se levantaron las acciones correctivas y preventivas según fuera el caso para cumplir con lo planificado.

5.3 ELABORACIÓN DE LOS DOCUMENTOS.

5.3.1 Mapa de procesos. Las actividades de elaboración de los documentos se empezaron definiendo los procesos involucrados en el proceso de certificación, y la interacción de cada uno de ellos, estos se agrupan de la siguiente manera.

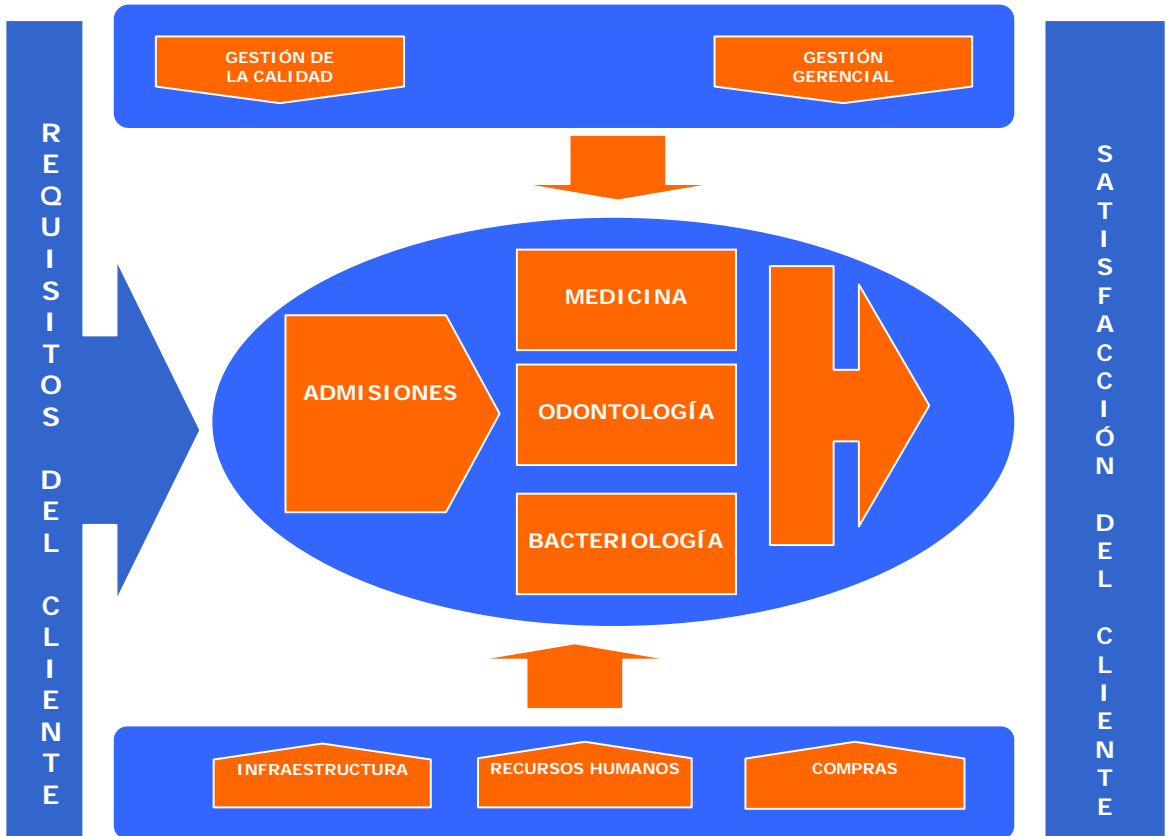
Procesos Gerenciales: Aquellos que guían la organización definiendo metas organizacionales.

Procesos operacionales: Encargados de la prestación del servicio e incluidos en el alcance de certificación.

Procesos de apoyo: Grupo de procesos que apoyan a los procesos de prestación del servicio mediante el suministro de recursos y controles necesarios para su desarrollo y control.

Esta actividad de establecer el mapa de procesos fue liderada por el Coordinador de Calidad, contando con la ayuda del comité de calidad y los miembros de la organización quienes a través de sus sugerencias y sus diferentes puntos de vista arrojaron como resultado el siguiente mapa de procesos.

Figura 7. Mapa de procesos.



Fuente: Autor del proyecto.

5.3.2 Caracterizaciones. En la elaboración de las caracterizaciones el Coordinador de Calidad se reunió con cada uno de los dueños de proceso, la metodología empleada se basó en describir las actividades desarrolladas por el proceso, variables necesarias, actividades en donde se debe hacer mayor control, la identificación e interacción de los procesos para con el Sistema de Gestión de Calidad; estas se describieron siguiendo el ciclo PHVA (Planear, Hacer, verificar y actuar), allí también se determinaron los proveedores y las entradas del proceso, las salidas y a quien van dirigidas (Clientes), al igual que los documentos y registros, parámetros de control y seguimiento necesarios para la operación, los

procesos de soporte y los requisitos tanto legales como de la norma ISO 9001:2000 que se deben cumplir. Estas caracterizaciones se presentaron ante el Comité de Calidad para su revisión y aprobación, determinándose allí la forma de implementarlo al personal de COOPCLINISUR y los responsables de dicha implementación.

5.3.3 Política y objetivos de calidad. Para definir la política de calidad y objetivos de calidad, cada uno de los miembros del comité de calidad revisaron los numerales 5.3 y 5.4.1 de la norma ISO 9001:2000, para tener conocimiento de los parámetros que establece la norma para definir la política y objetivos de calidad. El resultado final después de varias propuestas y con conocimiento del personal de COOPCLINISUR para posibles cambios antes de su implementación quedo establecida la siguiente política de calidad.

La Unidad Clínica Cooperativa del Sur “COOPCLINISUR” C.T.A, es un Instituto Prestador de Servicios de Salud de primer nivel, debidamente habilitados por la Secretaria de Salud Departamental; aseguramos la satisfacción de nuestros clientes atendiendo con oportunidad, eficacia y calidez.

Estamos comprometidos con la calidad de nuestros servicios, apoyándonos en la mejora continua de nuestro sistema de gestión de la calidad y el respaldo de un personal ético, idóneo, capacitado y comprometido por la excelencia”.

Los objetivos de calidad fueron definidos después de haber implementado la política de calidad al personal, éstos se establecieron de forma que fueran coherentes con la política de calidad y pudieran ser medibles, para lo cual se establecieron indicadores de gestión por cada uno de los objetivos de calidad, de esta manera hacer más fácil su medición, cumplimiento y monitoreo permanente de la eficacia del sistema y sus procesos.

A continuación se muestra la matriz que se utilizó como fuente para determinar los objetivos de calidad, basados en la construcción de la política de calidad.

Tabla 3. Política de Calidad VS Objetivos de Calidad.

	OBJETIVOS CALIDAD	Mantener un contacto permanente con los clientes para conocer sus necesidades y garantizar su satisfacción.	Conformar y mantener un equipo humano por medio de la mejora de sus capacidades laborales y humanas	Promover la mejora continua para fortalecer el sistema de gestión de calidad	Incrementar la efectividad en los procesos.
POLITICA DE CALIDAD					
La Unidad Clínica Cooperativa del Sur "COOPCLINISUR" C.T.A, es un Instituto Prestador de Servicios de Salud de primer nivel, debidamente habilitados por la Secretaria de Salud Departamental; aseguramos la satisfacción de nuestros clientes atendiendo con oportunidad, eficacia y calidez.	X	X			
Estamos comprometidos con la calidad de nuestros servicios			X	X	
Apoyándonos en la mejora continua de nuestro sistema de gestión de la calidad			X		
El respaldo de un personal ético, idóneo, capacitado y comprometido por la excelencia.		X			

Fuente: Autor del proyecto

Los objetivos que se establecieron y se implementaron al personal para un periodo de un año fueron los siguientes:

Mantener contacto permanente con los clientes para conocer sus necesidades y garantizar su satisfacción.

Conformar y mantener un equipo humano por medio de la mejora de sus capacidades laborales y humanas.

Promover la mejora continua para fortalecer el sistema de gestión de calidad.

Incrementar la efectividad en los procesos.

Posteriormente la política y objetivos de calidad fueron publicados en lugares visibles de la clínica y dados a conocer al personal por medio de una capacitación dada por el Coordinador de Calidad.

5.3.4 Indicadores de Gestión. Establecidos los objetivos de calidad, se dio paso a la crear los indicadores de gestión, esta actividad estuvo a cargo de los dueños de proceso, bajo la Coordinación del Gerente, el Asesor de Calidad y el Coordinador de Calidad, los cuales se muestran en el **Anexo D**.

Para facilitar el establecimiento de los indicadores se tuvo en cuenta los siguientes pasos:

1. Se identificaron los factores claves de éxito de cada uno de los procesos de la organización, necesidades organizacionales detectadas en el establecimiento de la política de calidad.
2. Que se esperaba del proceso?

Para cada uno de los indicadores se definió el nombre del indicador, método de cálculo, meta, frecuencia de medición, fuente de datos, responsable y proceso al que pertenece

5.3.5 Documentación de los procedimientos y registros. Para la elaboración de los procedimientos y registros que conforman el Sistema de Gestión de Calidad el Coordinador de Calidad elaboró el procedimiento Norma Fundamental en donde se definen los parámetros que debe contener la documentación con el fin de

estandarizar los procesos que lo integran. Este procedimiento aplica para la elaboración de procedimientos, manuales, instructivos, especificaciones, formatos, fichas técnicas, planes de Calidad y cualquier otro documento que genere el Sistema de Gestión de la Calidad de COOPCLINISUR.

Allí se definió la forma como se codificó la documentación, lo que debía contener el encabezado y el pie de página.

Para el cuerpo de los documentos cuando se necesitara documentar actividades con el fin de lograr la estandarización de los procesos se establecieron los siguientes elementos:

1. Objetivo: Especifica el **POR QUÉ y PARA QUÉ** se requiere el documento.
2. Alcance: Define la cobertura y límites del documento; cuando se considere necesario se indican las exclusiones.
3. Responsables: Indica los cargos que tienen responsabilidad en el desarrollo del documento.
4. Normatividad: Se relaciona la documentación asociada con la ejecución y desarrollo del documento, tales como procedimientos relacionados y otros documentos de referencia y/o numerales de la norma ISO 9001:2000 que cubre el procedimiento y/o políticas de la empresa.
5. Documentos requeridos: Hace referencia a aquellos que fueron necesarios para la elaboración del documento en cuestión.
6. Definiciones: Términos o documentos específicos del documento.
7. Equipos: Indicar los equipos utilizados en el procedimiento al cual se refiere el documento.

8. Procedimiento: Descripción de la metodología que permite cumplir con el requerimiento, en el cual se enumeran paso a paso las actividades a seguir. El procedimiento debe contener el CÓMO, QUIÉN y CUÁNDO se desarrolla una actividad.

9. Control de registros: Se especifica el almacenamiento, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros. (Solo aplica para procedimientos).

Para Formatos, Anexos, Especificaciones y Fichas Técnicas no se tuvo en cuenta en el cuerpo la información anterior; su contenido y diseño fueron de acuerdo a la necesidad.

La interpretación de la codificación fue la siguiente:

XX-YY00-ZZ00

1 2 3

1 = Letra que identifica el tipo de documento, así:

M: Manual.

PR: Procedimiento.

IN: Instructivo.

PC: Plan de calidad

F: Formato

A: Anexos del Sistema de Calidad

2 = Departamento al cual pertenece el documento, seguido del consecutivo así:

G: Gerencia.

C: Coordinación de calidad

M: Medicina

B: Bacteriología.

O: Odontología.

00: Consecutivo partiendo de 01

Ejemplo: PR-C01 corresponde al documento Norma Fundamental

3= Es utilizado solo cuando requiere un formato o un anexo adicional y esta seguido por su consecutivo.

F: Formato

A: Anexo

00: Consecutivo partiendo de 01

Ejemplo: PR-C01-A01

5.4 IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

Una vez establecido el mapa de procesos, las caracterizaciones para cada uno de los procesos, la política y objetivos de calidad, la forma como se va a documentar el sistema de gestión de calidad y los parámetros a tener en cuenta al momento de solicitar y elaborar un documento se inició el proceso de implementación, se realizó una reunión general con el personal resaltando el papel que juegan todos los trabajadores en la implementación del sistema de gestión de calidad y el mejoramiento del mismo. El objetivo de esta actividad era lograr la sensibilización de todo el personal que directa o indirectamente estuviera relacionada con el proceso.

En esta reunión se dio a conocer el cronograma de actividades y los temas a tratar en cada uno de ellos, se resalto la importancia de la calidad en una organización como herramienta para lograr la satisfacción del cliente por medio del cumplimiento de sus requisitos. Finalizando la reunión se publicó en cartelera los temas de cada uno de las reuniones planificadas y se insistió en la participación del personal en la realización de los documentos y el valor de sus aportes al proceso de certificación.

5.5 MANTENIMIENTO Y MEJORA

El mantenimiento y mejora del sistema se logró gracias a las reuniones efectuadas, la competencia del personal y su responsabilidad para con el sistema

no solo asistiendo a las reuniones, si no participando en la elaboración de los documentos, seguimiento de los procesos y aportes realizados.

Como apoyo a estas actividades, se tienen establecidos una serie de procedimientos y registros que sirvieron de seguimiento para determinar si el Sistema de Gestión de Calidad es eficaz y confiable.

Entre estos documentos se tiene la Norma Fundamental, en donde se presenta una guía en la elaboración de documentos creando una codificación útil, sencilla que ayude al entendimiento y lectura de cualquier documento. **(Ver Anexo B).**

Además se creó un procedimiento documentado Control de Documentos en donde se define la metodología en cuanto a la generación, actualización, revisión, aprobación, anulación, distribución y control de documentos. Este procedimiento aplica para todos los documentos internos y es responsabilidad del Coordinador de Calidad.

Para este procedimiento se diseñaron los siguientes formatos:

1. Solicitud de elaboración o actualización de documentos: Se registra la solicitud para el documento que se vaya a elaborar o actualizar, nombre del documento, descripción del contenido del documento, firma del solicitante y fecha en que lo solicita.

Esta solicitud es llevada al comité de calidad en donde determina su viabilidad para finalmente aprobarlo, de esta aprobación queda registro según acta en que se presente la solicitud y pasa al coordinador de calidad quien es el encargado de codificarlo apoyado en la norma fundamental y el listado maestro de documentos.

2. Solicitud de anulación: Se identifica el código, revisión y fecha del documento a anular y se siguen los mismos pasos mencionados en la elaboración o actualización de documentos.

3. Distribución de documentos: Allí se registra el nombre de la persona a quien es entregado el documento, el cargo desempeñado por este, se identifica el documento, tipo de copia bien sea copia controlada o copia no controlada, número de copia y firma de quien recibe.

4. Control de documentos externos: Ejercer control en los documentos de origen externo que llegan a la organización, se registra el nombre del documento, fecha de llegada, quien lo envía, quien lo recibe y la fecha de recepción.

5. Listado maestro de documentos y registros: Se registra el nombre del documento identificado por proceso, el código, la revisión, el número de la solicitud por el cual se solicitó su elaboración y fecha de emisión.

Procedimiento documentado control de registros, en donde se brinda al personal de COOPCLINISUR una guía en donde se establece los controles necesarios para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros.

Procedimiento auditorías internas, para dar cumplimiento a los requisitos de la norma ISO 9001: 2000, describe las actividades de auditoría que permiten revisar periódicamente las disposiciones establecidas para el sistema de gestión de calidad y verificar que se esta cumpliendo eficazmente.

Para este procedimiento se definieron los registros programación de auditorías internas, plan de auditorías, listas de chequeo e informe de auditorías, estos registros describen las actividades a desarrollar en el ciclo de auditorías tanto externas como internas, si el sistema de gestión de calidad es conforme con las disposiciones planificadas y con los requisitos de la norma; determinando si se ha implementado, se mantienen de manera eficaz y se establecen los lineamientos para programar, planear y realizar auditorías.

Los procedimientos control del servicio no conforme, acciones correctivas y preventivas, como herramienta para detectar los servicios no conformes presentes en el servicio y la aplicación de acciones de mejora, correctivas y preventivas según la no conformidad presentada, nos ayudan a mejorar la eficacia del sistema de gestión y mantener al personal informado de las acciones tomadas por la alta dirección en bienestar del servicio y de la organización.

6. EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN.

6.1 DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

La documentación del Sistema de Gestión de Calidad de COOPCLINISUR, se organizó de acuerdo a los procesos de Gestión de Gerencial, Gestión de la Calidad, Medicina, Bacteriología y Odontología; para los procesos se determinaron procedimientos, planes de calidad, instructivos, registros, anexos al sistema de gestión de calidad, el manual de calidad, manual de funciones y los perfiles para cada uno de los cargos existentes en la organización.

La organización dentro de su sistema documental posee 1 manual de calidad, 1 manual de funciones, perfil para cada uno de los cargos, 17 procedimientos de los cuales 6 son obligatorios por la norma ISO 9001:2000, 5 instructivos, 58 registros y 6 anexos del sistema de gestión de calidad.

6.2 MANUAL DE CALIDAD. (VER ANEXO A).

El manual de calidad se elaboró en la medida en que transcurría el proceso de certificación y se iba dando cumplimiento a cada uno de los requisitos de la norma ISO 9001: 2000, culminando con la etapa final que fue la revisión y aprobación por parte del Comité de Calidad.

Este manual de calidad lo componen 8 capítulos; en el primer capítulo encontramos las generalidades de COOPCLINISUR, una breve reseña histórica, descripción de actividades de la IPS y el organigrama; en el segundo capítulo se encuentra el compromiso empresarial por parte del Gerente de COOPCLINISUR; el tercer capítulo contiene la cobertura del sistema de gestión de calidad, el alcance, sus exclusiones, política de calidad, objetivos de calidad, y la interacción de sus procesos (Mapa de procesos); los capítulos del 4 al 8 están estructurados


de la misma manera en que se encuentra la norma ISO 9001:2000; Sistema de Gestión de la Calidad, Responsabilidad de la dirección, Gestión de los Recursos, Prestación del Servicio y Medición, Análisis y Mejora; en cada uno de ellos se describe el cumplimiento de los requisitos en base a la norma.

Por último se encuentra las caracterizaciones de cada uno de los procesos incluidos en el mapa de procesos.

6.3 PLAN DE CALIDAD.

Los planes de calidad fueron diseñados por el Coordinador de Calidad junto con los responsables de cada uno de los procesos incluidos en el alcance a certificar, luego estos fueron revisados y aprobados por el Comité de calidad.

El objetivo de los planes de calidad es ejercer control en las variables que hacen parte del proceso para contribuir al mejoramiento del mismo. Estos planes contienen las actividades desarrolladas por el proceso, las variables a controlar por cada una de esas actividades, un responsable de controlarlas y hacerles seguimiento y unos registros generados por estos controles.

	PLAN DE CALIDAD.	CÓDIGO:	REVISIÓN:
		FECHA:	PÁGINA:

ACTIVIDAD	VARIABLES DEL PROCESO A CONTROLAR	RESPONSABLES	DOCUMENTO O REGISTRO

6.4 PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.

El esquema que se siguió en el diseño de los procedimientos que conforman el sistema de gestión es el establecido en la Norma Fundamental en donde se especifica que los procedimientos deben contener un objetivo para el cual fue creado, el alcance del mismo, unos responsables de la ejecución de las tareas y actividades allí descritas, la normatividad, los documentos que sirvieron como soporte para realizar este procedimiento, definiciones de términos que contenga el documento para un mejor entendimiento por parte del usuario, el procedimiento que describe la metodología que permite cumplir con el requerimiento, en el cual se enumeran paso a paso las actividades a seguir, el procedimiento debe contener el CÓMO, QUIÉN y CUANDO se desarrolla una actividad y por último el control de los registros en donde se especifica el almacenamiento, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros generados por el sistema de gestión de calidad.

Estos procedimientos son controlados de acuerdo a lo establecido en el control de documentos y se encuentra en las áreas de uso disponibles.

La norma ISO 9001: 2000, solo exige dentro de la documentación 6 procedimientos obligatorios entre los que encontramos el control de documentos, control de registros, control del servicio no conforme, acciones correctivas, acciones preventivas y auditorías internas; sin embargo de acuerdo a las necesidades de la organización se crearon 11 procedimientos que se encuentran organizados por proceso; para el proceso de gestión de calidad aparte de los 6 procedimientos obligatorios se incluyeron los procedimientos de Satisfacción del cliente, cuyo objetivo es realizar el seguimiento relativo a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de COOPCLINISUR y aplica para los procesos en los cuales se desee conocer el cumplimiento de los requisitos del cliente; el procedimiento de Infraestructura cuyo objetivo es el

proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del servicio y este procedimiento aplica a edificios, espacios de trabajo, equipos para los procesos (tanto hardware como software), servicios de apoyo y todos aquellos equipos que intervengan en el Sistema de Gestión de la Calidad.; Análisis de datos: el objetivo es analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión y evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y por último el procedimiento Relacionado con la prestación del servicio, cuyo objetivo es establecer las actividades a controlar en el proceso relacionado con la prestación de los servicio, en el establecimiento de requisitos, la revisión de los requisitos y determinación de la comunicación adecuada con el cliente con el propósito de satisfacer sus necesidades y expectativas.

Dentro de los procedimientos de Gestión Gerencial, se encuentra el de Selección de personal cuyo objetivo es el de garantizar la competencia e idoneidad del personal que labora, en base a la educación, formación, habilidades y experiencias apropiadas y aquellas actividades involucradas con la inducción, capacitación y entrenamiento; el procedimiento de compras que establece el proceso a seguir en el momento de realizar las compras de los productos o servicios que intervengan en la prestación del servicio y aplica tanto a compras físicas, como a compras de servicios; el procedimiento de Selección, Evaluación y Reevaluación de proveedores, se creó con el fin de asegurar que los productos y equipos adquiridos que afectan directamente la calidad del servicio, cumplen con los requisitos establecidos en la orden de compra y se ejerce control sobre sus proveedores.

El procedimiento incluido para el proceso de Medicina es el relacionado con la prestación del servicio en el cual se documentan los requisitos que debe proporcionar COOPCLINISUR para la prestación del servicio de medicina, aumentando la calidad en el servicio prestado y la satisfacción de los clientes.

6.5 FORMATOS Y REGISTROS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

Los registros, definidos como un tipo especial de documentos que permite evidenciar actividades ejecutadas, presentan resultados que marcan el seguimiento y el cumplimiento del Sistema de Gestión de la Calidad, entre los que se encuentran, registros internos: que son registros generados dentro del Sistema de Gestión de Calidad de COOPCLINISUR y registros externos que son registros generados por cualquier organización, fuera del Sistema de Gestión de la organización.

Los registros se difundieron para demostrar el cumplimiento de los requisitos, para hacer el seguimiento de las actividades realizadas y algunos como referencia en la recopilación de información; para asegurar que estos constituyeran una evidencia del Sistema de Gestión de la Calidad y fueran fácilmente identificables, recuperables y almacenados se les aplico los siguientes controles:

IDENTIFICACIÓN			ALMACENAMIENTO				
Código	Registro	Tipo de archivo	Archivo activo	Vigencia	Archivo inactivo	Vigencia	Responsable.

En la parte de identificación encontramos:

- Código: La identificación del documento según las pautas dadas en la Norma fundamental.
- Registro: Nombre del registro a controlar.
- Tipo de archivo: Según el tipo de medio en que se guarde el registro, ya sea en medio magnético o medio impreso.

En la parte de almacenamiento encontramos:

- Archivo Activo: Ubicación en donde se encuentra el registro en archivo activo.

- Vigencia:
- Archivo inactivo:
- Vigencia:
- Responsable:

El Sistema de gestión de calidad de COOPCLINISUR, esta conformado por 57 registros organizados por procesos, los cuales se encuentran en el listado maestro de documentos y registros, a continuación se presenta los 21 registros pertenecientes al proceso de Gestión de calidad:

- Solicitud de elaboración o actualización de documentos.
- Solicitud de anulación de documentos.
- Distribución de documentos.
- Control de Documentos externos.
- Listado maestro de documentos y registros.
- Encuesta Satisfacción del cliente.
- Control de encuestas.
- Listado maestro de equipos.
- Hoja de vida de equipos.
- Mantenimiento de equipos.
- Reporte mantenimiento de equipos.
- Verificación de los dispositivos de seguimiento y medición.
- Servicios no conformes.
- No conformidades presentes en la prestación del servicio.
- Reporte de acción correctiva.
- Reporte de acción preventiva.
- Programa de auditoría interna.
- Plan de auditorías.
- Lista de chequeo.
- Informe de auditoría.
- Ficha para medición de indicadores.

6.6 PERFILES DE CARGO

Los perfiles de cargo se crearon en base en la educación, formación, habilidades y experiencias del personal perteneciente a COOPCLINISUR.

En el caso de los médicos el perfil se construyó de acuerdo a lo exigido por la Secretaria de Salud Departamental, para el resto del personal se baso en lineamientos dados por la Gerencia, estos dependen de la responsabilidad y exigencias del cargo a desempeñar.

Los perfiles de cargo constan de 3 partes:

1. Identificación del cargo, en donde se identifica el área al cual pertenece el cargo, cargo a desempeñar y jefe inmediato si aplica.
2. Objetivo del cargo: Misión con el cual se creó o existe dicho cargo.
3. Requisitos del cargo, en donde encontramos los requisitos a cumplir como la educación necesaria para desempeñar el cargo, la formación, habilidad demostrada para aplicar conocimientos y aptitudes; la experiencia mínima para ocupar el puesto y por ultimo las habilidades, estas se entienden como las destrezas para ejecutar las actividades propias del cargo.

Para demostrar las habilidades se aplicaron dos evaluaciones de desempeño, una de ellas se aplicó a los que tienen personal a cargo y la otra para los que no tienen personal a cargo; para la educación y formación se demuestra con los títulos, diplomas, seminarios y demás estudios realizados, archivados en la hoja de vida de cada uno de ellos; la experiencia se evidencia con cartas laborales de trabajos anteriores y para algunos con la experiencia que llevan trabajando en COOPCLINISUR.

Para cada uno de los cargos incluidos en el organigrama de COOPCLINISUR se creó un perfil, los cuales se plasmaron en el siguiente instructivo:

 <p>MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL</p>	PERFIL DE CARGOS	CÓDIGO: IN-A01	REVISIÓN: 01
		FECHA:	PÁGINA: 1 de 1

1. Identificación del cargo

Área

Cargo

Jefe Inmediato

2. Objetivo del cargo

3. Requisitos del cargo.

<p>Educación.</p> <p>Formación.</p> <p>Experiencia.</p> <p>Habilidades.</p>
--

7. PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN Y CAPACITACIÓN.

Dentro de las herramientas que sirvieron de apoyo en la divulgación e implementación de los requisitos y documentos del Sistema de Gestión de calidad, se encuentran las reuniones con todo el personal, las reuniones con el comité de calidad, socializaciones con cada uno de los empleados y dueño de procesos y actividades generales realizadas durante el proceso de implementación con el fin de cumplir los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2000.

Iniciado el proceso, el Gerente junto con el Coordinador de Calidad se reunieron con el objetivo de diseñar un programa de implementación y capacitación, en donde se incluyeron temas orientados al conocimiento y aplicación de la Norma para con las actividades desarrolladas por COOPCLINISUR, implementación y difusión de los documentos y registros, seguimiento y análisis de los procesos y reuniones en donde se haga difusión de la misión, visión, política de calidad, objetivos de calidad, mapa de procesos y caracterizaciones.

Se organizaron grupos de trabajo por proceso, esto con el fin de recolectar información en el diseño de los documentos y la difusión de los registros, facilitando así el desarrollo y cumplimiento de los requisitos exigidos por la norma. A medida que los documentos y registros se iban elaborando, estos se implementaban al personal, buscando la aceptación y desarrollo del sistema de gestión.

Iniciado el proceso de implementación se realizaban reuniones quincenales en donde se exponían cada uno de los capítulos de la norma, se explicaban los documentos que el Comité de Calidad revisaba y aprobaba, se resolvían dudas expuestas por el personal y por ultimo se hacia una retroalimentación oral o escrita dependiendo del tema que se tratará y de la importancia de este.

La divulgación de la misión, visión, política de calidad y objetivos de calidad, a través de reuniones realizadas en donde se exponían cuales habían sido los fines de la COOPCLINISUR, además de la publicación de estas en lugares visibles de la organización.

Las revisiones del sistema de gestión de calidad en donde el personal expresaba los inconvenientes de algunos de los registros, como también la necesidad de desarrollar formatos que eran necesarios para ejercer una mayor control en las actividades.

Los documentos se organizaron por carpetas y se repartían copias según a lo establecido en el control de los documentos, para un mejor entendimiento de la norma.

La metodología empleada para la implementación de los 6 procedimientos obligatorios fue la siguiente:

Control de los documentos y control de los registros, previo al conocimiento de la norma ISO 9001:2000 y al cumplimiento de cada uno de los requisitos, se dio a conocer mediante reunión el control de los documentos y el control de registros que se debían ejercer a los mismos, destacándose la necesidad de aprobarlos, revisarlos, controlarlos, que permanecieran legibles, almacenarlos y la importancia de estos como evidencia para el Sistema de Gestión de Calidad.

Para los procedimientos de Control del Servicio no conforme, Acciones Correctivas, Acciones preventivas, se capacito al personal en el manejo de las 7 herramientas estadísticas y se aplico un taller en donde los funcionarios reunidos por grupos identificaban los posibles servicios conformes que se podían presentar en su área de trabajo, para ello determinaban las posibles causas, su causa raíz y aplicaban un plan de acción para corregir el servicio no conforme presente,

empleando el diagrama causa efecto o espina de pescado. Además se enfatizó en el levantamiento de acciones correctivas y acciones preventivas.

En la formación de los auditores internos, la Gerencia contrato con un consultor externo quien realizó la formación de auditores, recibiendo cada uno de los participantes el Título como auditor Interno aprobado el examen de auditores internos, después de esto se programó el primer ciclo de auditorías internas en donde cada uno de ellos puso a prueba los conocimientos adquiridos.

Para los demás procedimientos, instructivos y registros incluidos en el Sistema de Gestión de Calidad, se realizó el mismo proceso, se capacitaba al personal y se hacia la implementación de los mismos.

Como guía a este proceso de implementación se presenta a continuación el programa de implementación y capacitación:

Tabla 4. Plan de implementación y capacitación.

Tema capacitación	Dirigida a	Fecha programada	Método de evaluación	Eficaz		Observaciones
				Si	No	
Orientación hacia la implementación del sistema de gestión de calidad basado en la Norma ISO 9001:2000	Todo el personal.	4 Julio 2006.	Capacitación.	X		Para estos temas de capacitación se realizó una evaluación para determinar su comprensión.
Ocho principios de gestión de la calidad.	Todo el personal.	17 Julio 2006.	Capacitación	X		
Definición y diferencias de las normas técnicas colombianas ISO 9000. 9001, 9004 y 19011.	Todo el personal.	2 Agosto 2006.	Capacitación	X		
Capítulos 1, 2 y 3 de la norma técnica colombiana ISO 9001:2000.	Todo el personal.	2 Agosto 2006.	Capacitación.	X		
“Sistema de gestión de la calidad”	Todo el personal.	15 Agosto 2006.	Capacitación	X		
Implementación de los procedimientos norma fundamental, control de documentos y control de los registros.	Todo el personal.	22 Agosto 2006.	Divulgación y conocimiento de los procedimientos.	X		Se realizaron preguntas de los documentos finalizada la reunión.
Planificación del sistema de gestión de calidad	Comité de calidad.	29 Septiembre 2006.	Revisión del capítulo 5 de la norma.	X		
Implementación del mapa de procesos, caracterizaciones, misión, visión, política y objetivos de la calidad.	Todo el personal.	2 Septiembre 2006.	Capacitación	X		Se evaluó en la siguiente reunión.

Tema capacitación	Dirigida a	Fecha programada	Método de evaluación	Eficaz		Observaciones
				Si	No	
Implementación del procedimiento satisfacción del cliente y aplicación de la encuesta.	Todo el personal.	14 Septiembre 2007	Capacitación.	X		Aplicación de la encuesta a los clientes.
Responsabilidad de la dirección.	Gerente	16 Septiembre 2006	Capacitación	X		
Gestión de recursos” e implementación de documentos del SGC	Todo el personal.	16 Septiembre 2006	Capacitación	X		
Divulgación e implementación de los documentos selección de personal e infraestructura.	Todo el personal.	16 Septiembre 2006	Conocimiento de los procedimientos	X		
Divulgación del manual de funciones y perfiles de cargo.	Todo el personal.	16 Septiembre 2006	Capacitación	X		Diligenciamiento de la evaluación de desempeño
Aplicación de evaluaciones de desempeño.	Todo el personal.	1 Octubre 2006	Capacitación	X		
Identificación y codificación de equipos.	Todo el personal.	2 Octubre 2006	Verificación de los códigos establecidos para cada uno de los equipos	X		
Panificación del mantenimiento preventivo a los equipos incluidos en el proceso de certificación.	Dueño de proceso.	15 Octubre 2006	Revisión del plan de mantenimiento	X		

Tema capacitación	Dirigida a	Fecha programada	Método de evaluación	Eficaz		Observaciones
				Si	No	
Adecuación del ambiente adecuado para el desarrollo de las actividades.	Todo el personal.	15 Octubre 2006	Cumplimiento del programa de salud ocupacional.	X		
Realización del producto o servicio.	Todo el personal.	1 Noviembre 2006	Capacitación	X		Se identificaron variable críticas a controlar en el proceso.
Determinar exclusiones del sistema.	Comité de calidad.	1 Noviembre 2006	Revisión de los requisitos de la norma vs. Actividades desarrolladas por la organización.	X		
Divulgación de planes de calidad.	Integrantes de los procesos involucrados en la certificación.	15 Noviembre 2006	Capacitación	X		Mejoramiento del servicio y expectativas del cliente.
Determinar proceso de compras y criterios en la selección de proveedores.	Administrador y secretaria.	15 Noviembre 2006	Capacitación.	X		Implementación de los formatos de compra.
Realizar selección, evaluación y reevaluación de proveedores.	Gerente y Administrador	1 Diciembre 2006	Evaluación a proveedores.	X		Resultados obtenidos.
Implementación de documentos relacionados con la prestación del servicio.	Todo el personal.	1 Diciembre 2006	Capacitación y taller.	X		Seguimiento y orden en la información de las actividades.

Tema capacitación	Dirigida a	Fecha programada	Método de evaluación	Eficaz		Observaciones
				Si	No	
Actividades relacionadas con el control de dispositivos de seguimiento y medición.	Responsable de los equipos.	16 Diciembre 2006.	Calibración de equipos.	X		
Seguimiento a documentos y registros.	Todo el personal.	27 Diciembre 2006	Evaluación.	X		Resultados obtenidos y acciones de mejora.
Medición análisis y mejora” e implementación de documentos	Todo el personal.	15 Enero 2007	Capacitación y taller	X		Resultados obtenidos.
Manejo de herramientas estadísticas necesarias para el manejo de indicadores e implementación de documentos y registros.	Todo el personal	25 Enero 2007	Capacitación y taller.	X		Aplicación de herramientas
Formación de auditores internos.	Interesados en formación auditores	10 Febrero 2007	Seminario y prueba realizada	X		Aprobación del curso.
Información de aspectos a tener en cuenta para la auditoría próxima a realizarse.	Todo el personal.	15 Febrero 2007	Capacitación.	X		Realización de auditorías internas.
Revisión de documentos implementados (Previa auditoría de seguimiento).	Todo el personal.	14 Marzo 2007	Capacitación.	X		Evaluación realizada.
Implementación de procedimientos servicio no conforme, acción correctiva y acción preventiva.	Todo el personal.	14 Marzo 2007	Capacitación y taller	X		Identificación y documentación de acciones correctivas y preventivas.

Tema capacitación	Dirigida a	Fecha programada	Método de evaluación	Eficaz		Observaciones
				Si	No	
Procedimiento análisis de datos e indicadores de gestión por proceso.	Todo el personal.	14 Marzo 2007	Capacitación.	X		Recopilación, tabulación y análisis del indicador.
Implementación de procedimiento auditorías internas y divulgación de programa de auditorías internas.	Todo el personal.	1 Abril 2007	Capacitación.	X		Programación de auditorías internas.
Divulgación de manual de calidad.	Todo el personal	5 Abril 2007	Capacitación.	X		

Fuente: Autor del proyecto

8. MANTENIMIENTO Y MEJORA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

8.1 AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD.

Para dar cumplimiento a uno de los requisitos exigidos por la Norma ISO 9001: 2000, se estableció el procedimiento de Auditorías Internas, uno de los 6 procedimientos obligatorios del Sistema de Gestión de Calidad, este requisito se plasmo en un procedimiento en donde se determinan las actividades a tener en cuenta al momento de realizar las auditorías internas al Sistema de Gestión de Calidad de COOPCLINISUR; estas auditorías se determinan de acuerdo a las disposiciones planificadas y a los requisitos de esta Norma Internacional; determinando si se ha implementado, se mantienen de manera eficaz y se establecen los lineamientos para programar, planear y realizar auditorías internas. Este procedimiento aplica a todos los procesos que estén involucrados en el Sistema de Gestión de la Calidad de COOPCLINISUR en relación con su respectiva documentación de acuerdo a los requerimientos definidos por la NTC-ISO 9001/2000, desde la planificación, ejecución, seguimiento, verificación de las acciones preventivas, las acciones correctivas y la revisión por la Gerencia, los resultados de las auditorías internas del Sistema de gestión de la Calidad.

En el desarrollo de Auditorías Internas se comprenden las etapas que van desde la planificación, la preparación, la ejecución, la presentación del informe de auditoría interna y el seguimiento a las no conformidades que se presenten durante al realización de la auditoría, las cuales se harán a lo establecido en el Control del Servicio no Conforme.

COOPCLINISUR cuenta con un programa de Auditorías Internas en donde se define y establece la metodología para planificarlas e implementarlas el propósito de verificar la conformidad del sistema de gestión de la calidad con base en los

requisitos del cliente, de la organización, de ley y de la norma ISO 9001: 2000, así mismo, para determinar la eficacia y mejoramiento del sistema, allí se encuentra establecidas las responsabilidades del líder y de los integrantes del equipo auditor, así como el calendario de auditorías internas; el plan de auditorías internas en donde se describe el proceso a auditar, los integrantes del equipo auditor, objetivo de la auditoría, el alcance, los criterios de auditoría, la fecha de ejecución, la duración de la misma y la agenda de la auditoría; las listas de chequeo que siguen el ciclo (PHVA) planear, actuar, verificar y el actuar; por ultimo el Informe de Auditoría Internas, el cual es presentado por el líder del equipo auditor, al dueño del proceso auditado, en donde se describe el numero de no conformidades, el número de observaciones, el total de los hallazgos que se encontraron durante el trabajo de campo y su respectiva descripción, las no conformidades son entregadas al Coordinador de Calidad quien junto al dueño del proceso se encargaban del levantamiento de la no conformidad, establecimiento del plan de acción y del seguimiento a la misma.

Las auditorías internas del Sistema de Gestión de Calidad son llevadas a cabo por personal que cumpla con los siguientes criterios, para ello se presenta el perfil del auditor interno, como el perfil del auditor externo.

PERFIL DEL AUDITOR INTERNO	
Educación:	Universitaria o tecnológica.
Formación:	Curso de auditor interno aprobado.
Habilidades:	De comunicación, interrelación personal y trabajo en equipo.
Experiencia:	Mínimo 1 año en la organización.

PERFIL DEL AUDITOR EXTERNO	
Educación:	Universitaria o tecnológica.
Formación:	Curso de auditor interno aprobado.

Habilidades:	De comunicación, interrelación personal y trabajo en equipo.
Experiencia:	Mínimo 1 año realizando auditorías internas

Los criterios y tipos de auditoría implementados en COOPCLINISUR son los siguientes:

CRITERIOS DE LA AUDITORÍA	
Tipo de Auditoría	Auditoría de Primera Parte o Auditoría Interna: Son las auditorías que se realizan por o en nombre de la organización para la revisión por la dirección.
	Auditoría de Segunda Parte: Se llevan a cabo por partes que tienen un interés en la organización, tal como los clientes, o por otras personas en su nombre.
	Auditoría de Tercera Parte: Se llevan a cabo por organizaciones auditoras independientes y externas que proporcionan el certificado de conformidad con la norma ISO 9001.
Categoría de la Auditoría	Auditoría al sistema de gestión de la calidad Auditoría a uno o varios procesos Auditoría a uno o varios productos y/o servicios

8.1.1 Auditorías Realizadas.

En el caso de COOPCLINISUR, se realizó una auditoría externa realizada por el Dr. William Eduardo Vargas asesor contratado por la organización, como apoyo en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, esta auditoría fue realizada a mitad del proceso, con el objetivo de realizar un seguimiento a las actividades planeadas, determinando así fortalezas y debilidades del proceso de implementación de la Norma ISO 9001:2000.

Los pasos para la realización de esta primer auditoría fueron los siguientes:

1. La designación del líder de la auditoría.
2. Definición de objetivos, alcance y criterios de la auditoría.

3. Revisión de la documentación: se reviso la documentación con el objeto de tener una idea preliminar de la situación actual.
4. Preparación plan de auditoría: se diseño un formato, según los lineamientos dados en el numeral 6.4.1 de la NTC 19011: 2002.
5. Revisión y aprobación del plan por parte del cliente y del auditado, en reunión con el comité de calidad, se explico el contenido del plan de auditoría y la metodología a emplear para la recopilación de a información.
6. Preparación de los documentos: La persona encargada de realizar la auditoría elaboro de lista de verificación, como único documento a emplear durante la auditoría.
7. Reunión de apertura: Esta fue realizada por el Asesor, junto el Gerente como requisito para dar inicio a la auditoría.
8. Recopilación y verificación de la información: Basado en las preguntas descritas en la lista de chequeo, el asesor recopiló toda la información necesaria.
9. Generación de hallazgos.
10. Preparación de informe y plan de acción: Tomando como referencia las no conformidades halladas, se elaboro el informe de auditoría en donde se señalo todas las no conformidades presentadas y los requisitos de la norma que se incumplieron. Con las no conformidades detectadas, el Coordinador de Calidad junto con los dueños de proceso realizaron el plan de acción, en donde se describieron las actividades a seguir para le tratamiento de la no conformidad y responsable de su ejecución.
11. Reunión de cierre: El asesor realizo la reunión con todos lo involucrados en la auditoría, en donde se les explico el informe y se presento el plan de acción a seguir en la implementación, resaltando el compromiso de la gerencia y de cada uno de los participantes en este proceso.

Con el objetivo de verificar paso a paso cada actividad de la implementación y poder actuar sobre las no conformidades de manera inmediata para conseguir la

mejora continua en el transcurso del proceso, el Gerente y el Coordinador de Calidad, realizaron la programación de las auditorías internas.

Estas auditoría fueran lideradas por las personas que recibieron la formación como auditores internos, este primer ciclo permitió ver la madurez del sistema, y poner a prueba los conocimientos de los auditores internos que se formaron. Cada uno de ellos vivió la experiencia de una auditoría, aspecto que resulta de gran importancia en el evento de la auditoría de certificación.

Las auditorías se realizaron según lo establecido en el procedimiento de Auditoría interna y estas se establecieron teniendo en cuenta el estado del Sistema de Gestión de Calidad, la importancia de los procesos, las áreas a auditar y los resultados de las auditorías previas.

En este programa de auditoría se define y establece la metodología para planificar e implementar las Auditorías Internas de Calidad con el propósito de verificar la conformidad del sistema de gestión de la calidad con base en los requisitos del cliente, de la organización, de ley y de la norma ISO 9001: 2000, así mismo, para determinar la eficacia y mejoramiento del sistema.

La programación para la realización de las auditorías para el año 2007 se presenta a continuación:

Tabla 5. Programa de auditoría.

PROCESO A AUDITAR	FECHA DE AUDITORÍA	FECHA DE PREAUDITORÍA	FECHA DE AUDITORÍA DE CERTIFICACIÓN
Odontología	ABRIL	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Medicina.			
Admisiones.			
Bacteriología.	MAYO		
Gestión Gerencial.			

Compras.	MAYO	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Gestión de recursos.			
Infraestructura			
Gestión de Calidad			

Realizadas las auditorías, los líderes del equipo auditor entregaron los informes, para dar inicio al tratamiento de las no conformidades y acciones de mejora presentadas, por medio de los procedimientos de Acción correctiva y Acción Preventiva.

Algunas de las no conformidades presentes en esta auditoría fueron los siguientes:

- Se presento incumplimiento del requisito 8.4 de la Norma ISO 9001 Análisis de Datos, por parte de los dueños de procesos, debido a que se encontró los datos de los indicadores, pero no se encontraba retroalimentación de los mismos en los formatos establecidos.
- Los programas de mantenimiento no se habían completado y ejecutado en su totalidad, incumplimiento con el requisito 6.3 NTC ISO 9001:2000.
- El formato de servicios no conformes no se esta llevando correctamente, por lo tanto no se encontró evidencia de las acciones de mejora tomadas ante no conformidades presentadas en el servicio.
- No existen acciones correctivas, preventivas o de mejora tomadas y documentadas en los procesos.
- Se encontró el incumplimiento en algunos de los perfiles de cargo, al no presentar evidencia de formación del servicio al cliente.
- Las evaluaciones de desempeño, no registran la fecha en la cual se realizó, ni tampoco el nombre y el cargo del evaluador.

- No se ha generado análisis de las Evaluaciones de Desempeño.
- No se evidencia el análisis de los servicios o productos no conformes detectados en los diferentes procesos ni las acciones tomadas.
- No se encontró la ficha técnica de uno de los proveedores de mantenimiento a los equipo.
- Los protocolos del servicio de medicina no se encontraban codificados.
- La revisión por parte de la dirección no se había realizado.

Dentro de las fortalezas encontradas al sistema se evidencio:

- El Sistema se encuentra bien documentado y bien distribuido entre todo el personal operativo.
- Los puestos de consulta están al alcance de las personas y son de fácil consulta.
- El personal ha recibido la capacitación necesaria.
- La organización tiene definidos los procesos y responsabilidades con el sistema de gestión de calidad.
- Se tienen identificados los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad, sus entradas y salidas, seguimiento y medición a los mismos.
- Los mecanismos de recopilación de información de indicadores permiten alcanzar el objetivo propuesto por el proceso.
- Se tienen definidos canales de comunicación entre los procesos internos de la organización
- La participación del personal en todas las actividades que se llevan a cabo en pro del mejoramiento del sistema de gestión de la calidad y aquellas tareas necesarias para mantener la calidad en los servicios que prestamos.
- Conocimiento en auditorías internas realizadas por organismos externos a la organización.

- A los proveedores como a sus productos se les hace su correspondiente evaluación y cumplimiento de requisitos.
- Compromiso por parte de la Gerencia para con el Sistema de Gestión de Calidad.
- La comunicación con el cliente es eficaz y constante, permitiendo de esta manera conocer sus necesidades y expectativas del servicio.

Debilidades encontradas al Sistema.

- No se esta dejando evidencia de algunas de las actividades que agregan valor al cumplimiento de los requisitos estipulados por el Sistema de Gestión.
- Claridad en la importancia que tiene el llevar los registros debidamente diligenciados para demostrar la eficacia del sistema de gestión y cumplimiento de requisitos y objetivos trazados por la organización.
- Falta sensibilizar al personal responsable del proceso en cuanto al manejo de indicadores.
- Falta de claridad ante la presencia de servicios no conformes y levantamiento de acciones correctivas preventivas o de mejora.

Del primer ciclo de auditorías internas, se pudo concluir que la organización debe emprender acciones para reducir o eliminar las debilidades, revisar actividades comprometidas con el sistema de gestión de calidad, capacitaciones en temas referentes al tratamiento de servicios no conformes, sensibilizar al personal en cuanto a la participación activa en auditorías que se lleguen a realizar al proceso en busca de oportunidades de mejora y la organización debe trabajar en la definición de las causas de las no conformidades detectadas en esta auditoría e implementar las acciones correctivas de manera eficaz para eliminar las deficiencias encontradas y lograr un Sistema de Calidad completamente implementado y eficaz.

Finalizado este primer ciclo de auditorías se empezó con el levantamiento y documentación de acciones correctivas a partir de las no conformidades encontradas y la documentación de acciones preventivas a través de las observaciones realizadas por los integrantes del equipo auditor.

8.2 ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS.

Las acciones correctivas y acciones preventivas, se implementaron en COOPCLINISUR, a través de la implementación de procedimientos documentados, para su implementación se realizó una actividad de capacitación que fue reforzada a través de la realización de un taller, en donde cada uno de los funcionarios de la organización reunidos en grupos, identificaban un problema o situación presentada en la prestación del servicio; para esta situación ellos identificaban la situación o problema, las causas que la generaron, estos a través de la aplicación de la herramienta estadística DIAGRAMA CAUSA EFECTO, determinaba la causa raíz y establecían un plan de acción; en este plan de acción se describen las actividades para dar solución a la no conformidad hallada, se asignaba un responsable para la ejecución de dicha actividad y una fecha en la cual se daba cumplimiento a esta actividad.

8.2.1 Acción Correctiva. Las acciones correctivas en el caso de COOPCLINISUR, se establecieron a través de un procedimiento documentado en donde se establece el proceso útil para eliminar las posibles causas de no conformidades con objeto que no vuelvan a ocurrir mediante la implementación de un sistema de acciones correctivas.

Las fuentes utilizadas para la identificación de las no conformidades son:

- a) Auditorías de calidad internas y externas.
- b) Análisis de datos del sistema de gestión de calidad.
- c) Servicios no conformes que se presenten frecuentemente.
- d) Resultados de las revisiones del SGC.

- e) Medición y control de los procesos.
- f) Resultados del análisis de los indicadores de gestión.
- g) Resultados de las encuestas realizadas a los clientes, incluyendo las quejas de los clientes.

Identificadas las fuentes anteriores, se determina la implementación de acciones correctivas para asegurarse que estas no vuelvan a ocurrir, esto mediante el diligenciamiento del formato Reporte de Acción correctiva (**Ver Anexo E**), allí la persona que detecta la no conformidad describe el resumen de la conformidad, proceso al que afecta y realiza el análisis de la misma mediante la aplicación de la herramienta estadística DIAGRAMA CAUSA – EFECTO, y las actividades anteriormente descritas.

Cumplidas las actividades propuestas en el plan de acción, la persona responsable de hacer el seguimiento a la acción correctiva registra la fecha y firma de cierre.

Para cada uno de los procesos incluidos en el Sistema de Gestión de Calidad, se lleva un formato en donde se registra los servicios no conformes, la acción tomada o corrección inmediata y dependiendo de la no conformidad presentada se determina si se levanta la acción correctiva correspondiente.

8.2.2 Acción preventiva. Las actividades referentes al tratamiento de las acciones preventivas, se establecieron a través de un procedimiento documentado obligatorio del Sistema de Gestión de Calidad, allí se describe el proceso útil para eliminar las posibles causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia, mediante la implementación de un sistema de acciones preventivas; estas acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales.

Las acciones preventivas se emitieron a partir de observaciones, recomendaciones o comportamientos de los procesos o de la prestación del

servicio, que pudieran poner en riesgo la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad o diera causa a una no conformidad.

En el tratamiento a las acciones preventivas en la organización se diligencia el formato reporte de acción preventiva (**Ver Anexo E**), en donde la persona que detecta la no conformidad potencial, describe la no conformidad, proceso al que afecta, realiza el análisis, describiendo la falla potencial, causas potenciales de la falla, consecuencias potenciales de la falla y por ultimo el plan de acción.

8.3 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN.

La revisión por la dirección es uno de los mecanismos empleados por la alta dirección de la organización, para revisar el sistema de gestión de la calidad, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continua.

La revisión por la dirección se realizó en las instalaciones de COOPCLINISUR por parte del Gerente y el Coordinador de calidad, esto se llevo a cabo después de haber realizado el primer ciclo de auditorías internas.

La información que se tomo como entrada en esta revisión por la dirección, fue la siguiente:

- Informe de auditoría interna.
- Encuesta Satisfacción del cliente.
- Política de Calidad.
- Objetivos de Calidad.
- Desempeño de los procesos.
- Estado de acciones correctivas y preventivas.
- Cambios que podrían afectar el Sistema de Gestión de Calidad.

Dentro de los resultados obtenidos en esta revisión por la dirección, se puede evidenciar el trabajo constante por parte del personal en el levantamiento de

acciones correctivas para eliminar la causas de no conformidades detectadas, así como el levantamiento de acciones preventivas a partir de las observaciones realizadas a los dueños de proceso; Incrementar la participación del personal en todas las actividades que se llevan a cabo en pro del mejoramiento del Sistema de Gestión de la Calidad y aquellas tareas necesarias para mantener la calidad en los servicios que prestamos.

Atender las sugerencias hechas por los clientes y tomar las medidas adecuadas para evitar que estos problemas se vuelvan a presentar.

No se han presentado cambios en la organización que puedan llegar afectar el Sistema de Gestión de Calidad; y los procesos están cumpliendo con la meta establecida excepto por el indicador que hace referencia al mantenimiento preventivo a los equipos, pues se noto gran debilidad en la auditoria respecto a este requisito establecido por la Norma ISO 9001:2000.

Quedando como compromiso por parte del personal la identificación y documentación de acciones correctivas y acciones preventivas como herramienta en el mejoramiento no solo de los procesos, si no también en la prestación servicio.

8.4 APORTES

El diseño y la implementación de una cultura de calidad, la creación de pautas para identificar los problemas en procesos y servicios para crear acciones de mejora, son aportes con los que la Ingeniería Industrial favoreció visiblemente el desarrollo estructural, técnico y científico de la organización. El orden de la ingeniería y su razón de ser contempla el desarrollo integral de la organización.

Por mi formación como Ingeniero Industrial se logró crear una cultura enfocada a la calidad en la prestación de los servicios, el direccionamiento estratégico en la política de calidad, implementando indicadores de gestión que afectaron cada una de las áreas de la empresa, se realizó la documentación de los procesos y esto

permitió detectar, implementar y corregir falencias presentes que no habían sido identificadas.

El diseño de un perfil para cada uno de los cargos incluidos en la estructura organizacional, la selección del personal competente e idóneo con base en la educación, formación, habilidades y experiencias apropiadas al cargo.

Este trabajo se desarrollo gracias a los años dedicados al estudio de la Ingeniería, así como la complementación de mis conocimientos con el diplomado en **SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2000**, un gran trabajo en equipo conformado con el compromiso de la fuerza de trabajo de COOPCLINISUR y un ambiente laboral óptimo que permitió aplicar eficazmente el proyecto, logrando los objetivos propuestos.

8.5 SOLICITUD DE AUDITORÍA DE CERTIFICACIÓN.

Concluidas las fases del proyecto y cumplidos los requisitos establecidos en la NTC ISO 9001: 2000, se dio paso a buscar el organismo certificador para solicitar la auditoría externa de certificación.

El Coordinador de Calidad fue el encargado de realizar los contactos con dos de los entes certificadores en Colombia (SGS COLOMBIA S.A. – ICONTEC INTERNACIONAL), siendo revisada y aprobada por parte de la Gerencia, la propuesta presentada por ICONTEC INTERNACIONAL.

Esta decisión fue comunicada a ICONTEC y se envió contrato de prestación del servicio de auditoría para el otorgamiento del certificado ICONTEC DE SISTEMA DE GESTIÓN, junto con la documentación requerida, para programar fecha de auditoria para el mes de DICIEMBRE del año 2007.

En el **Anexo F**, se presenta la carta de compromiso enviada por el ICONTEC INTERNACIONAL.

9. CONCLUSIONES.

1. El objetivo general del proyecto se llevó a cabo satisfactoriamente y como muestra de ello la documentación y el cumplimiento de cada uno de los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad según la Norma ISO 9001:2000 en COOPCLINISUR.
2. Existen varias formas de implementar Sistemas de Gestión Calidad en las empresas, sin embargo cada organización debe elegir la más conveniente de acuerdo a su tamaño y estructura, de una o otra forma aquel método elegido debe involucrar a todo el personal ya que son ellos los directos encargados de su aplicación y mejoramiento. Algunas empresas utilizan los servicios de una consultoría, para el caso de COOPCLINISUR este proceso se realizó a través de la práctica universitaria de un estudiante de Ingeniería Industrial quien demostró sus conocimientos y brindo todo el apoyo necesario para lograr con éxito la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad.
3. La implementación del Sistema de Gestión de Calidad, contribuyó en la elaboración y establecimiento de documentos fundamentales para la organización, en el caso del manual de funciones, el perfil para cada uno de los cargos, el establecimiento de una política de calidad y objetivos de calidad que permitieron fijar las directrices para la dirección; los documentos para las actividades desarrolladas por la organización, como por ejemplo las relacionados con la prestación de los servicios y aquellas actividades que toda organización realiza como la selección y contratación del personal, el proceso de compras de productos y servicios entre otros. Logrando documentar el Sistema de Gestión de Calidad de COOPCLINISUR de tal forma que a través de este se evidencien las actividades que se llevan a cabo para demostrar el cumplimiento de los requisitos de la norma y los reglamentarios exigidos.

4. El compromiso por parte de todo el personal fue fundamental a lo largo de las diferentes fases del proyecto, en la implementación de la Norma ISO 9001:2000 y por su continuo mejoramiento, evidenciado en la asistencia y participación en las capacitaciones dictadas para el conocimiento de la norma y en la realización y mantenimiento de la documentación.
5. La mejora continua de la satisfacción de los usuarios con los servicios prestados, la satisfacción del personal que presta el servicio, y la satisfacción de los proveedores con y para el sistema, han hecho que la organización implemente acciones de mejora, para el logro de la satisfacción de todos sus clientes.
6. La adopción de planes de calidad como herramienta para controlar las variables que son críticas en la prestación del servicio, al igual que los formatos para demostrar la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad y de las actividades realizadas por cada uno de los procesos
7. La implementación de acciones correctivas y acciones preventivas como herramienta para eliminar la causa de no conformidades presentes en los servicios prestados por COOPCLINISUR, logro minimizar el impacto que estos producen en las actividades realizadas por el personal y en la satisfacción de sus clientes.
8. La definición de las causas de las no conformidades detectadas en las auditoría internas e implementar las acciones correctivas de manera eficaz para eliminar las deficiencias encontradas, permitieron lograr un Sistema de Calidad completamente implementado y eficaz.
9. El Sistema de Gestión de la Calidad, permitió a los procesos determinar puntos débiles o aquellos que pueden mejorarse en pro de lograr la optimización de

los recursos, así como la eficiencia en el desarrollo de los procesos. De igual manera contribuyo mediante un proceso documental, la manera en que los responsables del proceso cumplan a satisfacción con las metas previamente establecidas por la alta dirección.

10. RECOMENDACIONES.

1. El compromiso por parte del personal en el desarrollo y participación de las auditorías internas debe ser permanente en busca del mejoramiento continuo de la organización y del Sistema de Gestión de Calidad.
2. La competencia del personal es fundamental en el mantenimiento y mejora del Sistema, por ello se recomienda planear capacitaciones para todo el personal, no solo en temas relacionados con calidad, si no que también en temas orientados a garantizar la satisfacción de los clientes y crecimiento personal.
3. El establecimiento de la estructura documental fue una de las actividades fundamentales en el proceso de implementación, por eso se recomienda continuar con la aplicación de los procedimientos y registros, necesarios para demostrar la evidencia del Sistema de Gestión de Calidad.
4. Realizar el seguimiento permanente a los procesos implementados para verificar que estos se efectúen correctamente, garantizando así el mejoramiento continuo de los mismos.
5. El papel de la Gerencia en las revisiones del Sistema de Gestión de Calidad, al igual que la asignación de los recursos para el mantenimiento del mismo, son fundamentales en este proceso, por esto la recomendación de realizar la planificación del sistema de Gestión anualmente y las revisiones por la dirección semestralmente son sus mas grandes compromisos.

BIBLIOGRAFÍA.

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER, ESCUELA DE QUÍMICA. Memorias del diplomado en Gestión de la Calidad Basado en la Norma ISO 9001:2000. Bucaramanga Septiembre 2005.

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

UNIVERSIDAD DE SANTANDER UDES. Memorias de Taller de capacitación y difusión del nuevo sistema obligatorio de garantías de calidad de servicios a DTS y prestadores, Pamec – Acreditación de IPS Bucaramanga Julio 2006.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. Directrices para la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad. Norma ISO 10013. Bogota D.C. ICONTEC 2002.

OVIEDO AYALA, Juan Manuel. Tesis de Grado: Diseño de un Sistema de Gestión de Calidad bajo estándares ISO 9001 versión 2000 para SERTEL LTDA. Bucaramanga 2006.

CARDENAS VICTORIA, Sandra Milena. Tesis de Grado. Propuesta para el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad aplicando las normas ISO 9001 versión 2000 para la empresa BRINOX de Colombia. Bucaramanga 2004.

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

<http://www.monografias.com>

ANEXO A. MANUAL DEL SISTEMA DE CALIDAD.

COOPCLINISUR.

El presente Manual define el Sistema de Calidad implementado por la IPS
COOPCLINISUR en sus
Instalaciones.

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 125 de 204

ÍNDICE.

1. GENERALIDADES.

- 1.1 Origen.
- 1.2 Descripción de actividades.
- 1.3 Organigrama.

2. COMPROMISO EMPRESARIAL.

- 2.1 Carta de Compromiso.

3. COBERTURA DEL SISTEMA.

- 3.1 Alcance.
- 3.2 Exclusiones.
- 3.3 Política de Calidad.
- 3.4 Objetivos de Calidad.
- 3.5 Mapa de procesos.


4.0 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

- 4.1 Requisitos Generales.
- 4.2 Requisitos de la Documentación.
 - 4.2.1. Generalidades.
 - 4.2.2 Manual de la Calidad.
 - 4.2.3 Control de los Documentos.
 - 4.2.4 Control de los Registros.

5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN.

- 5.1 Compromiso con la dirección.
- 5.2 Enfoque al cliente.
- 5.3 Política de la Calidad.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 126 de 204

5.4 Planificación.

5.4.1 Objetivos de la Calidad.

5.4.2 Planificación del Sistema de Gestión de Calidad.

5.5 Responsabilidad, Autoridad y Comunicación.

5.5.1 Responsabilidad y autoridad.

5.5.2 Representante de la Dirección.

5.5.3 Comunicación Interna.

5.6 Revisión por la Dirección.

5.6.1 Generalidades.

5.6.2. Información para la Revisión

5.6.3. Resultados de la revisión.

6.0 GESTIÓN DE LOS RECURSOS.

6.1 Provisión de los recursos.

6.2 Recursos Humanos.

6.2.1 Generalidades.

6.2.2 Competencia, toma de conciencia y formación.

6.3 Infraestructura.

6.4 Ambiente de trabajo.

7.0 REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO.

7.1 Planificación de la prestación del servicio.

7.2 Procesos relacionados con el cliente.

7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio.

7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el servicio.


7.2.3 Comunicación con el cliente.

7.4 Compras.

7.4.1 Proceso de Compras.

7.4.2 Información de las compras.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 127 de 204

7.4.3 Verificación de los productos comprados.

7.5 Producción y prestación del servicio.

7.5.1 Control de la producción y prestación del servicio.

7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio.

7.5.3 Identificación y trazabilidad.

7.5.4 Propiedad del cliente.

7.5.5 Preservación del servicio.

7.6 Control de los dispositivos de seguimiento y medición.

8.0 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA.

8.1 Generalidades.

8.2 Seguimiento y medición.

8.2.1 Satisfacción del cliente.

8.2.2 Auditoría Interna.

8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos.

8.2.4 Seguimiento y medición del servicio.

8.3 Control del servicio no conforme.

8.4 Análisis de datos.

8.5 Mejora.

8.5.1 Mejora continua.

8.5.2 Acción correctiva.

8.5.3 Acción preventiva.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 128 de 204

1. GENERALIDADES.

1.1 ORIGEN.

COOPCLINISUR es una IPS de primer nivel debidamente habilitada por la secretaria de salud departamental con NIT 800.220.876- 0, ubicada en la carrera 11 No 14 – 06 Barrio los Rosales municipio de Florida blanca Santander; esta iniciativa fue liderada por el Dr. Luís Jesús Romero quien en compañía de un grupo de profesionales deciden crear una institución sin ánimo de lucro que brindara atención en salud bajo el lema de “Medicina de calidad con Sentido Social”

Las instalaciones fueron construidas entre Octubre de 1993 y Marzo de 1994 diseñadas para el funcionamiento de una institución de salud que permitiera brindar un eficiente servicio médico de primer nivel, y desde entonces hemos prestado durante 24 horas todos los días del año servicios de salud a la comunidad del área metropolitana de Bucaramanga, contando con más de 12000 usuarios en los últimos años.

Actualmente contamos con un talento humano eficiente, responsable y comprometido en el desarrollo del objeto social, en función de la satisfacción de los usuarios y calidad en servicio.

1.2 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES.

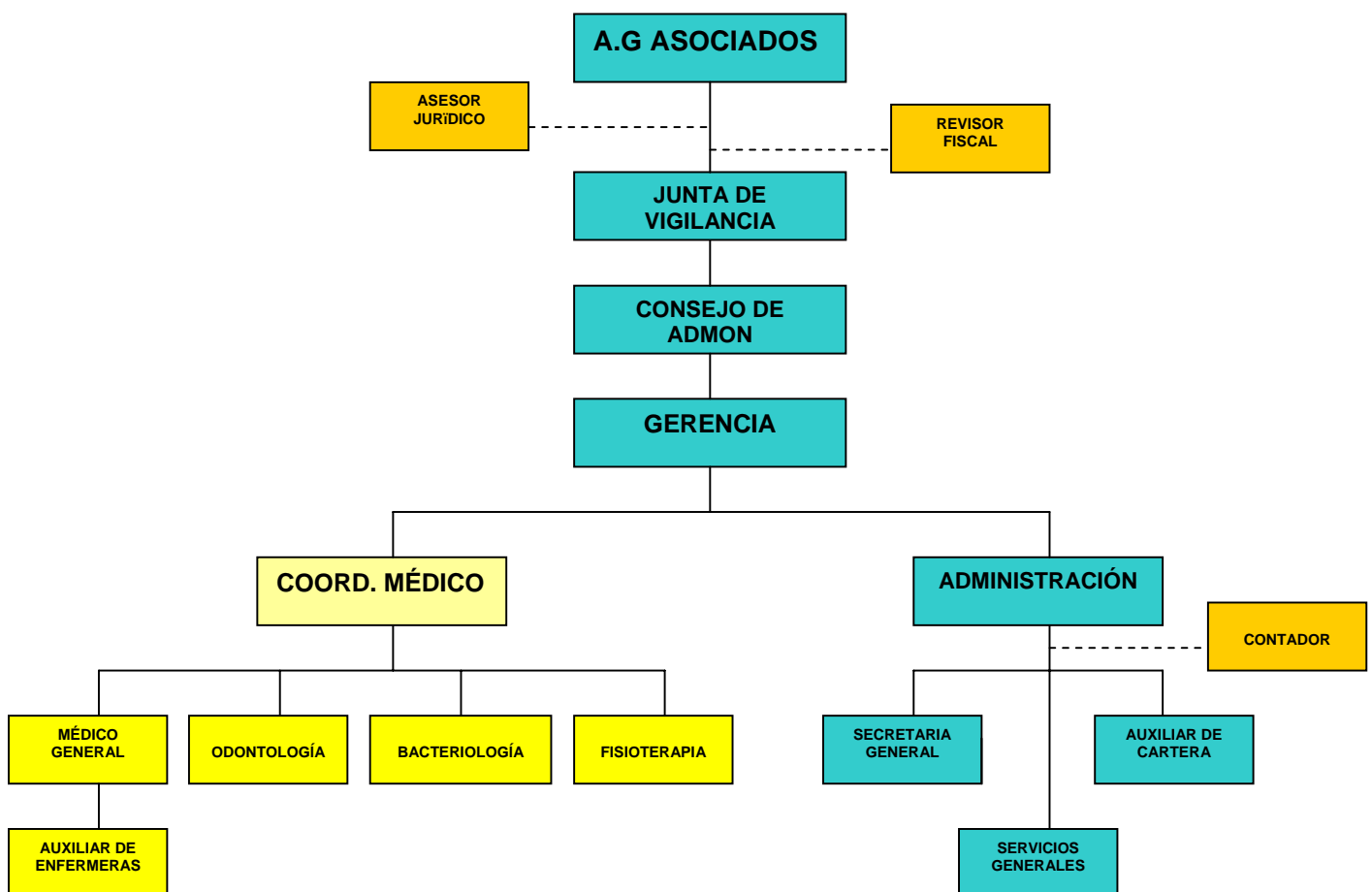
COOPCLINISUR como instituto prestador de servicios de primer nivel, presta los servicios de consulta externa de medicina general, consulta médica de urgencia de baja complejidad, procedimiento de urgencia de baja complejidad, pequeña cirugía, consulta médica especializada. (Convenios), consulta y tratamiento odontológico, laboratorio clínico de primer nivel, consulta de nutrición, consulta y actividades de

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 129 de 204

fisioterapia y terapia respiratoria, consulta de psicología, laboratorio especializado. (Convenio), radiología. (Convenio).

1.3 ORGANIGRAMA.



PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 130 de 204

2. COMPROMISO EMPRESARIAL

2.1 CARTA DE COMPROMISO


Como Gerente de la unidad clínica cooperativa del sur, COOPCLINISUR; Considero importante nuestra permanencia en el mercado, la cual podemos lograr cumpliendo con las exigencias de nuestros clientes, razón por la cual me comprometo a respaldar el Sistema de Gestión de Calidad cumpliendo con los requisitos legales y reglamentarios.

En este proceso se involucra a todos los empleados que tienden a alimentarlo y a enriquecerlo con su trabajo diario y compromiso, de acuerdo a nuestra política de calidad, buscando el logro de objetivos que propendan a satisfacer todas y cada una de las necesidades de nuestros clientes y del mercado.

ALEXANDER HERNANDEZ PINEDA.

Gerente

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 131 de 204

3. COBERTURA DEL SISTEMA.

3.1 ALCANCE.

COOPCLINISUR, determinó que el alcance en la implementación y certificación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001:2000, comprende la prestación del servicio de Bacteriología, Odontología y consulta externa de Medicina general.

3.2 EXCLUSIONES.

COOPCLINISUR excluye de su sistema de gestión de calidad el numeral 7.3 Diseño y desarrollo de la norma ISO 9001:2000, debido a que no diseña los servicios que presta a sus clientes. Por lo tanto se considera este numeral de la norma, una de las exclusiones para la organización.

3.3 POLÍTICA DE CALIDAD.


La Unidad Clínica Cooperativa del Sur “COOPCLINISUR” CTA., es un Instituto Prestador de Servicios de Salud de primer nivel, debidamente habilitados por la Secretaria de Salud Departamental; aseguramos la satisfacción de nuestros clientes atendiendo con oportunidad, eficacia y calidez.

Estamos comprometidos con la calidad de nuestros servicios, apoyándonos en la mejora continua de nuestro sistema de gestión de la calidad y el respaldo de un personal ético, idóneo, capacitado y comprometido por la excelencia”.

3.4 OBJETIVOS DE CALIDAD.

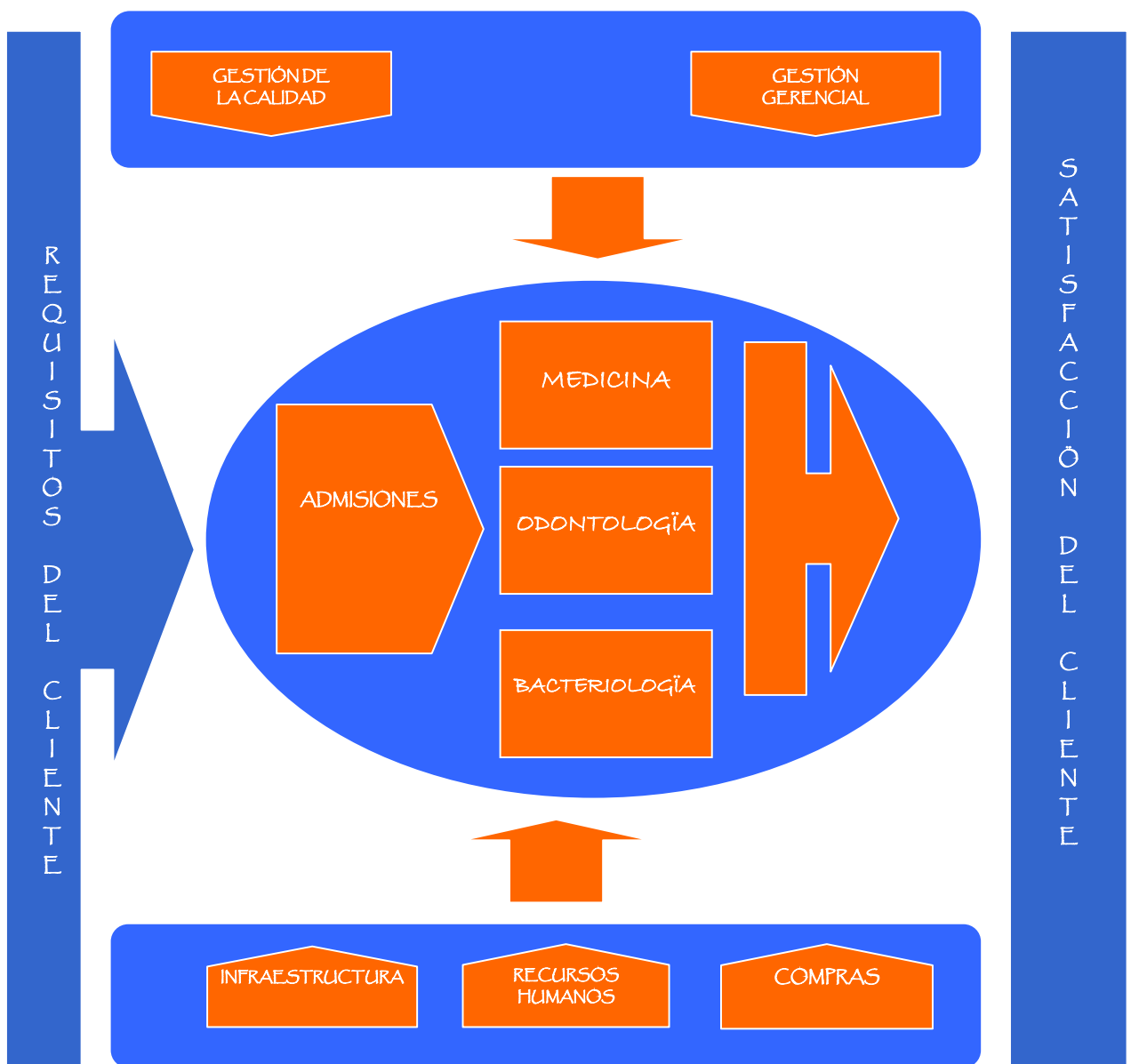
1. Mantener contacto permanente con los clientes para conocer sus necesidades y garantizar su satisfacción.
2. Conformar y mantener un equipo humano por medio de la mejora de sus capacidades laborales y humanas.
3. Promover la mejora continua para fortalecer el sistema de gestión de calidad.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------


 <p>MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL</p>	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 132 de 204

4. Incrementar la efectividad en los procesos.

3.5 MAPA DE PROCESOS.



PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 133 de 204

4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

4.1 REQUISITOS GENERALES.


COOPCLINISUR establece, documenta, implementa y mantiene su sistema de gestión de la calidad además de mejorar continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2000.

COOPCLINISUR cumple de la siguiente manera con los requisitos exigidos por ISO 9001:2000:

- a. Identifica los procesos necesarios del sistema de gestión de la calidad y la manera como los aplica según se muestra en las caracterizaciones de los procesos.
- b. Determina la secuencia e interacción de los procesos en el mapa proceso que se presenta en este manual de calidad.
- c. Determina en el capítulo 7 de este manual de calidad, los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces.
- d. Asegura, según se establece en el capítulo 6 de este manual de calidad, la disponibilidad de los recursos necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos.
- e. Realiza, según se explica en el capítulo 8 de este manual de calidad, el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos.
- f. Implementa, según se aclara en el capítulo 8 de este manual de calidad, las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.

A lo largo del manual de calidad se establece cómo se gestionan estos procesos para que sean acordes con los requisitos de la norma ISO 9001:2000.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 134 de 204

En el numeral 7.4 de este manual de calidad se presenta la forma como COOPCLINISUR se asegura de controlar los procesos contratados externamente, que afecten la calidad del servicio.


4.2 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN.

4.2.1 Generalidades.

La documentación del sistema de gestión de la calidad de nuestra organización incluye:

- a. La política de la calidad y los objetivos de la calidad, que se han presentado en la página 4 de este manual de calidad.
- b. Este manual de calidad, estructurado en el mismo orden en que se presentan los capítulos 4 al 8 de la norma ISO 9001:2000, e incluye la identificación de COOPCLINISUR, así como la cobertura del sistema de gestión de calidad.
- c. Los procedimientos documentados exigidos por la norma ISO 9001:2000 entre los que se incluye: control de documentos, control de registros, control del producto no conforme, acciones correctivas, acciones preventivas y auditoría interna. Al respecto se sugiere ver los siguientes numerales: 4.2.3, 4.2.4, 8.2.2, 8.3, 8.5.2 y 8.5.3. de este manual.
- d. Los documentos requeridos por la organización para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de los procesos, los cuales se encuentran identificados en el listado maestro de documentos con código PR-C02-F05 que se archiva en la carpeta de Coordinación de Calidad.
- e. Los registros, cuyo listado maestro con código PR-C02-F05 se archiva en la carpeta de Coordinación de Calidad. La gestión de los registros mencionados se realiza de acuerdo con lo establecido en el numeral 4.2.4 de este manual de calidad.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 135 de 204

4.2.2 Manual de la calidad.

COOPCLINISUR, ha establecido y realiza la gestión del manual de la calidad en el cual se ha incluido:

- a. El alcance del sistema de gestión de la calidad, sus características particulares y la justificación de las exclusiones realizadas. El alcance y las exclusiones presentadas en este manual de calidad.
- b. Los procedimientos documentados establecidos para el sistema de gestión de la calidad.
- c. La interacción entre los procesos del sistema de gestión de la calidad la cual se ha presentado en el mapa de procesos.


4.2.3 Control de documentos.

COOPCLINISUR controla los documentos exigidos por el sistema de gestión de la calidad.

El control de documentos con código PR-C02 es el procedimiento documentado en el cual se establecen los controles necesarios para:

- a. Aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión.
- b. Revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente.
- c. Asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de revisión actual de los documentos.
- d. Asegurarse de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso.
- e. Asegurarse de que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables.
- f. Asegurarse de que se identifican los documentos de origen externo y se controla su distribución.
- g. Prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 136 de 204

El procedimiento Norma fundamental con código PR-C01, define la estructura como deben presentarse dichos documentos.

4.2.4 Control de los registros.

COOPCLINISUR establece y realiza una adecuada gestión de los registros con el fin de proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del sistema de gestión de la calidad. El procedimiento Control de los registros con código PR-C03, establece los requisitos mediante los cuales se garantiza que los registros permanecen legibles, fácilmente identificables y recuperables. El mismo procedimiento define los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros.


5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN.

5.1 COMPROMISO CON LA DIRECCIÓN.

La alta dirección de COOPCLINISUR, evidencia su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de calidad, así como con la mejora continua de su eficacia en la carta de compromiso firmada por el Gerente de la organización.

- a. La alta dirección mediante comunicación interna que se describe mas adelante en el numeral 5.5.3, comunica a la organización la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios.
- b. Establece la política de calidad documentada.
- c. Determina los objetivos de calidad.
- d. Lleva a cabo las revisiones por la dirección que se especifica en el instructivo IN - A03.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 137 de 204

e. Asegura la disponibilidad de los recursos como se muestra en el capítulo 6, específicamente en el numeral 6.1 (Provisión de Recursos).

5.2 ENFOQUE AL CLIENTE

La alta dirección asegura que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar su satisfacción, como se precisa en los numerales 7.2.1 (determinación de los requisitos relacionados con el servicio) y 8.2.1 (satisfacción del cliente).

5.3 POLÍTICA DE LA CALIDAD

La alta dirección de COOPCLINISUR asegura que la política de calidad es:

- a. 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 calidad.
- c. Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad.


Dicha política de calidad es comunicada y entendida dentro de la organización por el sistema de comunicación interna descrita en el numeral 5.5.3, es revisada para su continua adecuación en las reuniones del comité de calidad teniendo en cuenta los aportes del personal de COOPCLINISUR que puedan hacer para su continua adecuación y mejora.

5.4 PLANIFICACIÓN.

5.4.1 Objetivos de la calidad.

La alta dirección asegura que los objetivos de la calidad, incluyendo aquellos necesarios para cumplir con los requisitos del servicio, se establecen en las funciones y niveles pertinentes dentro de COOPCLINISUR por medio de comunicación interna descrita en el numeral 5.5.3.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 138 de 204

En la página 4 y 5 de este manual de calidad, se encuentran los objetivos de la calidad, los cuales son medibles y coherentes con la política de la calidad.

5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad.

La alta dirección asegura que la planificación del sistema de gestión de calidad se realiza con el fin de cumplir los requisitos citados en el numeral 4.1, así como los objetivos de la calidad y se mantiene la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planifican e implementan cambios en este.

La planificación del SGC de COOPCLINISUR, se realiza anualmente como se especifica en el IN-A02.

5.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN.

5.5.1 Responsabilidad y autoridad.

La alta dirección asegura de que las responsabilidades y autoridades se encuentran definidas según el organigrama presentado.

La alta dirección también asegura que estas responsabilidades y autoridades son comunicadas dentro de COOPCLINISUR a través de comunicación interna y existe una matriz de Cargos vs. Responsabilidades PR-A01-F05, para aquellas actividades relacionadas con calidad.

5.5.2 Representante de la dirección.

La alta dirección de COOPCLINISUR dentro de la estructura organizacional nombra al Dr. ALEXANDER HERNANDEZ PINEDA, como representante de la dirección quien con independencia de otras responsabilidades, debe tener la responsabilidad y autoridad delegada de ésta en todo lo referente al desarrollo del sistema de gestión de calidad, desempeñando las misiones de coordinación de las actividades, así como del control sobre las mismas, profundizando en el conocimiento de las necesidades explícitas o implícitas de los clientes con relación a los servicios que prestamos. El representante de la Dirección, con ayuda del personal de COOPCLINISUR,

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 139 de 204

transformara dichas necesidades en especificaciones reales del servicio, con el ánimo de conseguir la satisfacción de nuestros clientes.

Este nombramiento se evidencia en el acta de comité de calidad 01 del día 27 de Julio.

5.5.3 Comunicación interna.

La alta dirección asegura los mecanismos necesarios para la comunicación eficaz entre los distintos niveles de la organización implicados en el desarrollo, implementación y mantenimiento del sistema de gestión de calidad; además de dar a conocer aspectos importantes de la eficacia del sistema, resultados de indicadores de gestión, auditorias y revisiones realizadas al SGC. Los medios de comunicación utilizados son:

- Reuniones informativas.
- Reuniones grupales.
- Correspondencia interna.
- Publicaciones internas (cartelera, memorandos).


5.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN.

5.6.1 Generalidades

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

Esta revisión se encuentra establecida en el instructivo IN-A03 y se mantienen los registros adecuados mediante las actas emitidas en cada una de las reuniones efectuadas.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 140 de 204

5.6.2 Información para la revisión.

La información de entrada para la Revisión por la Dirección descrita en el instructivo IN-A03 incluye:

- a. Resultados de auditorías.
- b. Retroalimentaciones del cliente.
- c. Desempeño de los procesos y conformidad del servicio.
- d. Estado de las acciones correctivas y preventivas.
- e. Acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas.
- f. Cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad.
- g. Recomendaciones para la mejora.
- h. Política de Calidad y objetivos de Calidad.

5.6.3 Resultados de la revisión.


Los resultados de la Revisión por la Dirección se encuentran registrados en las actas emitida en cada reunión, incluyen todas aquellas decisiones y acciones relacionadas con la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos; la mejora del servicio en relación con los requisitos del cliente y las necesidades de recursos.

6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS.

6.1 PROVISIÓN DE LOS RECURSOS.

COOPCLINISUR determina los recursos mediante la gestión del representante de la dirección quien a través de las reuniones de revisión por la dirección o mediante las reuniones del comité de calidad determina y provee los recursos para la implementación, mantenimiento y mejora continua de la eficacia de los procesos que conforman el sistema de gestión en calidad y para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 141 de 204

Estos recursos se encuentran determinados en el presupuesto del sistema de gestión de la calidad, que se encuentra bajo la responsabilidad del Gerente de COOPCLINISUR.

6.2 RECURSOS HUMANOS.


6.2.1 Generalidades.

El personal que realiza trabajos que afecten la Calidad de nuestros servicios es competente en base a la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas según el perfil de cargos descrito en el instructivo IN-A01, en el cual se encuentra para cada cargo los requisitos con los que debe cumplir el personal para poder ejercer labores en COOPCLINISUR.

6.2.2 Competencia, toma de conciencia y formación.

- a) COOPCLINISUR determina la competencia de su personal por medio de la entrevista y de las pruebas necesarias, de las cuales queda la evidencia en el registro PR-A01-F01.
- b) Proporciona formación al personal para satisfacer sus necesidades, mediante las acciones tomadas después de confrontar el perfil según el registro PR-A01-F02, Análisis de perfil y los reportes de asistencia a las capacitaciones realizadas.
- c) Asegura que el personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad por medio de capacitaciones y de evaluaciones de su trabajo.
- d) Mantiene los registros apropiados de educación, formación, habilidades y experiencia. Evidencia de esto, se mantienen las hojas de vida por cada uno de las personas que ejercen labores en COOPCLINISUR, en donde se encuentran los registros necesarios.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 142 de 204

6.3 INFRAESTRUCTURA.

COOPCLINISUR determina, proporciona y mantiene la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del servicio. Las instalaciones, áreas de trabajo, equipos para los procesos y servicios asociados son mantenidas adecuadamente.


COOPCLINISUR cuenta con los equipos necesarios para la prestación del servicio y estos son mantenidos por medio de mantenimiento preventivo y correctivo, en el procedimiento PR-C11 Infraestructura determina los parámetros para controlar y mantener en perfecto estado de funcionamiento todos los equipos de la organización, instalaciones y servicios de apoyo. La evidencia de este procedimiento se encuentra el listado maestro de equipos, las hojas de vida por equipo, el plan de mantenimiento y los reportes de mantenimiento para cada uno de los equipos.

6.4 AMBIENTE DE TRABAJO.

COOPCLINISUR mantiene el ambiente de trabajo necesario para garantizar la satisfacción del cliente y la de sus colaboradores para lo cual cuenta con un reglamento interno de trabajo, un programa de manejo de residuos sólidos y la implementación del programa de salud ocupacional.

Además cuenta con una infraestructura en buen estado y un buen clima organizacional apoyado con la celebración de las diferentes festividades que se presenten durante el año.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 143 de 204

7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO.

7.1 PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO.


COOPCLINISUR planifica y desarrolla los procesos necesarios para la prestación del servicio. La planificación de la prestación del servicio se desarrolla a través de los planes de calidad (medicina, bacteriología, odontología); los cuales se hacen teniendo en cuenta la secuencia de las operaciones del proceso, características del servicio a controlar, parámetros del proceso a controlar y equipos requeridos para la realización de la operación; los cuales son coherentes con los requisitos de los otros procesos del sistema de gestión de la calidad.

Durante la planificación de la prestación del servicio, COOPCLINISUR determina lo siguiente.

- a) Revisa la pertinencia de los objetivos de calidad y los requisitos relacionados con el servicio según se establece en el numeral 7.2.1.
- b) Determina la necesidad de establecer procesos, documentos y de proporcionar recursos específicos para la prestación del servicio.
- c) Las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayo/prueba específicas para el servicio a prestar, así como los criterios para la aceptación del mismo.
- d) Dentro de los registros necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de realización y el servicio resultante cumplen con los requisitos, encontramos procedimientos, formatos, planes de calidad e indicadores de gestión.

Cada uno de ellos está enfocado a cubrir las necesidades detectadas y definen la manera de realizar las actividades y recolectar la evidencia de las mismas.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 144 de 204

7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE.

7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio.

COOPCLINISUR determina a través del procedimiento prestación del servicio PR-C09 y en cada uno de los procedimientos para la prestación del servicio de medicina PR-M01; Bacteriología PR-B01; odontología PR-O01:

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

7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el servicio.

COOPCLINISUR revisa los requisitos relacionados con la prestación del servicio. Esta revisión se efectúa antes de que la organización se comprometa a proporcionar el servicio al cliente (por ejemplo: capacidad de prestar el servicio, contar con la infraestructura adecuada y necesaria, el recurso humano competente para la prestación del servicio).

En el procedimiento PR-C09, los planes de calidad y los procedimientos de prestación del servicio para medicina, bacteriología y odontología; se detallan las actividades a tener en cuenta para la revisión de los requisitos relacionados con la prestación del servicio.

7.2.3 Comunicación con el cliente.

COOPCLINISUR determina e implementa disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, antes, durante y después de la prestación del servicio; allí se informa al cliente acerca de las condiciones del servicio, cumplimiento de sus requisitos y las actividades relativas al seguimiento y verificación del servicio.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 145 de 204

Esto se encuentra en los procedimientos de prestación del servicio y los planes de calidad.

La retroalimentación del cliente se hace a través de la encuesta que maneja la organización, el buzón de sugerencias o directamente el cliente puede presentar su queja o sugerencia con cualquiera de los funcionarios de COOPCLINISUR durante o después de la prestación del servicio.

7.4 COMPRAS.

7.4.1 Proceso de compras.

COOPCLINISUR asegura de que el producto o servicio adquirido cumple con los requisitos de compra especificados. Los controles aplicados al proveedor y al producto adquirido se definen el procedimiento PR-A02.


La organización debe evaluar y seleccionar los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos o servicios de acuerdo con los requisitos de la organización; para ello COOPCLINISUR establece los criterios necesarios para la selección, evaluación y reevaluación de los proveedores en el procedimiento PR-A03, y mantiene los registros de los resultados y las acciones que se deriven de los mismos en la ficha técnica de cada uno de los proveedores de productos y servicios.

7.4.2 Información de las compras.

COOPCLINISUR asegura de la adecuación de los requisitos de compra especificados antes de comunicárselos al proveedor, tal como lo establece el procedimiento PR-A02. Para esta actividad se utilizan órdenes de compra PR-A02-F03, donde se describe el producto o servicio a comprar, incluyendo cuando sea necesario:

Requisitos para la aprobación del producto, procedimientos, procesos y equipos; requisitos para la calificación del personal; requisitos del sistema de gestión de calidad.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 146 de 204

7.4.3 Verificación de los productos comprados.

COOPCLINISUR establece e implementa la inspección u otras actividades necesarias para asegurarse de que el producto o servicio adquirido cumple con los requisitos de compra especificados. Las disposiciones para la inspección, verificación y el método para la liberación del producto se especifica en el procedimiento PR-A02 y en el PR-A02-F04 verificación de productos.

7.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

7.5.1 Control de la producción y prestación del servicio.

COOPCLINISUR planifica y lleva a cabo el proceso de prestación del servicio bajo condiciones controladas. Dentro de estas condiciones controladas se incluye:


Descripción del servicio a prestar, uso de equipo y herramientas apropiadas, parámetros a controlar durante la prestación del servicio; esta información se encuentra contenida en los procedimientos y protocolos de servicio (Medicina, Bacteriología, Odontología) disponibles en las áreas en donde se desarrolla la actividad.

- Planes de calidad.
- Programa mantenimiento y reportes de mantenimiento.
- Tratamiento del servicio no conforme.
- Seguimiento a través de los indicadores de gestión que maneja la organización e implementando acciones correctivas/ preventivas o de mejora según sea el caso.

7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio.

COOPCLINISUR valida los procesos de prestación del servicio mediante las variables de control establecidas en los planes de calidad, la competencia del personal, estableciendo los requisitos del cliente y el manejo de los indicadores de gestión.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 147 de 204

7.5.3 Identificación y trazabilidad.

COOPCLINISUR realiza la identificación y trazabilidad en los servicios de medicina, bacteriología y odontología según a lo establecido en el PR-C09 Actividades relacionadas con la prestación del servicio en donde se hace referencia al proceso, la forma de identificarlo, la trazabilidad y el registro que lo evidencia.

7.5.4 Propiedad del cliente

COOPCLINISUR cuida los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo el control de la organización o estén siendo utilizados por la misma, según como se muestra en el numeral 8.4 del procedimiento de actividades relacionadas con el servicio PR-C09.

7.5.5 Preservación del producto


COOPCLINISUR preserva la conformidad del servicio prestado durante el proceso interno, esta preservación detallada en el procedimiento PR-C09 incluye la identificación del paciente, condiciones de higiene y seguridad de las instalaciones, almacenamiento y controles necesarios para los productos comprados y protección de paciente.

7.6 CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN

COOPCLINISUR determina el seguimiento y la medición a realizar, y los dispositivos de medición y seguimiento necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del servicio con los requisitos determinados.

Este seguimiento se realiza a través del cumplimiento de las actividades establecidas en el instructivo Control de los dispositivos de seguimiento y medición con código IN-C01, en donde se identifican los equipos que son necesarios calibrar, la frecuencia con que esto se realiza, el rango de calibración y la verificación que se debe realizar con el fin de cumplir los requisitos establecidos, al igual que la compra de patrones certificados para realizar la verificación.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 148 de 204

La organización, no utiliza programas informáticos ni ningún otro dispositivo de medición diferente a los mencionados en el instructivo Control de los dispositivos de seguimiento y medición en sus actividades de seguimiento y medición de las variables que afectan la calidad del servicio.

8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

8.1 GENERALIDADES.

COOPCLINISUR planifica e implementa los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora entre los que se incluye los planes de calidad, indicadores de gestión, cumplimiento de objetivos de calidad, revisiones por la dirección realizadas al sistema de gestión de calidad, acciones correctivas, preventiva y de mejora, controlando el producto o servicio no conforme. Por medio de estos documentos demostramos la conformidad del servicio, aseguramos la conformidad del sistema de gestión de la calidad y la mejora continua de la eficacia del mismo.

8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN.

8.2.1 Satisfacción del cliente.

Como una de las medidas del desempeño del sistema de gestión de la calidad, COOPCLINISUR realiza el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización. La metodología para la obtención y utilización de dicha información se realiza por medio de la encuesta satisfacción del cliente, buzón de sugerencias y lo establecido en el numeral 7.2.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 149 de 204

8.2.2 Auditoría interna.

COOPCLINISUR lleva a cabo a intervalos planificados auditorías internas para determinar si el sistema de gestión de la calidad:

Es conforme con las disposiciones planificadas (véase 7.1), con los requisitos de esta Norma Internacional y con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos por COOPCLINISUR; y se ha implementado y se mantiene de manera eficaz.

En el acta de comité 012 del 22 de Marzo, se presentó el programa de auditorías internas; este programa se planificó teniendo en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas a auditar, así como los resultados de auditorías previas, los criterios de auditoría, el alcance de la misma, su frecuencia y metodología. La selección de los auditores y la realización de las auditorías aseguran la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría; para ello se cuenta con un procedimiento de auditorías internas PR-C07 en donde se describen todos estos lineamientos.


El responsable(s) del área que esté siendo auditada debe asegurar de que se toman acciones sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas. Las actividades de seguimiento deben incluir la verificación de las acciones tomadas según PR-C05 (acciones correctivas).

8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos.

COOPCLINISUR realiza el seguimiento y medición de los procesos por medio del análisis de los indicadores de gestión PR-C08-F01 y el empleo de herramientas estadísticas, por medio de las cuales se determina el cumplimiento del indicador y a su vez se indica el tratamiento a seguir para aquellos que no cumplan.

Si se llegase a comprobar que un proceso no cumple a lo estipulado, se debe revisar inmediatamente describiendo las acciones a tomar para asegurarse de la conformidad del servicio.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 150 de 204

8.2.4 Seguimiento y medición del servicio.

COOPCLINISUR hace el seguimiento y mide el cumplimiento de los requisitos asociados al servicio mediante los indicadores de gestión PR-C08-F01 y la verificación de seguimiento para cada uno de los servicios que presta COOPCLINISUR, por medio de los cuales se mide la eficiencia y eficacia. Esto se realiza en las etapas apropiadas al proceso de prestación de servicio de acuerdo con las disposiciones planificadas.

8.3 CONTROL DE SERVICIO NO CONFORME.

COOPCLINISUR asegura que el servicio que no sea conforme con los requisitos, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencional. Los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del servicio no conforme se presenta en el procedimiento documentado control del producto no conforme PR-C04, allí se define las acciones que se toman para eliminar la no conformidad detectada, acciones para eliminar su uso o aplicación y acciones para el producto o servicio no conforme después que se ha entregado al cliente.

8.4 ANÁLISIS DE DATOS.

COOPCLINISUR por medio del procedimiento de análisis de datos PR-C08, los indicadores de gestión, la encuesta satisfacción del cliente, buzón de sugerencias, requisitos establecidos en el numeral 7.2.1, las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas, seguimiento realizado a los procesos y la información referente a los proveedores; determina, recopila y analiza los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

8.5 MEJORA.

8.5.1 Mejora continua

COOPCLINISUR mejora continuamente la eficacia del sistema de gestión de la

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

 MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 151 de 204

calidad mediante el uso y seguimiento realizado a la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, el despliegue a los indicadores de gestión, las acciones correctivas y preventivas, la revisión por la dirección.

8.5.2 Acción correctiva

COOPCLINISUR establece mediante el procedimiento PR-C05 las acciones necesarias para eliminar la causa de no conformidades con objeto de prevenir que vuelva a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades halladas.

En este procedimiento se establece la revisión de las no conformidades, la determinación de las causas, la implementación de las acciones necesarias y la revisión de las acciones correctivas tomadas.

8.5.3 Acción preventiva

Determina mediante el procedimiento de PR-C06 las acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales. Allí se establece la determinación de las no conformidades potenciales y sus causas, la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades, la implementación de acciones necesarias y la revisión de las mismas.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 152 de 204

OBJETIVO: Brindar los lineamientos o directrices necesarios para realizar el seguimiento del Sistema de Gestión de Calidad.

RESPONSABLE: GERENTE (GESTION GERENCIAL)

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
<p>Cientes.</p> <p>Instituciones gubernamentales y no gubernamentales.</p> <p>Todos los procesos.</p> <p>Organización.</p>	<p>Requisitos del cliente tanto legal como reglamentario</p> <p>Retroalimentación del cliente</p> <p>Parámetros a establecer política y objetivos de calidad</p> <p>Resultado de auditorías internas</p>	<p>Determinar los requisitos del cliente.</p> <p>Determinar los recursos necesarios para implementar, mantener el SGC así como la mejora continua de su eficacia. Definir política de calidad y objetivos de calidad.</p> <p>Establecer que los objetivos de calidad se establecen en las funciones y niveles pertinentes dentro de la organización. Definir responsabilidades y autoridades en la organización. Realizar la planificación del sistema de gestión de calidad y las revisiones por la dirección</p> <p>Planear los indicadores de gestión adecuados a la organización.</p> <p>Promover la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la organización Comunicar a la organización la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios. Dar cumplimiento a la política y objetivos de la calidad. Otorgar los recursos necesarios en la implementación y mantenimiento del sistema de gestión. Comunicar las responsabilidades y autoridades dentro de la organización.</p> <p>Revisión a intervalos planificados de la política, objetivos de calidad, acciones correctivas/preventivas, estado de las no conformidades.</p> <p>Tomar el plan de acción para mejorar la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad. Poseer las herramientas adecuadas ante el incumplimiento de los requisitos del cliente. Asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el SGC.</p>	<p>Actas de planificación y revisión por la dirección.</p> <p>Oportunidad de mejora al sistema de gestión de calidad</p> <p>Revisiones por la dirección.</p>	<p>Todos los procesos.</p> <p>Cientes.</p> <p>Organización.</p>

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

 MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 153 de 204

DOCUMENTOS Y REGISTROS GENERADOS	PÁRAMETROS DE MEDICIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO	PROCESOS DE SOPORTE	REQUISITOS A CUMPLIR ISO 9001
Revisión por la dirección. - Acta de revisión por la dirección. Política y objetivos de la calidad. - Indicadores de gestión. Planificación del sistema de gestión de calidad. - Comunicación interna Perfil de cargos - Organigrama.	Satisfacción del cliente. Capacidad de respuesta.	Todos los procesos.	5.1 5.2 5.3 5.4 6.1

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 154 de 204

OBJETIVO: Diseñar, documentar e implementar el Sistema de gestión de Calidad y mantener la mejora continua de su eficacia de acuerdo a lo establecido en la norma ISO 9001: 2000.

RESPONSABLE: COORDINADOR DE CALIDAD (**GESTION DE LA CALIDAD**)

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
Todos los procesos. Organización. Auditores externos. Gestión gerencial.	Necesidades de documentación Política y objetivos de calidad. No conformidades Mediciones de indicadores Necesidades y expectativas de partes interesadas. Necesidades de la organización Informe de auditoría	Elaboración e implementación de documentos que conforman el sistema de gestión de calidad. Control de la documentación y control de los registros. Capacitación, concientización e implementación del sistema de gestión de la Calidad. Brindar apoyo al recurso humano para la elaboración y difusión de la documentación del SGC; al igual en la identificación de la infraestructura necesaria para la prestación del servicio. Establecer responsabilidades y requisitos para la planificación y realización de las actividades del SGC. Determinar los medios adecuados para prevenir la causa de no conformidades. Planificar un programa de auditorías tomando en consideración el estado e importancia de los procesos. Seguimiento y cumplimiento de política y objetivos de calidad. Medición y seguimiento a los indicadores de gestión. Seguimiento de acciones correctivas y preventivas generadas. Seguimiento a registros generados por la organización. Análisis de las no conformidades. Realizar las auditorías internas. Interactuar con los procesos que conforman el sistema de gestión para el cumplimiento de los requisitos y actividades que se derivan del sistema de gestión. Formación de auditores internos y presentación de informe de auditorías internas	Documentación del sistema de gestión de calidad. Personal capacitado y comprometido. Planes de acción Acciones correctivas. Acciones preventivas	Organización. Todos los procesos.

DOCUMENTOS Y REGISTROS GENERADOS	PÁRAMETROS DE MEDICIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO	PROCESOS DE SOPORTE	REQUISITOS A CUMPLIR ISO 9001
Norma fundamental. Auditoría interna. Control de documentos - Control de registros. Análisis de datos. Satisfacción de cliente. Encuesta satisfacción del cliente. Actividades relacionadas con la prestación del servicio. Control del servicio no conforme. Acción correctiva / preventiva. Manual de calidad.	Programa de inducción. Estado de acciones correctivas. Estado de acciones preventivas.	Todos los procesos	4.1 4.2 8.2.1 8.2.2 8.2.3 8.3 8.4 8.5.1 8.5.2 8.5.3

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 155 de 204

OBJETIVO: Apoyar los procesos de medicina, bacteriología y odontología en el desarrollo de actividades necesarias para la prestación del servicio, proveyendo de información y recursos para el mismo.

RESPONSABLE: SECRETARIA - ENFERMERA (ADMISIONES)

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
Cliente.	Registro civil	Identificar las necesidades del paciente. Brindar información al cliente acerca de las condiciones del servicio.	Historia clínica.	Medicina.
Medicina.	Tarjeta de identidad	Determinar los requisitos estipulados por el cliente, como los legales y reglamentarios relacionados con el servicio a prestar. Determinar la competencia del personal que labora en COOPCLINISUR, necesario para dar cumplimiento a los requisitos estipulados.	Cita Médica.	Odontología.
Odontología.	Cédula de Ciudadanía	Identificar si se encuentra con los equipos necesarios para la prestación de servicio. Determinar si hay disponibilidad de citas para prestar el servicio.	Toma de signos vitales al paciente.	Bacteriología.
Infraestructura.	Carné del seguro	Establecer los medios de comunicación adecuados. Diligenciamiento de datos personales del paciente.	Satisfacción del cliente.	Clientes.
Bacteriología.	Requisitos o necesidades del cliente	Recopilación de la documentación personal del paciente para su registro y posterior atención. Verificar los requisitos estipulados por el paciente, disponibilidad de personal y equipos necesarios para el servicio. Entrega de resultados de bacteriología al paciente. Acciones de mejora. Seguimiento a indicadores del proceso de admisiones.		

DOCUMENTOS Y REGISTROS GENERADOS	PÁRAMETROS DE MEDICIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO	PROCESOS DE SOPORTE	REQUISITOS A CUMPLIR ISO 9001
Actividades relacionadas con la prestación del servicio. Turnos de atención médicos y enfermeras.	Admisiones	Infraestructura	7.2.1
Deberes y derechos. Programador de citas.		Recursos humanos	7.2.3
Condiciones del servicio.			7.2.3

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 156 de 204

OBJETIVO: Documentar los requisitos que debe proporcionar COOPCLINISUR para la prestación del servicio de medicina, aumentando la calidad en el servicio prestado y la satisfacción de los clientes.

RESPONSABLE: MÉDICO CIRUJANO - ENFERMERA. (MEDICINA)

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
Clientes.	Requisitos o necesidades del cliente.	Determinar los requisitos estipulados por el paciente, como los legales y reglamentarios necesarios para la prestación del servicio. Establecer los mecanismos adecuados para dar cumplimiento a los requisitos del paciente.	Formula médica.	Gestión de la calidad.
Gestión gerencial	Condiciones del servicio. Historia Clínica.	Determinar canales de comunicación. Establecer los equipos y herramientas necesarias para prestar del servicio. Determinar acciones de mejora durante la prestación del servicio	Orden de examen.	Odontología.
Admisiones.	Deberes y derechos de los pacientes.	Prestar atención al paciente (Dar cita o programar cita). Buscar historia clínica para actualizarla y/o abrir historia clínica.	Satisfacción del cliente.	Bacteriología.
Gestión Calidad.	Actividades relacionadas con la prestación del servicio. PR-C09.	Toma de tensión, peso, temperatura y demás actividades necesarias del servicio. Revisión de los requisitos estipulados por el paciente. Realizar diagnóstico al cliente y diligenciamiento del DX. Establecer medio de comunicación adecuado con el paciente.	Resultados de los indicadores de gestión.	
Infraestructura.	Listado maestro de equipos.	Dar las indicaciones adecuadas al paciente del proceso a seguir para el eficaz cumplimiento de sus requisitos. Realizar la formulación o remisión.	Programación de nueva cita.	Clientes.
Compras	Indicadores de gestión. IN-A02-A01 Compras.	Diligenciar los registros necesarios para el control de las actividades. (Indicadores) Verificar que el servicio prestado haya sido el adecuado. Verificar que las historias clínicas se encuentren ordenadas antes y después de la prestación del servicio. Realizar listado de pacientes que requieran seguimiento y medición del servicio.	Programa de mantenimiento.	Gestión Gerencial.
		Realizar llamada a los pacientes establecido. Programación de nuevas citas, determinando proceso a seguir con el paciente. Actuar ante el incumplimiento en el servicio prestado mediante el procedimiento control de servicio no conforme, acciones correctivas/ preventivas según sea el caso. Evaluar el cumplimiento de los objetivos mediante el seguimiento a los indicadores de gestión	Verificación de productos comprados.	

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 157 de 204

DOCUMENTOS Y REGISTROS GENERADOS	PÁRAMETROS DE MEDICIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO	PROCESOS DE SOPORTE	REQUISITOS A CUMPLIR ISO 9001	
Plan de calidad.	Tiempo de respuesta en la asistencia prestada.	Admisiones	7.1	7.2.1
Prestación del servicio de medicina.	PGIRS	Gestión Calidad.	7.2.2	7.2.3
Verificación de seguimiento.	Historia clínica	Recursos Humanos	7.4.3	7.5
		Infraestructura.	7.6	8.2.3
		Compras	8.2.4	8.3

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 158 de 204

OBJETIVO: Especificar los requisitos que debe cumplir el servicio de odontología para aumentar la calidad en el servicio prestado, garantizando la satisfacción de sus clientes a través del cumplimiento de sus requisitos.

RESPONSABLE: ODONTOLOGA. (ODONTOLOGÍA)

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
Clientes.	Requisitos o necesidades del cliente.	Establecer los mecanismos adecuados para dar cumplimiento a los requisitos del paciente. Determinar canales de comunicación.	Satisfacción del cliente.	Gestión de la calidad.
Admisiones.	Condiciones del servicio.	Establecer los equipos y herramientas necesarias para prestar del servicio. Determinar acciones de mejora durante la prestación del servicio	Resultados de los indicadores de gestión.	Clientes.
Medicina.	Historia Clínica.	Prestar atención al paciente (Dar cita o programar cita). Revisión de los requisitos estipulados por el paciente.	Programación de nueva cita.	Gestión gerencial.
Gestión Calidad.	Actividades relacionadas con la prestación del servicio. PR-C09	Buscar historia clínica para actualizarla y/o abrir historia clínica. Realizar examen clínico al paciente. Desarrollar las actividades propias del servicio (Prestación del servicio PR-001). Dar las indicaciones adecuadas al paciente del proceso a seguir para el eficaz cumplimiento de sus requisitos.	Programa de mantenimiento.	Medicina.
Gestión Gerencial	Deberes y derechos pacientes.	Realizar la formulación o remisión. Programación de nuevas citas, determinando proceso a seguir con el paciente.	Verificación de productos comprados.	Admisiones.
Infraestructura	Listado maestro de equipos.	Diligenciar los registros necesarios para el control de las actividades. (Indicadores) Verificar el cumplimiento del procedimiento relacionado con las actividades de la prestación del servicio PR-C09.		
Compras.	Indicadores de gestión. IN-A02-A01	Verificar que el servicio prestado haya sido el adecuado (prestación del servicio). Verificar que las historias clínicas se encuentren ordenadas antes y después de la prestación del servicio. Realizar listado de pacientes que requieran seguimiento y medición del servicio. Realizar llamada a los pacientes establecido		

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 159 de 204

	Compra de materia prima necesaria para la prestación del servicio.	Actuar ante el incumplimiento en el servicio prestado mediante el procedimiento control de servicio no conforme, acciones correctivas/ preventivas según sea el caso. Evaluar el cumplimiento de los objetivos mediante el seguimiento a los indicadores de gestión.		
--	--	---	--	--

DOCUMENTOS Y REGISTROS GENERADOS.		PÁRAMETROS DE MEDICIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO	PROCESOS DE SOPORTE	REQUISITOS A CUMPLIR ISO 9001
Plan de calidad.	Verificación de seguimiento de la prestación del servicio.	Tiempo de asistencia en el servicio prestado.	Admisiones	7.1 7.2.1
Prestación del servicio de odontología.	Tiempo de espera.	Reporte de mantenimiento.	Gestión Calidad.	7.2.2 7.2.3
Actividades de promoción y prevención	Actividades procedimientos ambulatorios odontológicos.	Promoción y prevención. Cumplimiento programa de mantenimiento.	Recursos Humanos	7.4.3 7.5
			Infraestructura.	7.6 8.2.3
			Compras	8.2.4 8.3

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 160 de 204

OBJETIVO: Alcanzar la satisfacción de nuestros clientes por medio de la estandarización de las actividades pertenecientes a la prestación del servicio de bacteriología.

RESPONSABLE: BACTERIOLOGA. (BACTERIOLOGÍA)

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
Cientes.	Requisitos o necesidades del cliente.	Determinar los requisitos estipulados por el paciente, como los legales y reglamentarios necesarios para la prestación del servicio. Establecer los mecanismos adecuados para dar cumplimiento a los requisitos del paciente. Determinar canales de comunicación.	Satisfacción del cliente.	Cientes.
Gestión gerencial	Condiciones del servicio.	Establecer los equipos y herramientas necesarias para prestar del servicio. Determinar acciones de mejora durante la prestación del servicio	Resultados de los indicadores de gestión.	Gestión de la calidad.
Admisiones.	Orden de examen.	Prestar atención al paciente. Revisión de los requisitos estipulados por el paciente.	Entrega de resultados.	Medicina.
Gestión calidad.	Actividades relacionadas con la prestación del servicio. PR-C09	Toma de la muestra. Desarrollar las actividades propias del servicio (Prestación del servicio PR-B01). Confirmar estado paciente y dar la salida.	Programa de mantenimiento.	Gestión gerencial.
Medicina.	Debés y derechos pacientes.	Revisión y firma de los resultados, Entrega de resultados al paciente o la secretaria. Dar las indicaciones adecuadas al paciente del proceso a seguir para el eficaz cumplimiento de sus requisitos Diligenciar los registros necesarios para el control de las actividades. (Indicadores).	Verificación de productos comprados.	
Infraestructura.	Listado maestro de equipos.	Verificar que el servicio prestado haya sido el adecuado		
	Indicadores	Actuar ante el incumplimiento en el servicio prestado mediante el procedimiento control de servicio no conforme, acciones correctivas/preventivas según sea el caso		Admisiones.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

 MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 161 de 204

	de gestión. IN-A02-A01	Evaluar el cumplimiento de los objetivos mediante el seguimiento a los indicadores de gestión		
--	---------------------------	---	--	--

DOCUMENTOS Y REGISTROS GENERADOS		PÁRAMETROS DE MEDICIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO	PROCESOS DE SOPORTE	REQUISITOS A CUMPLIR ISO 9001
Plan de calidad.	Prestación del servicio.	Reporte de mantenimiento.	Admisiones	7.1 7.2.1
Registro de pacientes y resultados.	Registro de reactivos.	Cumplimiento programa de mantenimiento.	Gestión Calidad.	7.2.2 7.2.3
Frotis vaginales.	Temperatura baño serológico.	Procesamiento pruebas de urgencias.	Recursos Humanos	7.4.3 7.5
Control de temperatura para conservación de biológicos.	Registro T ^o congeladores.	Oportunidad entrega de resultados.	Infraestructura.	7.6 8.2.3
Procesamiento pruebas de urgencias.	Desinfección de neveras.		Compras	8.2.4 8.3
Oportunidad entrega de resultados.	Control de temperatura del medio ambiente.			
Planilla de remisión de muestras.				

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 162 de 204

OBJETIVO: Determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la prestación del servicio y asegurar que los equipos e instalaciones se encuentren en adecuado estado.

RESPONSABLE: RESPONSABLES DE LOS EQUIPOS POR AREA. (INFRAESTRUCTURA)

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
<p>Todos los procesos.</p> <p>Proveedores de infraestructura.</p>	<p>Equipos nuevos.</p> <p>Equipos usados.</p> <p>Catálogos</p> <p>Información de equipos</p>	<p>Definir equipos que afecten la prestación del servicio.</p> <p>Determinar personal competente para realizar mantenimiento de equipos y reparaciones locativas.</p> <p>Definir tipo de mantenimiento a realizar a los equipos.</p> <p>Recopilar información de equipos.</p> <p>Realizar inventario de equipos.</p> <p>Asignar código de equipos. – Abrir ficha técnica por cada equipo.</p> <p>Realizar plan de mantenimiento a equipos que intervengan en la calidad del servicio</p> <p>Dar las instrucciones necesarias del manejo de los equipos a las personas que los utilizan para evitar su mal funcionamiento y posterior deterioro.</p> <p>Realizar el mantenimiento preventivo a los equipos en las fechas programadas.</p> <p>Solicitar reparaciones locativas cuando se requiera.</p> <p>Realizar mantenimiento correctivo a los equipos cuando así lo requieran</p> <p>Elaborar el reporte de mantenimiento a los equipos cada vez que se les realice mantenimiento preventivo o correctivo.</p> <p>Verificar mantenimiento realizado a equipos.</p> <p>Asegurar que los equipos se encuentren en adecuado estado para la prestación del servicio.</p>	<p>Equipos identificados</p> <p>Equipos en óptimas condiciones para la prestación del servicio</p> <p>Listado de equipos.</p>	<p>Todos los procesos.</p> <p>Organización.</p>

DOCUMENTOS Y REGISTROS GENERADOS			PARÁMETROS DE MEDICIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO.	PROCESOS DE SOPORTE	REQUISITOS A CUMPLIR ISO 9001
<p>Infraestructura.</p> <p>Listado maestro de equipos.</p>	<p>Hoja de vida de equipos.</p> <p>Mantenimiento de equipos.</p>	<p>Reporte de mantenimiento de Equipos.</p>	<p>Cumplimiento programa plan de mantenimiento.</p> <p>Reporte de mantenimiento.</p>	<p>Medicina.</p> <p>Odontología.</p> <p>Bacteriología.</p> <p>Recursos humanos</p>	<p>6.3</p>

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 163 de 204

OBJETIVO: Asegurar que los productos o servicios comprados necesarios para la prestación del servicio cumplen con los requisitos de compra especificados.

RESPONSABLE: ADMINISTRADORA. (COMPRAS)

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
Gestión gerencial. Gestión calidad. Proveedores de productos y servicios.	Necesidad de compra Requisitos del cliente Necesidades del organización Cotizaciones.	Elaborar lista de productos o equipos a comprar. Realizar la solicitud de orden de compra. Verificar listado de proveedores. Expedir orden de compra. Seleccionar proveedor de productos o equipos a adquirir. Solicitud de cotizaciones a proveedores seleccionados. Análisis de cotizaciones enviadas por los proveedores (decisión a quien comprar). Aprobar orden de compra. Envío de la orden de compra al proveedor. Revisar los productos comprados y condiciones de compra. Establecer criterios de selección, evaluación y reevaluación de proveedores. Evaluar proveedores en base a los productos o equipos recibidos y cumplimiento de los requisitos que especifica COOPCLINISUR. Verificar cumplimiento de los proveedores mediante la reevaluación de los mismos. Reevaluar a proveedores de productos y servicios, en las fechas estipuladas por la organización.	Orden de compra Selección, evaluación y reevaluación de proveedores. Productos o equipos comprados en óptimas condiciones para la prestación del servicio	Medicina. Odontología. Bacteriología.

DOCUMENTOS Y REGISTROS GENERADOS			PARÁMETROS DE MEDICIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO	PROCESOS DE SOPORTE	REQUISITOS A CUMPLIR ISO 9001
Compras.	Solicitud de compra.	Cotización de compra.	Estado de productos o servicios adquiridos.	Medicina.	7.4.1
Orden de compra.	Anomalías de proveedores.	Ficha técnica de proveedores.	Calidad de nuestros proveedores.	Odontología.	7.4.2
Listado de proveedores.	Verificación de productos o servicios comprados.		Respuesta de proveedores.	Bacteriología.	7.4.3
	Selección, evaluación y reevaluación de proveedores				

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO: M-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 26/03/07	PÁGINA: 164 de 204

OBJETIVO: Mantener los requisitos necesarios en la vinculación de personal a COOPCLINISUR, para garantizar la idoneidad y competencia del personal.

RESPONSABLE: GERENTE (RECURSOS HUMANOS)

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
Gestión gerencial. Gestión de la calidad. Candidatos a vacantes.	Requerimientos de personal Perfil de cargo Hojas de vida	Identificar el personal que interviene en la calidad del servicio. Determinar educación, formación, habilidades y experiencias apropiadas para el personal. Diseñar programas de capacitación e inducción. Recepción de hojas de vida y análisis de las hojas de vida. Entrevista de selección y Análisis de perfil del cargo. Verificación de competencia de personal. Verificación de antecedentes laborales, familiares y personales. Otorgar los recursos necesarios al personal para el buen desempeño de sus funciones. Entrega de elementos de trabajo, conocimiento de manual de funciones, organigrama, política y objetivos de calidad. Implementación de programas de sensibilización orientados hacia el logro de los objetivos de calidad. Actividades de entrenamiento. Verificar el desarrollo de sus funciones y responsabilidades. Verificar el cumplimiento de las responsabilidades para con el sistema de gestión de calidad. Realizar evaluación de desempeño y definir plan de formación.	Hoja de vida del nuevo empleado Plan de formación. Personal idóneo, adecuado para el desempeño de las funciones que le sean asignadas	Medicina. Bacteriología. Odontología. Gestión de la calidad. Gestión Gerencial.

DOCUMENTOS Y REGISTROS GENERADOS		PARÁMETROS DE MEDICIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO	PROCESOS DE SOPORTE	REQUISITOS A CUMPLIR ISO 9001
Selección de personal.	Entrevista de personal.	Desempeño en evaluación.	Gestión gerencial.	6.2
Análisis de perfil.	Evaluación de desempeño con personal a cargo y sin personal a cargo	Efectividad del programa de salud ocupacional.	Gestión de calidad.	6.2.1
Perfil de cargos.	Matriz de cargos vs. Responsabilidades.			6.2.2
				6.4

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Manual de calidad.	No Solicitud 035
------------------------------	--	----------------------------

ANEXO B. PROCEDIMIENTO NORMA FUNDAMENTAL.

	NORMAL FUNDAMENTAL	CÓDIGO: PR-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 02/08/06	PÁGINA: 166 de 204

1. Objetivo.

Establecer los parámetros que deben contener los documentos con el fin de facilitar la estandarización de los procesos que integran el Sistema de Gestión de la Calidad.

2. Alcance:

Aplica en la elaboración de documento como Procedimientos, Manuales, Instructivos, Especificaciones, Formatos, Fichas técnicas, Planes de Calidad y cualquier otro documento que genere el Sistema de Gestión de la Calidad de COOPCLINISUR.

3. Responsables:

Coordinador de Calidad: Dar a conocer en su totalidad el contenido de este documento, la aplicación y el total cumplimiento de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad de la organización.

Todo el personal: Cumplir los lineamientos establecidos en el documento cada vez que le sea asignado la realización de uno de ellos.

4. Normatividad:

No aplica.

5. Documento requerido:

No aplica.

6. Definición:

Normalización: Es el proceso de formular y aplicar reglas con el fin de alcanzar un grado óptimo de orden en la elaboración de documentos utilizados por la organización.

Sistema de Gestión de la Calidad: Sistema de gestión para establecer la política y los objetivos, para lograr dichos objetivos, para dirigir y controlar dicha organización con respecto a la calidad.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Norma Fundamental	No Solicitud 001
------------------------------	---	----------------------------

	NORMAL FUNDAMENTAL	CÓDIGO: PR-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 02/08/06	PÁGINA: 167 de 204

Plan de Calidad: Documento que especifica que procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quien debe aplicarlos y cuando deben aplicarse a un proyecto. Proceso, producto o contrato específico.

Manual: Documento que contiene información válida y clasificada sobre una determinada materia de la organización. Es un compendio de información seleccionada y fácilmente localizable.

Procedimiento: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso

1. Los procedimientos pueden estar documentados o no

Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

Formato: Tamaño, estilo, forma y requisitos para recoger información de cualquier actividad.

Instructivo de trabajo: Documento que describe de manera detallada como se lleva a cabo una actividad, explicando cada paso a ejecutar.

Anexo: Información adicional que se adjunta a un documento y esta relacionado con este.

7. Equipos:

No aplica

8. Procedimiento:

Para la elaboración de los documentos mencionados anteriormente se tienen en cuenta los siguientes parámetros:

Encabezado: Según la ubicación y tamaño del papel se realiza un encabezado a lo largo de la hoja, el cual está dividido en 4 partes de la siguiente manera de izquierda a derecha:

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Norma Fundamental	No Solicitud 001
------------------------------	---	----------------------------

	NORMAL FUNDAMENTAL	CÓDIGO: PR-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 02/08/06	PÁGINA: 168 de 204

La primera parte contiene el logo de la empresa, el cual estará en el computador del Coordinador de calidad, con la siguiente ruta de archivo: C:/NORMAS ISO /logo Coopclinisur

La segunda parte corresponde al nombre del documento.

La tercera parte se encuentra dividida en dos filas iguales que contienen:

1. Código: La palabra “**CÓDIGO**” debe estar en mayúscula y el código que identifica al documento sin negrilla.

La interpretación es la siguiente:

XX-YY00-ZZ00

1 2 3

1 = Letra que identifica el tipo de documento, así:

M: Manual.

PR: Procedimiento.

IN: Instructivo.

PC: Plan de calidad

F: Formato

A: Anexos del Sistema de Calidad

2 = Departamento al cual pertenece el documento, seguido del consecutivo así:

G: Gerencia.

C: Coordinación de calidad

M: Medicina

B: Bacteriología.

O: Odontología.

00: Consecutivo partiendo de 01

Ejemplo: PR-C01 corresponde al documento Norma Fundamental

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Norma Fundamental	No Solicitud 001
------------------------------	---	----------------------------

	NORMAL FUNDAMENTAL	CÓDIGO: PR-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 02/08/06	PÁGINA: 169 de 204

3= Es utilizado solo cuando requiere un formato o un anexo adicional y esta seguido por su consecutivo.

F: Formato

A: Anexo

00: Consecutivo partiendo de 01

Ejemplo: PR-C01-A01.

2. Fecha: La palabra "**FECHA**" debe estar en mayúscula, el texto correspondiente se escribirá numéricamente utilizando dos dígitos, sin negrilla y en el siguiente orden: día, mes y año. **La fecha corresponde a la de implementación del documento al personal de COOPCLINISUR.**

La cuarta parte se encuentra dividida en dos filas iguales que contienen:

1. Revisión: La palabra "**REVISIÓN**" debe estar en mayúscula,

La revisión se refiere a un consecutivo de menor a mayor partiendo de 01, con el se busca establecer el estado de revisión actual del documento e identificar el uso no intencionado de los documentos obsoletos.

2. Página: se debe colocar el número de pagina correspondiente del total de las páginas, X de Y, donde X es la pagina actual y Y es el total de páginas. La palabra **PÁGINA** debe estar en mayúscula.

8.3 Cuerpo: Cuando se necesita documentar actividades con el fin de lograr la estandarización de los procesos y la mejora continua para aumentar la satisfacción del cliente o minimizar no conformes, se elaboran procedimientos e instructivos de trabajo que contengan los siguientes elementos:

1. Objetivo: Específica el **POR QUÉ** y **PARA QUÉ** se requiere el documento

2. Alcance: Define la cobertura y límites del documento; cuando se considere necesario se indican las exclusiones.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Norma Fundamental	No Solicitud 001
------------------------------	---	----------------------------

	NORMAL FUNDAMENTAL	CÓDIGO: PR-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 02/08/06	PÁGINA: 170 de 204

3. Responsables: Indica los cargos que tienen responsabilidad en el desarrollo del documento.

4. Normatividad: Se relaciona la documentación asociada con la ejecución y desarrollo del documento, tales como procedimientos relacionados y otros documentos de referencia y/o numerales de la norma ISO 9001:2000 que cubre el procedimiento y/o políticas de la empresa.

5. Documentos requeridos: Hace referencia a aquellos que fueron necesarios para la elaboración del documento en cuestión.

6. Definiciones: términos o documentos específicos del documento.

7. Equipos: Indicar los equipos utilizados en el procedimiento al cual se refiere el documento.

8. Procedimiento: Descripción de la metodología que permite cumplir con el requerimiento, en el cual se enumeran paso a paso las actividades a seguir. El procedimiento debe contener el CÓMO, QUIÉN y CUANDO se desarrolla una actividad.

9. Control de registros: Se especifica el almacenamiento, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros.

Para Formatos, Anexos, Especificaciones y Fichas Técnicas no se tienen en cuenta en el cuerpo la información anterior; su contenido y diseño serán de acuerdo a la necesidad.

8.4 Pie de página: Según la ubicación y tamaño del papel se elabora un pie de página a lo largo de la hoja, el cual esta dividido en 3 partes de la siguiente manera de izquierda a derecha:

La primera parte contiene la identificación del equipo en el cual fue originado el documento, según el departamento que lo elabora. La palabra “**PC**” debe estar en mayúscula.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Norma Fundamental	No Solicitud 001
------------------------------	---	----------------------------

 MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL	NORMAL FUNDAMENTAL	CÓDIGO: PR-C01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 02/08/06	PÁGINA: 171 de 204

La segunda parte corresponde a la ruta de archivo que identifica donde se encuentra almacenado magnéticamente el documento. La palabra “**RUTA DE ARCHIVO**” debe estar en mayúscula.

La tercera parte corresponde al número de solicitud, la palabra “**No. Solicitud**” en minúscula, la cual se encuentra en el formato de Solicitud de Elaboración, o actualización de Documentos con código PR-C02-F01 e indica la aprobación final del Comité de Calidad de la elaboración del documento.

9. Control de registros:

No aplica.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 4 / Norma Fundamental	No Solicitud 001
------------------------------	---	----------------------------

ANEXO C. SEIS (6) PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS.

 MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL	CONTROL DE DOCUMENTOS	CÓDIGO: PR-C02	REVISIÓN: 01
		FECHA: 15/08/06	PÁGINA 173 de 204

1. Objetivo:

Establecer la metodología a utilizar para el control de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad de COOPCLINISUR, en cuanto a la generación, actualización, revisión, aprobación, anulación, distribución y control de documentos.

2. Alcance:

Aplica para el control de los documentos y registros del Sistema de Gestión de la Calidad y para los documentos externos que llegan a la organización e influyen en la Calidad de los servicios ofrecidos por COOPCLINISUR.

3. Responsables:

Coordinador de Calidad: Dar a conocer en su totalidad el contenido de este documento, la aplicación y el total cumplimiento de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad de la organización.

Todo el personal: Cumplir los lineamientos establecidos en el documento cada vez que le sea asignado la realización de uno de ellos.

Comité de calidad: Verificar el cumplimiento, diligenciamiento y actualización de los documentos implementados.

4. Normatividad:

NTC-ISO-9000:2000 Sistemas De Gestión De la Calidad. Fundamentos Y Vocabulario.

NTC-ISO-9001:2000 Sistemas De Gestión De la Calidad. Requisitos.

5. Documentos requeridos:

PR-C01 Norma Fundamental.

6. Definiciones:

PC: Coord. calidad	RUTA DE ACCESO: C:/normas ISO/ Capítulo 4/Control de Documentos.	No Solicitud 002
------------------------------	--	-----------------------------------

 MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL	CONTROL DE DOCUMENTOS	CÓDIGO: PR-C02	REVISIÓN: 01
		FECHA: 15/08/06	PÁGINA: 174 de 204

Documento: Información y su medio de soporte. Ejemplo: Registro, especificación o un procedimiento documentado.

Documento externo: Información generada fuera de la organización, que sirve de referencia para el desarrollo de actividades técnicas, comerciales o administrativas e influyen en la calidad de los servicios ofrecidos por COOPCLINISUR.

Documento interno: Información generada dentro de la organización, que sirve de referencia para el desarrollo de actividades técnicas, comerciales o administrativas e influyen en la calidad de los servicios ofrecidos por COOPCLINISUR.

Copia controlada: Copia de un documento que se distribuye a su destinatario(a) y actualiza obligatoriamente.

Copia no controlada: Copia suministrada a solicitante(s) autorizado(s) cuya actualización no es obligatoria.

Control de documentos: Aprobar la elaboración de los documentos antes de su emisión, revisarlos y actualizarlos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente; así como asegurarse que se identifican los cambios y el estado de revisión actual, que las versiones pertinentes aplicables se encuentren disponibles en los puntos de uso, que permanecen legibles y fácilmente identificables, que se identifican los de origen externo y que se controla su distribución, identificar los documentos obsoletos si se mantiene por alguna razón y prevenir su uso inadecuado.

7. Equipos:

No aplica.

8. Procedimiento:

Generación de documentos:

Ante la necesidad de normalizar ciertas actividades o procesos, cualquier miembro de la organización puede solicitar la generación de un documento, para lo cual debe

PC: Coord. calidad	RUTA DE ACCESO: C:/normas ISO/ Capítulo 4/Control de Documentos.	No Solicitud 002
------------------------------	--	-----------------------------------

 MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL	CONTROL DE DOCUMENTOS	CÓDIGO: PR-C02	REVISIÓN: 01
		FECHA: 15/08/06	PÁGINA 175 de 204

diligenciar el Formato de Solicitud de Elaboración, o Actualización de Documentos con código PR-C02-F01.

Estas solicitudes son llevadas al Comité de Calidad próximo a realizarse, donde se sustenta la necesidad de elaboración de dicho documento y se solicita al comité su viabilidad.

Posteriormente el comité determina la viabilidad y si es necesario asigna un responsable para la elaboración del borrador del documento, para lo cual se deben seguir las pautas determinadas en el documento Norma Fundamental con código PR-C01.

La fecha de entrega del borrador será fijada en el comité, registrado en el acta correspondiente.

En la fecha establecida se revisa el documento y se hacen las anotaciones convenientes.

Seguidamente el Comité de Calidad aprueba la versión final en cuanto a su adecuación y el Coordinador de Calidad se encarga de normalizar el documento, apoyándose en el procedimiento estipulado en la Norma Fundamental con código PR-C01. Basándose en el documento anterior crea la estructura del código y define su consecutivo según lo señalado en el Listado Maestro de documentos con código PR-C02-F05 el cual debe ser actualizado posteriormente. Finalmente establece el No. de revisión, se fija la fecha de implementación y procede a repartir las copias al personal correspondiente.

Actualización de documentos:

Cuando sea necesario se deben revisar y actualizar los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad y aprobarlos nuevamente. Ante esta situación, el proponente del cambio y/o actualización debe diligenciar el formato de Solicitud de Elaboración, o Actualización de Documentos con código PR-C01-F01.

PC: Coord. calidad	RUTA DE ACCESO: C:/normas ISO/ Capítulo 4/Control de Documentos.	No Solicitud 002
------------------------------	--	-----------------------------------

 MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL	CONTROL DE DOCUMENTOS	CÓDIGO: PR-C02	REVISIÓN: 01
		FECHA: 15/08/06	PÁGINA 176 de 204

Estas solicitudes son llevadas al próximo comité de calidad a realizarse, para exponer la necesidad de llevar a cabo la modificación y/o actualización del documento, evaluar la viabilidad de la misma y aprobarla.

Siendo aprobada la solicitud por el Comité de Calidad, el Coordinador de Calidad se encarga de modificar y/o actualizar el documento, cambiar su versión apoyándose en el Listado Maestro de documentos con código PR-C02-F05, recoger la versión que se va a modificar y/o actualizar, destruirla para evitar su uso no intencionado de documentos obsoleto o identificarlos con el sello de obsoleto para almacenarla según la práctica de archivo respectiva y repartir las nuevas copias el día antes de su implementación.

Anulación de Documentos:

Si se presenta la necesidad de anular un documento, cualquier miembro de la organización puede solicitarla, diligenciando la Solicitud de Anulación de Documentos con Código PR-C02-F02.

Dichas solicitudes son llevadas al próximo Comité de Calidad a realizarse, para analizar su viabilidad y aprobarla si lo consideran necesario.

Si es aprobada la solicitud, el Coordinador de Calidad recoge las copias que hayan sido distribuidas al personal y procede a destruirlas o a identificarlas y almacenarlas según la práctica de archivo si se considera necesaria su conservación y se dispone a actualizar el Listado Maestro de Documentos y Registros con código PR-C02-F05.

Distribución de los documentos:

Solo serán distribuidos los procedimientos que estén previamente codificados, revisados y aprobados. Las versiones pertinentes de los documentos aplicables deben estar disponibles en los puntos de uso; se mantendrá el original de los documentos, los cuales deben estar codificados y almacenados según la practica de archivo correspondiente y de repartir las respectivas copias que deben estar

PC: Coord. calidad	RUTA DE ACCESO: C:/normas ISO/ Capítulo 4/Control de Documentos.	No Solicitud 002
------------------------------	--	-----------------------------------

 MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL	CONTROL DE DOCUMENTOS	CÓDIGO: PR-C02	REVISIÓN: 01
		FECHA: 15/08/06	PÁGINA 177 de 204

identificadas según sea copia controlada o no controlada con su respectivo consecutivo y versión.

Para el control de dicha distribución se debe diligenciar el formato Distribución de Documentos PR-C01-F03, el cual estará bajo la responsabilidad del Coordinador de Calidad o el Gerente, y especifica el nombre del documento entregado, su código, No revisión, nombre, cargo y firma de la persona que recibe dicha copia, tipo de copia (controlada-no controlada), el consecutivo y la fecha.

Al momento de originarse actualizaciones de versiones de documentos, se originaran documento obsoleto, los cuales el coordinador de calidad o el gerente serán los encargados de recoger las copias que habían sido repartidas de este y procederá a destruirlas para prevenir su uso no intencionado o identificarlas con el sello de obsoleto y almacenarlas según la práctica de archivo correspondiente, si es necesario conservarlas. Seguidamente repartirá las copias actualizadas siguiendo el procedimiento mencionado anteriormente, el día antes de su implementación.

Control de los documentos:

Con el propósito de controlar la documentación de origen externo, todo documento que llegue a la organización es recopilado e identificado por la secretaria, quien se encarga de distribuirlos a su respectivo usuario y para lo cual lleva el control de éstos mediante el diligenciamiento del formato Control de Documentos Externos con código PR-C02-F04.

9. Control de Registros.

IDENTIFICACIÓN			ALMACENAMIENTO				
Código	Registro	Tipo de archivo	Archivo activo	Vigencia	Archivo inactivo	Vigencia	Responsable.
PR-C02-F01	Solicitud de elab. / actua. de documentos	Impreso	Gerencia/ cajón Coord. Calidad/ área activa.	1 año	Gerencia/ cajón Coord. Calidad/ área inactiva.	1 año.	C. Calidad
PC: Coord. calidad		RUTA DE ACCESO: C:/normas ISO/ Capítulo 4/Control de Documentos.			No Solicitud 002		

 MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL	CONTROL DE DOCUMENTOS	CÓDIGO: PR-C02	REVISIÓN: 01
		FECHA: 15/08/06	PÁGINA 178 de 204

PR-C02-F02	Solicitud de anulación de documentos	Impreso	Gerencia/ cajón Coord. Calidad/ área activa.	1 año	Gerencia/ cajón Coord. Calidad/ área inactiva.	1 año	C. Calidad
PR-C02-F03	Distribución de documentos	Impreso	Gerencia/ cajón Coord. Calidad/ área activa.	1 año	Gerencia/ cajón Coord. Calidad/ área inactiva.	1 año	C. Calidad
PR-C02-F04	Control de documentos externos	Impreso	Gerencia/ cajón Coord. Calidad/ área activa.	1 año	Gerencia/ cajón Coord. Calidad/ área inactiva.	1 año	C. Calidad
PR-C02-F05	Listado maestros de documentos	Magnético	Computador de gerencia/normas ISO/ capítulo 4	1 año	No aplica	No aplica	C. Calidad

PC: Coord. calidad	RUTA DE ACCESO: C:/normas ISO/ Capítulo 4/Control de Documentos.	No Solicitud 002
------------------------------	--	-----------------------------------

 <p>MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL</p>	CONTROL DE REGISTROS	CÓDIGO: PR-C03	REVISIÓN: 01
		FECHA: 15/08/06	PÁGINA 179 de 204

1. Objetivos.

Asegurar que los registros que constituyen evidencia del Sistema de Gestión de la Calidad, están debidamente legibles, fácilmente identificables, recuperables y almacenados.

2. Alcance.

Aplica para todos los registros que proporcionen evidencia del Sistema de Gestión de la Calidad.

3. Responsables.

Coordinador de Calidad: Dar a conocer en su totalidad el contenido de este documento, la aplicación y el total cumplimiento de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad de la organización.

Todo el personal: Cumplir los lineamientos establecidos en el documento cada vez que le sea asignado la realización de uno de ellos.

Comité de calidad: Verificar el cumplimiento, diligenciamiento y actualización de los documentos implementados.

4. Normatividad.

NTC-ISO-9000:2000 Sistemas De Gestión De la Calidad. Fundamentos Y Vocabulario.

NTC-ISO-9001:2000 Sistemas De Gestión De la Calidad. Requisitos.

5. Documento requerido:

PR-C01 Norma Fundamental

PR-C02 Control de Documentos.

6. Definiciones:

Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de

PC: Coord. calidad	RUTA DE ACCESO: C:/normas ISO/ Capítulo 8/ Control de los registros	No Solicitud 003
------------------------------	---	-----------------------------------

 MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL	CONTROL DE REGISTROS	CÓDIGO: PR-C03	REVISIÓN: 01
		FECHA: 15/08/06	PÁGINA 180 de 204

actividades desempeñadas que marcan el seguimiento y el cumplimiento del Sistema de Gestión de la Calidad.

Registros internos: Registros generados dentro del Sistema de Gestión de Calidad de COOPCLINISUR.

Registros externos: Registros generados por cualquier organización, fuera del Sistema de Gestión de Calidad de la organización.

Evidencia objetiva: Datos que respaldan la existencia o veracidad de algo; la evidencia objetiva puede obtenerse por medio de la observación, medición, ensayo o prueba u otros medios.

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

7. Equipos.

No aplica

8. Procedimiento.

Al ser aprobado un nuevo documento por el comité de calidad, según la solicitud y acta que corresponda, El Coordinador de Calidad debe implementar al personal de COOPCLINISUR el diligenciamiento de dicho documento, si es necesario se explica en la implementación los parámetros contenidos en el formato para facilitar su aplicabilidad.

Al crearse un nuevo documento genera la necesidad de diligenciar formatos (registros), los cuales deben establecerse y mantenerse para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como con la operación eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad.

PC: Coord. calidad	RUTA DE ACCESO: C:/normas ISO/ Capítulo 4/Control de los registros.	No Solicitud 003
------------------------------	---	-----------------------------------

 MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL	CONTROL DE REGISTROS	CÓDIGO: PR-C03	REVISIÓN: 01
		FECHA: 15/08/06	PÁGINA 181 de 204

Los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables por el Coordinador de Calidad o el Gerente quienes son los encargados de la normalización de los documentos, a través de un título y código que faciliten su accesibilidad de acuerdo a lo establecido en el procedimiento Norma fundamental PR-C01.

Cada registro debe estar archivado en su punto de uso de manera impresa o en medios magnéticos para garantizar que este sea recuperable para su uso y/o análisis posterior.

El responsable del registro generado en el Sistema de Gestión de la Calidad lo almacena en carpetas, folders o computador, según la necesidad; estos a su vez se depositan en archivadores para preservar su estado y evitar su deterioro, ubicados donde se ejecuta la evidencia o actividades para facilitar su manejo. El tiempo que el documento se encuentre en archivo activo o inactivo es determinado por el Gerente o el Coordinador de Calidad dependiendo de la necesidad y el movimiento que este tenga.

Dicho tiempo se define de la siguiente manera:

Periodo de tiempo: Los registros solo permanecen en esta práctica de archivo durante el periodo especificado. (Meses o años)

Periodo indefinido: Los registros siempre se van a mantener en dicha práctica de archivo.

Indeterminado: El tiempo de permanencia de dicho registro es variable.

No aplica: No se realiza dicha práctica de archivo.

Mientras el documento se encuentre en archivo activo el responsable de cada proceso debe asegurarse de la disponibilidad e integridad de los registros y debe estar atento que se cumplan los siguientes parámetros para el acceso y consulta de los mismos:

PC: Coord. calidad	RUTA DE ACCESO: C:/normas ISO/ Capítulo 4/Control de los registros.	No Solicitud 003
------------------------------	---	-----------------------------------

	CONTROL DE REGISTROS	CÓDIGO: PR-C03	REVISIÓN: 01
		FECHA: 15/08/06	PÁGINA 182 de 204

Las personas que necesiten consultar algún registro deben solicitarlos al responsable del archivo activo o a alguna persona con acceso y autoridad para permitir la consulta de los mismos. Los clientes o sus representantes (incluidas las entidades gubernamentales que representan los intereses de los consumidores o entidades Certificadoras) pueden consultar los registros de calidad previo contacto con la Gerencia, los responsables de los archivos activos o el personal con acceso que este autorizado para permitir la consulta. Salvo autorización expresa, no se permite generar copias de los registros de carácter confidencial o que comprometan información técnica de la organización por cualquier método (fotocopiado, copias por fax, exploración de textos por medios electrónicos, etc.). En los casos que se requiera se debe consultar al Gerente y al responsable del archivo activo.

Una vez el documento haya cumplido el tiempo estipulado para archivo activo, es recogido y llevado por su responsable al área de archivo inactivo; de igual manera este debe responder por la disponibilidad e integridad de los registros mientras estos permanezcan allí. Para el acceso y consulta de dichos registros se deben seguir los mismos parámetros establecidos para dicha actividad en la práctica de archivo activo.

Al finalizar la vigencia de la práctica de archivo, el responsable del registro junto con el Gerente elaboraran el acta correspondiente donde se menciona el destino que van a tener dicho registro.

9. Control de registros

No aplica

PC: Coord. calidad	RUTA DE ACCESO: C:/normas ISO/ Capítulo 4/Control de los registros.	No Solicitud 003
------------------------------	---	-----------------------------------

 <p>MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL</p>	CONTROL SERVICIO NO CONFORME	CÓDIGO: PR-C04	REVISIÓN: 01
		FECHA: 01/11/06	PÁGINA 183 de 204

1. Objetivo:

Describir el proceso utilizado para asegurar que un servicio no conforme con los requisitos especificados por el cliente es detectado, identificado y aislado para prevenir su uso o entrega no funcional.

2. Alcance:

Este procedimiento aplica a todas las no conformidades que se puedan llegar a presentar y afecten el Sistema de Gestión de la Calidad de COOPCLINISUR.

3. Responsables:

Coordinador de Calidad: Dar a conocer en su totalidad el contenido de este documento, la aplicación y el total cumplimiento de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad de la organización.

Todo el personal: Cumplir los lineamientos establecidos en el documento cada vez que le sea asignado la realización de uno de ellos.

Comité de calidad: Verificar el cumplimiento, diligenciamiento y actualización de los documentos implementados.

4. Normatividad:

NTC-ISO-9000:2000 Sistemas de Gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario.

NTC-ISO-9001:2000 Sistemas De Gestión De La Calidad. Requisitos.

5. Documento requerido:

PR-C01 Norma Fundamental

6. Definición:

Servicio: Resultado de un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

PC: Coord. calidad	RUTA DE ACCESO: C:/normas ISO/ Capítulo 8/ Control del Servicio no Conforme	No Solicitud 013
------------------------------	---	-----------------------------------

 MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL	CONTROL DE SERVICIO NO CONFORME	CÓDIGO: PR-C04	REVISIÓN: 01
		FECHA: 01/11/06	PÁGINA 184 de 204

No conformidad: Incumplimiento de un requisito.

Servicio Rechazado: Servicio que no cumple los requerimientos especificados y que no es posible rescatar a través de reproceso, o reclasificarlos para su uso en aplicaciones alternas.

Satisfacción del cliente: Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.

Concesión: Autorización para autorizar o liberar un servicio que no es conforme con los requisitos especificados.

7. Equipos:

No aplica.

8. Procedimiento:

Ante el incumplimiento de los requisitos establecidos en el sistema de gestión de la calidad, incumplimiento en los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad, problemas dentro de la organización; y con el fin de prevenir el uso o entrega no intencionado del servicio no conforme, cualquier miembro de la organización podrá detectarlo, identificarlo y darlo a conocer mediante el diligenciamiento del reporte de servicio no conforme detectado PR-C04-F01.

Los servicios no conformes hallados que no fueron corregidos en el momento, son presentados al Gerente o Coordinador de calidad para revisarlos con el fin de analizar si realmente es una no conformidad; si lo es, se registra la naturaleza de la no conformidad, con el diligenciamiento del reporte de no conformidad PR-C04-F02 donde determina y especifica contra que aspecto se esta incumpliendo (documentos del Sistema de Gestión de la Calidad, incumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001-2000, en los servicios prestados u otro).

PC: Coord. calidad	RUTA DE ACCESO: C:/normas ISO/ Capítulo 8/ Control del servicio no conforme	No Solicitud 013
------------------------------	---	-----------------------------------

	CONTROL DE SERVICIO NO CONFORME	CÓDIGO: PR-C04	REVISIÓN: 01
		FECHA: 01/11/06	PÁGINA 185 de 204

Luego se procede a indagar que fue lo que realmente ocurrió, con el fin de adquirir un conocimiento más amplio de la situación y de dar el tratamiento adecuado a la no conformidad, para lo cual se establece un plan de acción, que debe quedar registrado en el formato con código PR-C04-F02.

Con este plan de acción se busca dar una solución inmediata; si la solución a la situación es más compleja se deben generar acciones correctivas para lo cual es necesario dirigirse al procedimiento Acción Correctiva con código PR-C05.

Una vez establecido el Plan de Acción, se implementara al personal interesado mediante una previa capacitación y de dar el seguimiento correspondiente a este, diligenciando PR-C04-F02 donde se lleva un control del avance del plan de acción a seguir, registrando la fecha en que se realizan las actividades propuestas, el logro a evidenciar, el responsable y el porcentaje de cumplimiento de las acciones tomadas.

Culminada las actividades comprendidas en el Plan de acción, se cierra la no conformidad, registrando la fecha de cierre y posterior firma.

El Comité de calidad debe estar informado sobre el tratamiento de las no conformidades, y estos resultados servirán como entradas para la revisión por la dirección.

9. Control de los registros.

IDENTIFICACIÓN			ALMACENAMIENTO				
Código	Registro	Tipo de archivo	Archivo activo	Vigencia	Archivo inactivo	Vigencia	Responsable
PR-C04-F01	Servicio no conforme	Impreso	Gerencia/ cajón Coord. Calidad/ área activa.	1 año	Gerencia/ cajón Coord. Calidad/ área inactiva.	1 año	C. Calidad
PR-C04-F02	Reporte de no conformidad	Impreso	Gerencia/ cajón Coord. Calidad/ área activa.	1 año	Gerencia/ cajón Coord. Calidad/ área inactiva.	1 año	C. Calidad

PC: Coord. calidad	RUTA DE ACCESO: C:/normas ISO/ Capítulo 8/ Control del servicio no conforme	No Solicitud 013
------------------------------	---	-----------------------------------

 MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL	ACCIÓN CORRECTIVA.	CÓDIGO: PR-C05	REVISIÓN: 01
		FECHA: 01/11/06	PÁGINA 186 de 204

1. Objetivo:

Establecer un proceso útil para eliminar las posibles causas de no conformidades con objeto que no vuelvan a ocurrir mediante la implementación de un sistema de acciones correctivas.

2. Alcance:

Este procedimiento aplica a todas aquellas acciones correctivas resultantes de las no conformidades que afectan el Sistema de Gestión de Calidad.

3. Responsables:

Coordinador de Calidad: Dar a conocer en su totalidad el contenido de este documento, la aplicación y el total cumplimiento de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad de la organización.

Todo el personal: Cumplir los lineamientos establecidos en el documento cada vez que le sea asignado la realización de uno de ellos.

Comité de calidad: Verificar el cumplimiento, diligenciamiento y actualización de los documentos implementados.

4. Normatividad:

NTC-ISO-9000:2000 Sistemas de Gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario.

NTC-ISO-9001:2000 Sistemas De Gestión De La Calidad. Requisitos.

5. Documento requerido:


PR-C01 Norma Fundamental

PR-C04 Control de Servicio No Conforme.

6. Definición:

Conformidad: Cumplimiento de un requisito.

PC: Coord. calidad	RUTA DE ACCESO: C:/normas ISO/ Capítulo 8/ Acciones correctivas	No Solicitud 014
------------------------------	---	-----------------------------------

 MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL	ACCION CORRECTIVA	CÓDIGO: PR-C05	REVISIÓN: 01
		FECHA: 15/08/06	PÁGINA 187 de 204

No Conformidad: Incumplimiento de un requisito.

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

La acción correctiva se toma para prevenir que algo vuelva a producirse mientras que la acción preventiva se toma para prevenir que algo suceda.

Acción de mejora: Acción tomada para mejorar la eficacia de los procesos, que no es generada a través de no conformidades.

Corrección: Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

7. Equipos:

No aplica


8. Procedimiento:

Identificadas las no conformidades según el procedimiento Control de servicio no conforme PR-C04 y habiendo decidido según el criterio del Comité de Calidad que la no conformidad se va a levantar mediante una acción correctiva, se procede a realizar un análisis de la no conformidad, destacando las causas más probables por las cuales se generó la no conformidad.

Identificada la causa real se emprende el plan de acción para asegurarse de que no vuelva a ocurrir registrándose en el reporte de acción correctiva PR-C05-F01, allí se definirá el plan de acción a tomar, el responsable de realizarla, la fecha en la cual se estima que dicha acción estará ejecutada y finalmente se especifica el porcentaje en que se ha alcanzado el resultado. Además el Gerente o el Coordinador de Calidad se encargan de implementar las acciones que se lleven a cabo a las personas involucradas en ellas.

El Coordinador de Calidad o Gerente, quienes son los responsables del tratamiento y cierre de la acción correctiva, deben realizar el o los seguimie(n)to(s) correspondientes para verificar la realización de las actividades planeadas; son

PC: Coord. calidad	RUTA DE ACCESO: C:/normas ISO/ Capítulo 8/ Acción correctiva	No Solicitud 014
------------------------------	--	-----------------------------------

 MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL	ACCION CORRECTIVA	CÓDIGO: PR-C05	REVISIÓN: 01
		FECHA: 15/08/06	PÁGINA 188 de 204

quienes definen si una acción correctiva es cerrada o no, para lo cual se dirige al Reporte de Acción Correctiva PR-C05-F01, en la cual registra la fecha de cierre, el nombre y firma.

Debe hacerse el seguimiento a las acciones correctivas que están en proceso de cierre en cada uno de los diferentes procesos y debe mantenerse al tanto de esta situación al Comité de Calidad en las respectivas reuniones.

9. Control de registros:

IDENTIFICACIÓN			ALMACENAMIENTO				
Código	Registro	Tipo de archivo	Archivo activo	Vigencia	Archivo inactivo	Vigencia	Responsable
PR-C05-F01	Reporte de acción correctiva	Impreso	Gerencia/ cajón Coord. Calidad/ área activa	1 año	Gerencia/ cajón Coord. Calidad/ área inactiva.	1 año	C. Calidad

PC: Coord. calidad	RUTA DE ACCESO: C:/normas ISO/ Capítulo 8/ Acción correctiva	No Solicitud 014
------------------------------	--	-----------------------------------

 <p>MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL</p>	ACCIÓN PREVENTIVA	CÓDIGO: PR-C06	REVISIÓN: 01
		FECHA: 01/11/06	PÁGINA 189 de 204

1. Objetivo:

Describe el proceso útil para eliminar las posibles causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia, mediante la implementación de un sistema de acciones preventivas.

2. Alcance:

Este procedimiento aplica a todas aquellas acciones preventivas resultantes de las no conformidades potenciales que afectan el Sistema de Gestión de Calidad.

3. Responsables:

Coordinador de Calidad: Dar a conocer en su totalidad el contenido de este documento, la aplicación y el total cumplimiento de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad de la organización.

Todo el personal: Cumplir los lineamientos establecidos en el documento cada vez que le sea asignado la realización de uno de ellos.

Comité de calidad: Verificar el cumplimiento, diligenciamiento y actualización de los documentos implementados.

4. Normatividad:

NTC-ISO-9000:2000 Sistemas de Gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario.

NTC-ISO-9001:2000 Sistemas De Gestión De La Calidad. Requisitos

5. Documento requerido:

PR-C01 Norma Fundamental.

PR-C04 Control del servicio No Conforme.

6. Definición:

PC: Coord. calidad	RUTA DE ACCESO: C:/normas ISO/ Capítulo 8/ Acciones Preventivas	No Solicitud 015
------------------------------	---	-----------------------------------

 MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL	ACCIÓN PREVENTIVA	CÓDIGO: PR-C06	REVISIÓN: 01
		FECHA: 01/11/06	PÁGINA: 190 de 204

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

La acción preventiva se toma para prevenir que algo suceda.

Reporte de Acción Preventiva: Solicitud de la acción preventiva de alguna actividad con el fin de eliminar la causa de la no conformidad potencial presentada.

Conformidad: Cumplimiento de un requisito.

No Conformidad: Incumplimiento de un requisito.

Acción de mejora: Acción tomada para mejorar la eficacia de los procesos, que no es generada a través de no conformidades.

Corrección: Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

7. Equipos:

No aplica.

8. Procedimiento:

Las acciones preventivas se podrán emitir a partir de observaciones, recomendaciones o comportamientos de algún proceso o servicio que ponga en riesgo la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad o de causa a una no conformidad, dentro de las cuales encontramos las realizadas por:

- Auditorías internas y externas.
- Sugerencia de los clientes.
- Análisis de los datos.
- Seguimiento y medición de los procesos.
- Revisión de la dirección.
- Revisión por parte del personal comprometido con el Sistema de gestión de Calidad.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 8/ Acción preventiva	No Solicitud 015
------------------------------	--	----------------------------

 MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL	ACCIÓN PREVENTIVA	CÓDIGO: PR-C06	REVISIÓN: 01
		FECHA: 01/11/06	PÁGINA: 191 de 204

Será responsabilidad del Gerente ó Coordinador de Calidad junto con la persona quien detecta la no conformidad potencial, diligenciar el reporte de acción preventiva PR-C06-F01 el cual describe la no conformidad potencial, el proceso al cual afecta, la fecha y el nombre de la persona que reporta la no conformidad potencial.

Luego se procede a realizar un análisis detallado de la situación con el fin de determinar la falla potencial que podría ser la causante de la no conformidad. A partir de esto se levanta un plan de acción para evitar que se presente la no conformidad, allí se definirá la tarea, el responsable de realizarla, la fecha en la cual se estima que dicha tarea estará ejecutada y finalmente se especifica el porcentaje en que se ha alcanzado el resultado. Este plan de acción se implementara a las personas involucradas en el tratamiento de la acción preventiva, y se mantendrá informado al comité de calidad del seguimiento, tratamiento y cierre de las mismas en las reuniones respectivas.

9. Control de registros:

IDENTIFICACIÓN			ALMACENAMIENTO				
Código	Registro	Tipo de archivo	Archivo activo	Vigencia	Archivo inactivo	Vigencia	Responsable
PR-C06-F01	Reporte de acción preventiva	Impreso	Gerencia/ cajón Coord. Calidad/ área activa.	1 año	Gerencia/ cajón Coord. Calidad/ área inactiva.	1 año	C. Calidad

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 8/ Acción preventiva	No Solicitud 015
------------------------------	--	----------------------------

 <p>MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL</p>	AUDITORÍA INTERNA	CÓDIGO: PR-C07	REVISIÓN: 01
		FECHA: 15/11/06	PÁGINA 192 de 204

1. Objetivo:

Establecer un procedimiento documentado para determinar si el Sistema de Gestión de Calidad es conforme con las disposiciones planificadas y con los requisitos de esta Norma; determinando si se ha implementado, se mantienen de manera eficaz y se establecen los lineamientos para programar, planear y realizar auditorías internas.

2. Alcance:

Este procedimiento aplica a todos los procesos que estén involucrados en el Sistema de Gestión de la Calidad de COOPCLINISUR en relación con su respectiva documentación de acuerdo a los requerimientos definidos por la NTC-ISO 9001/2000, desde la planificación, ejecución, seguimiento, verificación de las acciones preventivas, las acciones correctivas y la revisión por la Gerencia, los resultados de las auditorías internas del Sistema de gestión de la Calidad.

3. Responsables:

Coordinador de Calidad: Dar a conocer en su totalidad el contenido de este documento, la aplicación y el total cumplimiento de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad de la organización.

Todo el personal: Cumplir los lineamientos establecidos en el documento cada vez que le sea asignado la realización de uno de ellos.

Comité de calidad: Verificar el cumplimiento, diligenciamiento y actualización de los documentos implementados.

4. Normatividad:

NTC-ISO-9000:2000 Sistemas de Gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario.

NTC-ISO-9001:2000 Sistemas De Gestión De La Calidad. Requisitos.

NTC-ISO-19011:2000 Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión de la calidad y/o ambiental.

PC: Coord. calidad	RUTA DE ACCESO: C:/normas ISO/ Capítulo 8/ Auditoría Interna	No Solicitud 018
------------------------------	--	-----------------------------------

	AUDITORÍA INTERNA	CÓDIGO: PR-C07	REVISIÓN: 01
		FECHA: 15/08/06	PÁGINA: 193 de 204

5. Documento requerido:

PR-C01 Norma Fundamental

6. Definición:

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

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

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

Evidencia de la auditoría: Registros, declaraciones de hechos de cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables. Esta evidencia puede ser cualitativa o cuantitativa.

Auditado: Organización que se audita

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

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

Competencia: Habilidad demostrada para aplicar conocimientos y aptitudes.

7. Equipos:

No aplica

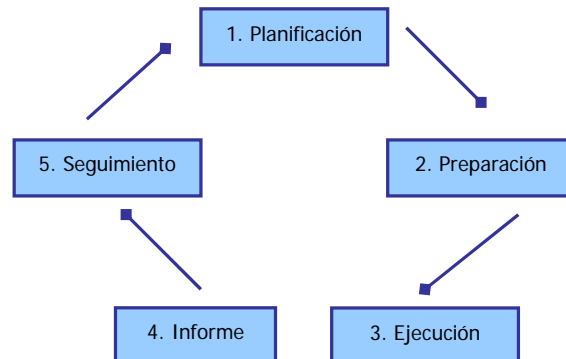
8. Procedimiento:

Etapas de la auditoría.

En el desarrollo de toda auditoría se deben cumplir con los siguientes pasos o etapas:

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 8/ Auditoría Interna	No Solicitud 018
------------------------------	--	----------------------------

 <p>MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL</p>	AUDITORÍA INTERNA	CÓDIGO: PR-C07	REVISIÓN: 01
		FECHA: 15/08/06	PÁGINA: 194 de 204



8.1 Planificación.

Las auditorías internas al sistema de calidad de COOPCLINISUR están programadas teniendo en cuenta:

- a) El estado del sistema de gestión de Calidad
- b) La importancia y estado de los procesos.
- c) Las áreas a auditar.
- d) Los resultados de auditorías previas.

Estas auditorías son programadas por el comité de calidad teniendo en cuenta las áreas a auditar y los auditores líderes; se llevara registro de esto en el programa de auditorías Internas PR-C07-F01. Se debe tener objetividad e imparcialidad para que los auditores, no auditen su propio trabajo.

Establecidos los programas de auditoría, el líder del equipo auditor junto con el Coordinador de Calidad elaboran el plan de auditorías código PR-C07-F02, donde especifica el objetivo, el alcance, los criterios, la metodología, las observaciones, fecha de ejecución, la intensidad horaria, los auditores y auditados.

El plan de Auditoría se da a conocer al personal de involucrado por medio de comunicación interna, con el fin de enterarlos de la proximidad de la auditoría.

8.2 Preparación de la Auditoría en Lista de Chequeo.

El Coordinador de Calidad con base en los “DEBE” de la Norma ISO 9001/2000 y específicamente del requisito a ser auditado y la información extraída del análisis de

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 8/ Auditoría Interna	No Solicitud 018
------------------------------	--	----------------------------

 MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL	AUDITORÍA INTERNA	CÓDIGO: PR-C07	REVISIÓN: 01
		FECHA: 15/08/06	PÁGINA: 195 de 204

los documentos (reporte de no conformidades, reporte de acciones correctivas y preventivas, o resultados de auditorías anteriores), prepara las listas de chequeo código PR-C07-F03.

Días antes de ser realizada la auditoria el Coordinador de Calidad se reúne con los auditores, les entrega las listas de chequeo genéricas y la documentación necesaria.

Estas listas de chequeo genéricas no aplican en caso que la auditoria sea realizada por personal externo a la organización.

8.3 Ejecución.

Incluye la realización de la reunión de apertura, la recolección de evidencias objetivas y la reunión de cierre.

Reunión de apertura: El (los) auditor (es) inicia la auditoría en la fecha y hora acordada realizando la reunión de apertura con los responsables de atender la auditoría; ésta reunión tiene como propósito:

- Exponer el alcance, criterios y los objetivos de la auditoría.
- Informar sobre los métodos que van a ser utilizados en la realización de la auditoría.
- Confirmar los recursos que se deben proporcionar durante la auditoría.
- Confirmar las fechas y horas de la realización de la auditoría.
- Aclarar dudas e inquietudes.
- Acordar la hora, fecha y lugar para la reunión de cierre.
- Finalizada la reunión de apertura se procede a desarrollar la auditoría de acuerdo a lo establecido en el plan de trabajo. “

Durante la realización de la auditoría, las evidencias se reúnen a través de las entrevistas, examen de los documentos, observaciones de las actividades y condiciones de las áreas de interés. Es conveniente tener en cuenta aquellos indicios que sugieren no conformidades, así no estén en la lista de chequeo utilizada para la auditoría.

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 8/ Auditoría Interna	No Solicitud 018
------------------------------	--	----------------------------

 MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL	AUDITORÍA INTERNA	CÓDIGO: PR-C07	REVISIÓN: 01
		FECHA: 15/08/06	PÁGINA: 196 de 204

8.4 Informe.

Una vez realizado el trabajo de campo, el auditor o líder del equipo auditor proceden a elaborar el informe de auditoría PR-C07-F04 en donde se especifica el número de no conformidades, el número de observaciones y de acciones preventivas que se encontraron durante el trabajo de campo y su respectiva descripción.

Las no conformidades que levante el auditor durante la auditoría, son entregadas al Coordinador de Calidad para su posterior tratamiento.

8.5 Seguimiento.

Luego de presentar el informe de auditoría, el Coordinador de Calidad se encarga de realizar el adecuado seguimiento a las no conformidades según lo establecido en el procedimiento Control de servicio no conforme PR-C04 y queda bajo su criterio el establecimiento de las acciones correctivas y/o acciones preventivas necesarias según lo establecido en los procedimientos Acción Correctiva y Acción Preventiva.

Todas aquellas no conformidades, acciones correctivas y acciones preventivas generadas en la auditoría serán presentadas por el Coordinador de Calidad a la alta Dirección y se tomarán como entradas para la revisión de la dirección.

9. Control de registros:

IDENTIFICACIÓN			ALMACENAMIENTO				
Código	Registro	Tipo de archivo	Archivo activo	Vigencia	Archivo inactivo	Vigencia	Responsable
PR-C07-F01	Programa de auditoría interna	Impreso	Gerencia/ cajón Coord. Calidad/ área activa.	1 año	Gerencia/ cajón Coord. Calidad/ área inactiva.	1 año	C. Calidad
PR-C07-F02	Plan de auditoría	Impreso	Gerencia/ cajón Coord. Calidad/ área activa.	1año	Gerencia/ cajón Coord. Calidad/ área inactiva.	1año	C. Calidad
PR-C07-F03	Lista de chequeo	Impreso	Gerencia/ cajón Coord. Calidad/ área activa.	1 año	Gerencia/ cajón Coord. Calidad/ área inactiva.	1 año	C. Calidad
PR-C07-F04	Informe de auditoría	Impreso	Gerencia/ cajón Coord. Calidad/ área activa.	1 año	Gerencia/ cajón Coord. Calidad/ área inactiva.	1 año	C. Calidad

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/ capítulo 8/ Auditoría Interna	No Solicitud 018
------------------------------	--	----------------------------

ANEXO D. INDICADORES DE GESTIÓN



MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL

INDICADORES DE GESTIÓN


CÓDIGO IN-A02-A01	REVISIÓN O1
FECHA 12/01/2007	PÁGINA 1 de 1

OBJETIVOS DE CALIDAD	NOMBRE DEL INDICADOR	METODO DE CÁLCULO	META	FRECUENCIA	RESPONSABLE	FUENTE
Mantener un contacto permanente con los clientes para conocer sus necesidades, desarrollar, ofrecer y realizar programas orientados a garantizar su satisfacción	Satisfacción del cliente	Puntaje obtenido / Puntaje esperado	80%	Semestral	Gerente	Encuesta.
	Capacidad de respuesta	Quejas resueltas/ Total quejas recibidas.	90%	Trimestral	Gerente	Encuesta / buzón sugerencias.
	Seguimiento, medición y análisis	Cientes satisfechos/ Total de llamadas.	80%	Quincenal	Coord. Médico / médico	PR-M01-F01
		Cientes insatisfechos/ Total de llamadas.	20%	Quincenal	Coord. médico/ médico	PR-M01-F01
Incrementar la efectividad en los procesos que son apoyo al sistema de gestión calidad.	Estado de productos o servicios adquiridos	Productos verificados / Total de productos	0 Defectos	Mensual	Administradora	PR-A02-F04
	Tiempo de asistencia en el servicio prestado	Hora de llegada - Hora de recibir atención del servicio.	20 min.	Mensual	Coord. Médico	PR-M01-F02
					Odontóloga.	PR-O01-F02
Reporte de	#	0	Semestral	Coord. Médico	PR-C11-F04	

	mantenimiento	mantenimientos correctivos semestre actual - # mantenimientos correctivos semestre anterior			Odontóloga.	PR-C11-F04
					Bacterióloga.	PR-C11-F04
Incrementar la efectividad en los procesos que son apoyo al sistema de gestión calidad.	Admisiones	Pacientes mayores de 15 años	200	Mensual	Coordinador médico Enfermera	Informe mensual secretaria departamental.
		Pacientes mujeres	5	Mensual		
	Promoción y prevención	Control de placa	60	Mensual	Odontóloga.	PR-O01-F03.
		Aplicación de fluor	60	Mensual		
		Aplicación de sellantes	60	Mensual		
		Detartraje	10	Mensual		
	Procesamiento pruebas de urgencias	Hora de entrega - Hora pactada	6 Horas	Mensual	Bacterióloga.	PR-B01-F04.
Oportunidad entrega de resultados	Hora impresión ultimo resultado - Hora registro solicitud.	2 Horas	Mensual	PR-B01-F05.		
Conformar un equipo humano que trabaje en función del servicio y la satisfacción del cliente por medio de la mejora de	Efectividad del programa de salud ocupacional	Días incapacidades laborales/ Días laborables	1%	Semestral	Gerente	
	Desempeño en evaluación	Calificación promedio en evaluación de	80%	Semestral	Gerente	Evaluaciones realizadas.

sus capacidades laborales y humanas.		desempeño / Total pruebas realizadas.				
	Programa de inducción	Personal Capacitado / Personal que ingresa	100%	Semestral	Coord. Calidad	Reportes de asistencia.
Promover la mejora continua para fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad en la organización.	Estado de acciones correctivas	Acciones correctivas cerradas/ Acciones correctivas identificadas y documentadas	85%	Semestral	Coord. Calidad	PR-C05-F01
	Estado de acciones preventivas	Acciones preventivas cerradas/ Acciones preventivas identificadas y documentadas.	85%	Semestral	Coord. Calidad	PR-C06-F01

**ANEXO E. FORMATO REPORTE DE ACCIÓN CORRECTIVA Y FORMATO DE ACCIÓN
PREVENTIVA.**

 MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL	REPORTE DE ACCIÓN CORRECTIVA	CÓDIGO: PR-C05-F01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 01/11/06	PÁGINA: 202 de 204

No conformidad _____

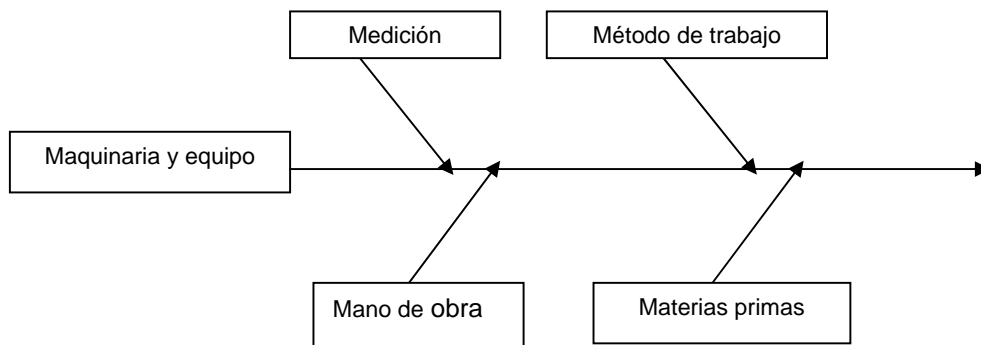
Fecha _____

Resumen de la no conformidad:

Proceso al que afecta:

ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE LA NO CONFORMIDAD


Herramienta empleada: Diagrama Causa – Efecto



Causas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/Norma ISO/capítulo 8/ registros	No Solicitud 014
------------------------------	--	----------------------------

 MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL	REPORTE DE ACCIÓN CORRECTIVA	CÓDIGO: PR-C05-F01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 01/11/06	PÁGINA: 203 de 204

Conclusión (causa raíz):

PLAN DE ACCIÓN


Actividades	Fecha inicio	% de cumplimiento	Responsable

Fecha de cierre de acción correctiva: _____

Aprobó _____

Firma: _____

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/Norma ISO/capítulo 8/ registros	No Solicitud 014
------------------------------	--	----------------------------

 <p>MEDICINA DE CALIDAD CON SENTIDO SOCIAL</p>	REPORTE DE ACCIÓN PREVENTIVA	CÓDIGO: PR-C06-F01	REVISIÓN: 01
		FECHA: 01/11/06	PÁGINA: 204 de 204

Acción preventiva No _____ Fecha _____

Resumen de la no conformidad potencial:

Proceso al que afecta:

Reporto: _____

ANÁLISIS

Falla potencial:

Causas potenciales de la falla:

Consecuencias potenciales de la falla:

Plan de acción:

TAREA	RESPONSABLE	FECHA	PORCENTAJE CUMPLIMINETO

Fecha de cierre _____

Firma _____

PC: Coord. Calidad	RUTA DE ACCESO: C:/ Norma ISO/capítulo 8/ registros	No Solicitud 015
------------------------------	---	----------------------------