

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLANES DE ACCIONES DE  
MEJORAMIENTO PARA LA CLÍNICA VILLAMARÍA DE SAN GIL BASADOS EN  
LOS REQUISITOS DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN EN SALUD  
ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014**

**JONATHAN EFRAIN DEL TORO RODRIGUEZ**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD FISICO-MECANICA  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
BUCARAMANGA  
2014**

**DISEÑO, DOCUMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLANES DE ACCIONES DE  
MEJORAMIENTO PARA LA CLÍNICA VILLAMARÍA DE SAN GIL BASADOS EN  
LOS REQUISITOS DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN EN SALUD  
ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014**

**JONATHAN EFRAIN DEL TORO RODRIGUEZ**

**Trabajo de grado para optar al título de Ingeniero Industrial**

**Directora  
NAYDÚ ACOSTA RAMÍREZ  
Médica cirujana, Ph.D**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD FISICO-MECANICA  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
BUCARAMANGA**

**2014**

Primeramente quiero agradecer a Dios, a Jesús y al Espíritu Santo por todas y cada una de las bendiciones que me dan, por abrir aquellas puertas que con mis fuerzas no soy capaz de abrir, por iluminarme día tras día y darme la sabiduría necesaria para afrontar los desafíos y retos, a Ellos, le doy la gloria y la honra.

También agradezco a esa mujer valiente y luchadora que día a día hizo su mayor esfuerzo para sacarme adelante, a esa mujer que le da orgullo a mi corazón y que tengo el placer de llamar madre gracias mamita porque sin Dios y sin ti nada de esto hubiera sido posible, te amo y eres mi ejemplo a seguir.

Por otra parte se encuentra mi hermana, esa chiquita hermosa que es la princesa de la familia y que si no la menciono mi vida corre peligro, gracias mi hermanita hermosa.

También agradezco a la doctora Naydú Acosta por el apoyo prestado como directora del proyecto.

Y por último quiero dar gracias al Dr. Adrián Villanueva por abrirme las puertas de su Clínica para poder realizar mi proyecto, como también a todas y cada una de las personas que aportaron a mi proyecto.

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	15
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	17
2. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.....	19
3. OBJETIVOS .....	21
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	21
4. MARCO DE REFERENCIA.....	23
4.1 MARCO DE ANTECEDENTES .....	23
4.2 MARCO TEÓRICO.....	34
4.2.1 Decreto 1011 De 3 De Abril Del 2006. ....	34
4.3.1 Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud, sogcs. ....	35
4.4.1 Componentes del SOGCS.....	36
4.5.1 Sistema Único De Habilitación.....	36
4.6.1 Información a los usuarios. ....	37
4.6.1 Auditoria Para El Mejoramiento De La Calidad De La Atención De Salud.....	37

4.7.1 Resolución 2003 Del 28 de Mayo De 2014.....	40
4.8.1 Condiciones De Capacidad Técnico – Administrativa.....	43
4.9.1 Condiciones De Suficiencia Patrimonial Y Financiera. ....	44
4.10.1 Obligaciones Laborales.....	46
4.11.1 Condiciones De Capacidad Tecnológica Y Científica.....	46
4.12.1 Estándares De Habilitación. ....	47
4.13.1 CICLO P.H.V.A. ....	50
4.14.1 Programa para el Mejoramiento de la Calidad en Salud PAMEC.....	54
4.15.1 Tipo de estudio.....	56
4.16.1 Plan de acción.....	59
5. METODOLOGÍA .....	60
6. GENERALIDADES DE LA CLÍNICA .....	71
6.1 UBICACIÓN.....	71
6.2 RESEÑA HISTÓRICA.....	71
6.3 MISIÓN.....	72
6.4 VISIÓN.....	72
6.5 VALORES.....	72

6.6 PRINCIPIOS .....	73
6.7 POLÍTICAS DE CALIDAD .....	73
6.8 FACTOR HUMANO.....	75
6.9 PORTAFOLIO.....	75
6.9.1 Salud Mental.....	75
6.9.2 Medicina General.....	75
6.9.3 Laboratorio Clínico. ....	75
6.9.4 Odontología.....	76
6.9.5 Interconsulta.....	76
6.9.6 Servicio Farmacéutico.....	76
6.10 CONVENIOS .....	76
7. RESULTADOS .....	77
7.1 RESULTADOS ESPERADOS.....	77
7.2 RESULTADOS OBTENIDOS .....	78
7.2.1 Diseño De La Herramienta Para El Proceso De Autoevaluación Institucional, Basado En Los Requisitos De La Resolución 2003 De 2014.....	78
7.2.2 Diagnóstico realizado en la Clínica Y Unidad De Salud Mental VILLAMARIA.....	80

7.2.3 Planes De Acción .....	92
7.2.4 Diseño E Implementación De La Auditoria Interna Para Verificar Los Procedimientos Desarrollados Por La Institución.....	93
7.2.5 Establecimiento de recomendaciones para el ajuste de las no conformidades evidenciadas en la auditoria interna. ....	133
7.2.6 capacitación del personal en lo referente al sistema único de habilitación. . .....	142
8. CONCLUSIONES .....	145
9. RECOMENDACIONES.....	147
BIBLIOGRAFÍA.....	152

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Metodología De Análisis Y Solución De Problemas .....	52
Tabla 2. Plantilla Del Instrumento De Autoevaluación Con Los Estándares De La Resolución 2003.....	61
Tabla 3. Servicios A Ser Habilitados .....	64
Tabla 4. Programa De Auditoría .....	65
Tabla 5. Plan De Auditoría .....	66
Tabla 6. Resultados Consolidados De La Autoevaluación Del Cumplimiento De Requisitos De Habilitación De La Clínica Villamaria 2014.....	81
Tabla 7. Incumplimientos Documentales En Procesos Prioritarios En La Clínica Villamaria. ....	88
Tabla 8. Hallazgos De La Autoevaluación Por Estándares De Habilitación De La Clínica Villamaria.....	91
Tabla 9. Número De Planes De Acción Por Servicio.....	93
Tabla 10. Plan De Auditoría Para Todos Los Servicios.....	95
Tabla 11. Plan De Auditoría Del Servicio Consulta Externa General.....	98
Tabla 12. Plan De Auditoría De Consulta Externa Terapia Ocupacional .....	101
Tabla 13. Plan De Auditoría De Consulta Externa En Psicología .....	104
Tabla 14. Plan De Auditoría Para Consulta Externa En Especialidad Psiquiátrica .....	107
Tabla 15. Plan De Auditoría De Consulta Externa Especialidad Neurológica.....	110
Tabla 16. Plan De Auditoría Del Servicio De Consulta Externa En Odontología .....	113
Tabla 17. Plan De Auditoría Del Servicio Hospitalización En Unidad Mental.....	117
Tabla 18. Plan De Auditoría Del Servicio Internación Parcial En Hospitalización .....	120
Tabla 19. Plan De Auditoría Del Servicio Farmacéutico Mediana Y Alta Complejidad ...	123
Tabla 20. Plan De Auditoría Para Toma De Muestras De Laboratorio Clínico.....	126
Tabla 21. Plan De Auditoría Para Urgencia De Media Y Alta Complejidad.....	129
Tabla 22. Relación De No Conformidades En La Auditoría.....	133
Tabla 23. Relación De Temas Acertados.....	144

## LISTA DE FORMATOS

Formato 1. Plan De Acción .....	63
Formato 2. Reunión De Apertura .....	67
Formato 3. Reunión De Cierre .....	68
Formato 4. Informe Gerencial .....	69
Formato 5. Informe De Seguimiento. ....	70
Formato 6. Bosquejo De Lista De Chequeo Para Auditoria Según La Resolución 2003 De 2012 .....	94
Formato 7. Reunión De Apertura Para El Ítem Todos Los Servicios .....	96
Formato 8. Reunión De Cierre Para El Ítem Todos Los Servicios .....	97
Formato 9. Reunión De Apertura Para El Servicio De Consulta Externa General .....	99
Formato 10. Reunión De Cierre Para El Servicio De Consulta Externa General .....	100
Formato 11. Reunión De Apertura Del Servicio Consulta Externa Ocupacional.....	102
Formato 12. Reunión De Cierre Del Servicio Consulta Externa Ocupacional.....	103
Formato 13. Reunión De Apertura Del Servicio Consulta Externa Psicología. ....	105
Formato 14. Reunión De Cierre Del Servicio Consulta Externa Psicología. ....	106
Formato 15. Reunión De Apertura Del Servicio Consulta Externa Especializada Psiquiátrica.....	108
Formato 16. Reunión De Cierre Del Servicio Consulta Externa Especializada Psiquiátrica .....	109
Formato 17. Reunión De Apertura Del Servicio Consulta Externa En Especialidad Neurológica .....	111
Formato 18. Reunión De Cierre Del Servicio Consulta Externa En Especialidad Neurológica .....	112
Formato 19. Reunión De Apertura Del Servicio Consulta Externa Odontología .....	115
Formato 20. Reunión De Cierre Del Servicio Consulta Externa Odontología .....	116
Formato 21. Reunión De Apertura Del Servicio Hospitalización En Unidad Mental.....	118
Formato 22. Reunión De Cierre Del Servicio Hospitalización En Unidad Mental .....	119
Formato 23. Reunión De Apertura En El Servicio Internación Parcial En Hospitalización .....	121
Formato 24. Reunión De Cierre En El Servicio Internación Parcial En Hospitalización .	122

Formato 25. Reunión De Apertura En El Servicio Farmacéutico Mediana Y Alta Complejidad.....	124
Formato 26. Reunión De Cierre En El Servicio Farmacéutico Mediana Y Alta Complejidad .....	125
Formato 27. Reunión De Apertura Para Toma De Muestras De Laboratorio Clínico.....	127
Formato 28. Reunión De Cierre Para Toma De Muestras De Laboratorio Clínico.....	128
Formato 29. Reunión De Apertura Para Urgencia De Media Y Alta Complejidad .....	131
Formato 30. Reunión De Cierre Para Urgencia De Media Y Alta Complejidad .....	132
Formato 31. Informe De Gerencia Para El Ítem Todos Los Servicios .....	134
Formato 32. Informe De Gerencia Para El Servicio Hospitalización En Unidad Mental..	135
Formato 33. Informe De Gerencia Para El Servicio Internación Parcial En Hospitalización .....	136
Formato 34. Informe De Gerencia Para El Servicio Toma De Laboratorio Clínico .....	137
Formato 35. Informe De Gerencia Para El Servicio Urgencias Media Y Alta Complejidad .....	138
Formato 36. Informe De Seguimiento Del Servicio Internación Parcial En Hospitalización .....	139

## LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Ciclo Phva .....	50
Ilustración 2. Ciclo Phva Para El Desarrollo De La Auditoría Para El Mejoramiento De La Calidad De La Atención En Salud.....	53

## LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografía	1. Institución Pintada .....	140
Fotografía	2. Antideslizante En Rampa.....	140
Fotografía	3. Barandas .....	141
Fotografía	4. Señalización De Farmacia 1 .....	141
Fotografía	5. Señalización De Farmacia 2 .....	141
Fotografía	6. Deposito Final De Basuras .....	142

## **LISTA DE ANEXOS**

- Anexo A. Autoevaluación lista de chequeo
- Anexo B. Herramienta Diseñada
- Anexo C. Guía de transición de servicios
- Anexo D. Planes de acción
- Anexo E. Auditoria interna
- Anexo F. Control de asistencia
- Anexo G. Diseño de Evaluación Del SUH
- Anexo H. Portafolio de servicios
- Anexo I. Constancia de autoevaluación

NOTA: LOS ANEXOS PUEDEN SER CONSULTADOS EN LA BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER EN LA SALA BASE DE DATOS DENTRO DE LA CARPETA DEL CD.

## RESUMEN

**TÍTULO:** DISEÑO, DOCUMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLANES DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO PARA LA CLÍNICA VILLAMARÍA DE SAN GIL BASADOS EN LOS REQUISITOS DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN EN SALUD ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014\*

**AUTOR:** JONATHAN EFRAÍN DEL TORO RODRÍGUEZ\*\*

**PALABRAS CLAVE:** sistema único de habilitación, resolución 2003 de 2014, salud, diseño, documentación, planes de acción.

**CONTENIDO:** Este documento contiene el diseño, documentación y seguimiento de los planes de acción de mejoramiento para la Clínica Y Unidad De Salud Mental VILLAMARIA de san gil basados en los requisitos del sistema único de habilitación en salud establecidos en la resolución 2003 de 2014, Por el cual se definen los procedimientos y condiciones mínimas que los Prestadores de Servicios de Salud deben cumplir para brindar seguridad en el proceso de atención. El desarrollo del presente proyecto se realizó en varias etapas, la primera parte consistió en conocer la institución, para tal fin, se compilaron y examinaron los documentos institucionales para comprender como es el manejo de la compañía. Igualmente, se estudió la resolución 2003 de 2014 para entender los requisitos exigidos por la misma. La segunda etapa, consistió en el diseño y aplicación de la herramienta para el proceso denominado autoevaluación para cada servicio, esto con el fin de diagnosticar las áreas con falencias que impide el cumplimiento de las exigencias.

El siguiente paso, fue evaluar y analizar los resultados arrojados por el diagnostico aplicado con la socialización correspondiente ante las directivas, posteriormente se establecieron planes de acción los cuales fueron incorporados y liderados por parte de los dirigentes de la institución. Dichos planes contemplan el levantamiento y actualización de protocolos, manuales, guías o instructivos como también el mejoramiento de la infraestructura de la clínica entre otros.

Seguidamente se diseñó e implementó un plan para la auditoria interna, con el fin de verificar y establecer el cumplimiento de los requisitos mínimos exigidos, cada servicio se evaluó bajo la norma ISO 19011, que refiere las directrices para la auditoría interna. Una vez determinados los hallazgos de la auditoria, se sugirieron recomendaciones generales para enfrentar las no conformidades halladas, culminando así, con la capacitación del personal en lo referente a SUH.

---

\*Trabajo de Grado

\*\*Facultad De Ingenierías Físico - Mecánicas, Escuela De Estudios Industriales Y Empresariales, Directora: Naydú Acosta Ramírez, Codirectora: Piedad Del Rocío Villanueva

## ABSTRACT

**TITLE:** DESIGN, DOCUMENTATION AND ACTIONS MONITORING PLANS FOR IMPROVEMENT CLINIC OF SAN GIL VILLAMARIA REQUIREMENTS BASED SOLELY ON HEALTH RATING SYSTEM ESTABLISHED IN 2003 RESOLUTION OF 2014 \*

**AUTHOR:** JONATHAN RODRIGUEZ DEL TORO EFRAÍN \*\*

**KEYWORDS:** Unique system of qualification, resolution 2003 of 2014, health, design, documentation, action plans.

**CONTENT:** This document contains the design, documentation and monitoring of action plans for improvement for Clinical and Mental Health Unit VILLAMARIA san gil based on the system requirements of qualification in health set out in resolution 2003 of 2014, whereby procedures and minimum requirements that providers of health services must meet to provide security in the process of care. are defined. The development of this project was carried out in several stages, the first part was to determine the institution, for that purpose, was compiled and reviewed institutional documents to understand how the management of the company is. Similarly, resolution 2003 of 2014 was studied to understand the requirements for the company. The second phase consisted in the design and implementation of the tool for self-evaluation process called for each service, this in order to diagnose areas with flaws that prevents compliance with the requirements.

The next step was to evaluate and analyze the results obtained from the diagnosis applied to the appropriate socialization policies, then action plans which were incorporated were established and led by the leaders of the institution. These plans include lifting and updating protocols, manuals, or instructional guides as well as the improvement of the infrastructure of the clinic among others.

Forwardly designed and implemented a plan for internal audit in order to verify and establish compliance with the minimum requirements, each service was evaluated under the ISO 19011 standard, which relates the guidelines for internal audit. Having determined the audit findings, general recommendations were suggested to address non-conformities found, culminating with staff training in relation to HUS.

---

\*Work Degree

\*\*Facultad De Ingenierías Físico - Mecánicas, Escuela De Estudios Industriales Y Empresariales, Directora: Naydú Acosta Ramírez, Codirectora: Piedad Del Rocío Villanueva

## INTRODUCCIÓN

En las décadas recientes las Instituciones prestadores de servicios de Salud en Colombia son sujeto de una amplia regulación y vigilancia por entidades gubernamentales con el propósito de garantizar la calidad en la atención de los servicios prestados y buscando reducir los principales factores de riesgo que pueden afectar a los usuarios.

El hito normativo más relevante en ese tema corresponde a la ley 100 del 23 de Diciembre de 1993, bajo la cual se creó el Sistema de Seguridad Social Integral, y específicamente el artículo 185 que establece “para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de Salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social” y define como uno de los principios fundamentales a la calidad en la atención; posteriormente con el decreto 1011 de 2006 se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud que reglamenta las generalidades de lo mencionado en la ley 100.

La Clínica y Unidad de Salud Mental VILLAMARIA, como Institución Prestadora de Servicios de Salud debe acoger los lineamientos de dichas normas y sus reglamentaciones y cumplirlas a cabalidad para brindar a los usuarios calidad en sus servicios, y fomentar la mejora continua en todos sus procesos; por lo tanto requiere también adoptar lo establecido recientemente en la resolución 2003 de 2014 que establece procedimientos y condiciones de habilitación, y que en el artículo 5 plantea que anualmente se debe realizar la autoevaluación del cumplimiento de estándares para la atención. Por esta razón, el objetivo del presente proyecto conlleva el diseño , documentación y seguimiento de planes de

acciones de mejoramiento para el ajuste a los cambios del Sistema Único de Habilitación de Salud en la Clínica y Unidad de Salud Mental VILLAMARIA de San Gil, basado en los requisitos establecidos en la resolución 2003 de 2014, empleando como procedimientos el diagnóstico o autoevaluación, definición de planes de acción, realización de una auditoría interna, y capacitación del personal de la institución.

Es relevante destacar que el proceso de habilitación tiene un gran impacto tanto en lo social, económico y legal, ya que la clínica tiene la obligación normativa de desarrollarlo para evitar procesos como la intervención o sanción de la misma, con las pérdidas económicas subsecuentes. Paralelamente, al cumplir con los requisitos la entidad podrá llevar a cabo sus funciones sociales de prestación de servicios y también contribuirá al desarrollo económico y social de la ciudad, ya que a nivel departamental funcionan solo cuatro clínicas de salud mental, entre las cuales se encuentra dicha institución, siendo esta la única ubicada en el municipio de San Gil.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Con el fin de caracterizar la situación inicial de la Clínica y Unidad de Salud mental VILLAMARIA, en el mes de febrero del presente año se diseñó y aplicó un diagnóstico preliminar o autoevaluación. En el Anexo 1, se evidencia la situación inicial para todos los servicios teniendo en cuenta que dicha evaluación se realizó bajo la resolución 1441 de 2013. Cabe aclarar que la resolución fue derogada por la nueva resolución 2003 de 2014 que será tomada en cuenta para realizar nuevamente la autoevaluación y proseguir con el proyecto.

El parámetro normativo vigente es en consecuencia la resolución 2003 de 2014, particularmente en el artículo 4 donde señala el requerimiento de la verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación definidas en el manual de habilitación de prestación de servicios de salud y que en caso de identificar deficiencias en el cumplimiento deberán abstenerse de inscribir, ofertar y prestar servicio hasta tanto se dé cumplimiento con la totalidad de los requisitos.

Según esa autoevaluación se determinó que la Clínica y Unidad de Salud mental VILLAMARIA del municipio de San Gil no cumple con todos y cada uno de los requisitos mínimos exigidos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, evidenciándose la urgencia y necesidad de realizar el presente proyecto, el cual en consecuencia aportará en gran medida a la clínica, buscando evitar el cierre de sus servicios, sanciones, pérdidas millonarias y por supuesto la desatención a usuarios que necesitan del servicio que ofrece la clínica.

Por otra parte, el incumplimiento de los requisitos de la resolución también indican una baja calidad en los servicios por parte de la institución, lo cual conlleva a riesgos potenciales de los usuarios de los servicios que ofrece la institución.

## 2. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

El Sistema Único de Habilitación (SUH), es un componente del Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece en el artículo 4, parágrafo 1 que “El Ministerio De Salud Y Protección Social ajustará periódicamente y de manera progresiva, los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGCS”; a este aspecto se da cumplimiento mediante la resolución 2003 del 28 de mayo de 2014.

La Clínica Y Unidad De Salud Mental VILLAMARIA como institución prestadora de servicios de salud, se encuentra en el deber de cumplir con los requisitos establecidos en la resolución 2003, realizando las acciones necesarias y pertinentes para alcanzar las condiciones mínimas exigidas por esta resolución, para poder ofertar los servicios.

Por otra parte, la institución tiene como un interés primordial y ventaja competitiva fundamental el ofrecer servicios de calidad a sus usuarios, por tal motivo, la misma enfoca sus procesos y mayores esfuerzos para lograr dicho fin. Uno de esos esfuerzos es adoptar los componentes de SOGC comenzando con los aspectos básicos que constituyen el SUH, lo cual muestra el compromiso de las directivas por el mejoramiento continuo de la calidad de sus servicios y la pretensión de mejorar la imagen de la compañía.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, este proyecto tiene una pertinencia práctica ya que se pretende diagnosticar de manera detallada las condiciones de cumplimiento de la resolución 2003 de 2014 para posteriormente proceder a diseñar, documentar y el seguimiento de los planes de acciones de mejoramiento,

incluyendo realizar una auditoría interna que permita verificar si las acciones definidas fueron realizadas y permiten cumplir con las exigencias establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Diseñar, documentar y realizar un seguimiento a los planes de acciones de mejoramiento para la clínica y Unidad de salud mental VILLAMARIA de San Gil, basado en los requisitos establecidos en la resolución 2003 de 2014 para el Sistema Único de Habilitación en salud de Colombia.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Diseñar una herramienta para el proceso de autoevaluación institucional, basada en los requisitos emitidos por medio de la resolución 2003 de 2014 del Ministerio De Salud Y Protección Social, y con el apoyo de los fundamentos teóricos del ciclo PHVA.
  
- ✓ Diagnosticar las áreas con falencias de la Clínica Y Unidad De Salud Mental VILLAMARIA que impide el cumplimiento de los requisitos exigidos en la resolución 2003 de 2014
  
- ✓ Diseñar planes de acciones de mejoramiento que contengan las condiciones necesarias que permitan el cumplimiento de los requisitos mínimos exigidos en la resolución 2003 de 2014 y que requieren ser implementados por la Clínica y Unidad de Salud Mental VILLAMARIA.

- ✓ Diseñar e implementar una auditoría interna que permita hacer un seguimiento de los planes de acción y verificar los procedimientos desarrollados por la institución para lograr el cumplimiento de los requisitos mínimos exigidos por la resolución 2003 de 2014.
  
- ✓ Establecer recomendaciones para el ajuste de las no conformidades evidenciadas en la auditoría interna, que contribuyan al desarrollo posterior del PAMEC institucional.
  
- ✓ Capacitar el personal de la Clínica Y Unidad De Salud Mental VILLAMARIA en lo referente al Sistema Único De Habilitación que facilite la implementación de los planes de acción que propenden por el mejoramiento de la calidad institucional.

## 4. MARCO DE REFERENCIA

### 4.1 MARCO DE ANTECEDENTES

Se realizó una búsqueda bibliográfica e identificaron algunos trabajos recientes y pertinentes en el área de este proyecto, los cuales se presentan a continuación: En el año 2012, Bibiana Bohórquez y Carolina Jiménez Barragán desarrollaron un proyecto para la IPS Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad, esto con el fin de poder optar al título de especialista en auditoria y garantía de calidad en salud, el título de dicho proyecto se denominó Verificación De Estándares De Habilitación En Una Ips Clínica Pediátrica De Segundo Nivel De Complejidad Ubicada En La Ciudad De Bogotá D.C.

El objetivo principal del proyecto en mención, consistió en “Verificar el cumplimiento de los estándares de habilitación en cada uno de los servicios de la IPS Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C., teniendo en cuenta la nueva propuesta de habilitación para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- del Ministerio de la Protección Social.”<sup>1</sup>

Para lograr tal fin, las autoras del proyecto definieron los siguientes objetivos específicos:

- ✓ “Verificar y documentar el cumplimiento de los ocho estándares de la nueva propuesta de habilitación en el servicio de urgencias de la IPS Clínica

---

<sup>1</sup> BOHORQUEZ; JIMENEZ. Verificación de estándares de habilitación en una ips clínica pediátrica de Segundo nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C. Bogotá: Universidad EAN, 2012, p. 16

Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C.”<sup>2</sup>

- ✓ “Verificar y documentar el cumplimiento de los ocho estándares de la nueva propuesta de habilitación en el servicio de hospitalización de la IPS Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C.”<sup>3</sup>
  
- ✓ “Verificar y documentar el cumplimiento de los ocho estándares de la nueva propuesta de habilitación en el servicio de lactario en la IPS Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C.”<sup>4</sup>
  
- ✓ “Verificar y documentar el cumplimiento de los ocho estándares de la nueva propuesta de habilitación en el servicio de consulta externa de la Ips Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá”<sup>5</sup>

---

<sup>2</sup> *Ibíd.*, p. 16

<sup>3</sup> BOHORQUEZ; JIMENEZ. Verificación de estándares de habilitación en una ips clínica pediátrica de Segundo nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C. , Óp. cit p. 16

<sup>4</sup> *Ibíd.*, p. 16

<sup>5</sup> BOHORQUEZ; JIMENEZ. Verificación de estándares de habilitación en una IPS clínica pediátrica de Segundo nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C. , Óp. cit p. 16

El primer paso de la metodología del trabajo en mención, fue la “revisión bibliográfica con respecto a requisitos mínimos de habilitación según el proyecto modificadorio de la resolución 1043.”<sup>6</sup>

Seguidamente y después de haber realizado la pesquisa literaria, se procedió a realizar la “elaboración del instrumento para la verificación del cumplimiento de estándares, el cual fue elaborado por el doctor Henry Tarazona French.”<sup>7</sup>

Posteriormente se “procedió a la revisión bibliográfica para la validación del instrumento. Cada servicio se evaluará utilizando el modelo ISO 19011, con los instrumentos diseñados y facilitados por el Dr. Henry Tarazona French. Se realizara auditoria con un plan el cual incluye:”<sup>8</sup>

- ✓ Programa de auditoria.
- ✓ Plan de auditoria.
- ✓ Notificación de auditoria.
- ✓ Reunión de apertura.
- ✓ Reunión de cierre.

Después de haber diseñado y aplicado el instrumento, se analizó la información recolectada a través del mismo y de la observación.

---

<sup>6</sup> Ibid ., p. 16

<sup>7</sup> Ibid ., p. 16

<sup>8</sup> Ibid ., p. 47

Como último paso se elaboró el informe final y se realizó la socialización de los hallazgos. “Para la elaboración del informe con los hallazgos es necesario elaborar instrumento que permita evidenciar las no conformidades como también las conformidades encontradas. Instrumento que fue elaborado por el doctor Henry Tarazona French.”<sup>9</sup>

Los resultados principales que se lograron en la Clínica Pediátrica De Segundo Nivel fueron los siguientes:

“La Identificación y documentación de las posibles falencias en el cumplimiento de los estándares de la nueva propuesta de habilitación en la IPS Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C., y lograr establecer planes de mejoramiento para el cumplimiento de las falencias encontradas.”<sup>10</sup>

También se logró “identificar y documentar las posibles falencias en el cumplimiento de los estándares de la nueva propuesta de habilitación en los servicios<sup>11</sup> de:

- ✓ Urgencias
- ✓ Laboratorio clínico.

---

<sup>9</sup> BOHORQUEZ; JIMENEZ. Verificación de estándares de habilitación en una ips clínica pediátrica de Segundo nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C. , Óp. cit p. 61

<sup>10</sup> Ibíd. , p. 51

<sup>11</sup> bid ., p. 61

- ✓ Toma de muestras.
- ✓ Imágenes diagnósticas.
- ✓ Servicio farmacéutico.
- ✓ Ultrasonido.
- ✓ Hospitalización pediátrica.
- ✓ Consulta externa.
- ✓ Lactario.

Otros resultados que se pudieron obtener en dicho proyecto, fueron el conocimiento y aplicación de la normatividad sanitaria vigente que reglamenta a las IPS de segundo nivel de complejidad y la identificación del cumplimiento de los requisitos establecidos por la norma vigente de la época, como también la contribución al mejoramiento de las debilidades y la consolidación las fortalezas de la Institución.

El siguiente proyecto que fue analizado y tomado como guía para el desarrollo del presente proyecto se titula: Diseño, Documentación, Implementación Y Evaluación Del Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad De La Atención De Salud Para La Habilitación Del Hospital San José Basado En El Decreto 1011 De 2006.

El objetivo principal que la autora planteo fue; “Diseñar, documentar, implementar y evaluar el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud para la habilitación del Hospital Integrado San José bajo los lineamientos del decreto

1011 de 2006 incluyendo el planteamiento y puesta en marcha de los planes de mejora.”<sup>12</sup>

Para lograr el cumplimiento de dicho planteamiento, la escritora trazo diferentes objetivos específicos los cuales contribuyeron a lograr el ideal propuesto, estos se traen a colación para tener una visión más clara del proyecto analizado:

- ✓ “Desarrollar los fundamentos o bases que sostienen un sistema de gestión que incluye misión, visión, políticas, valores corporativos, estructura organizacional, política y objetivos de calidad.”<sup>13</sup>
  
- ✓ “Establecer la política de calidad y realizar su despliegue planteando los objetivos de calidad e indicadores respectivos como punto de referencia, para el direccionamiento del hospital integrado San José.”<sup>14</sup>
  
- ✓ “Realizar planes de capacitación al personal del Hospital para la concientización de la necesidad de implementar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud, además de habilitarlos sobre el manejo de los

---

<sup>12</sup> ROMERO, Érica. Diseño, Documentación, Implementación Y Evaluación Del Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad De La Atención De Salud Para La Habilitación Del Hospital San José Basado En El Decreto 1011 De 2006. Bucaramanga. universidad industrial de Santander, 2007, p. 22

<sup>13</sup> *Ibíd.* ., p. 22

<sup>14</sup> ROMERO, Diseño, Documentación, Implementación Y Evaluación Del Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad De La Atención De Salud Para La Habilitación Del Hospital San José Basado En El Decreto 1011 De 2006. Óp. cit p. 22

documentos exigidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en salud.”<sup>15</sup>

Como primera medida, se llevó a cabo una evolución de la situación inicial del hospital san José en lo referente al nivel de cumplimiento de los requisitos del decreto 1011 del 3 abril de 2006.

Posterior a la evaluación, se procedió a realizar la sensibilización y las capacitaciones correspondientes; En estas, participo todo el personal perteneciente a la intuición, permitiéndose con esto, involucrar al personal en todo lo referente al proceso de la habilitación y así obtener un compromiso por parte de estos.

Seguidamente, la encargada de desarrollar el proyecto; planifico la forma en que se podría cumplir con los requisitos exigidos emitidos por parte de la secretaria de salud y protección social por medio del decreto 1011 de 2006.

Después de haber tenido el plan, la autora, inicio la implementación del sistema obligatorio de garantías de la calidad en salud; Para posteriormente culminar con una auditoria interna que permitiera corroborar si los estándares contemplados en el decreto 1011 de 2006 se cumplían a cabalidad en la institución San José.

Los principales resultados que se pudieron obtener en el hospital San José, fue la mejora de cada uno de los procesos involucrados en la habilitación y el posterior

---

<sup>15</sup> Ibid. ., p. 22

desarrollo y documentación de las necesidades halladas en la auto evaluación, también se logró, capacitar el personal inmerso en cada proceso y por ende aumentar la calidad de los servicios ofertados por la institución.

Por último, se identificó y estudio una tercera tesis de grado llevada a término en la óptica UNILEVER, Ubicada en la capital de la republica Colombiana. Dicha institución cuenta con 26 centros de atención propios distribuidos en 12 ciudades principales del país.

El título del proyecto, se denominó, implementación del sistema único de habilitación en Unilever ópticas.

El objetivo principal que planteo la escritora fue: “Implementar el sistema único de habilitación en los diferentes centros de atención de UNILIVER, logrando así, el cumplimiento de los estándares mínimos exigidos por el gobierno nacional.”<sup>16</sup>

El objetivo anteriormente mencionado, fue abordado con los siguientes objetivos específicos:

- ✓ “Diagnosticar, mediante el proceso inicial de autoevaluación, la situación de inconformidad que impiden el cumplimiento de los estándares mínimos de habilitación.”<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> ZAMBRANO, Diana. Implementación del sistema único de habilitación en UNILEVER OPTICAS. Bucaramanga. universidad industrial de Santander, 2007, p. 15

- ✓ “Formular, desarrollar e implementar un plan de acción que permita alcanzar el cumplimiento de los estándares mínimos de habilitación de los diferentes centros de atención.”<sup>18</sup>
  
- ✓ La metodología utilizada del proyecto en mención, se desarrolló en V etapas que fueron abordados de la siguiente manera:
  
- ✓ “La etapa preliminar del proyecto consistió principalmente en la profundización del conocimiento de la actividad económica de la empresa, el reconocimiento del sector en el que se desenvuelve, la normatividad que la regula, y la problemática que afronta a nivel general el sector y la prestación de los servicios de salud.”<sup>19</sup>
  
- ✓ “La siguiente etapa correspondió a la autoevaluación de la capacidad tecnológica y científica de los diferentes centros de atención se desarrolló tomando como base la herramienta de medición establecida en la Resolución 1043 de 2006, Anexo Técnico 1. Adicionalmente, se aplicó el instrumento de autoevaluación diseñado, el cual se había estructurado con base en la casilla de modo de verificación establecido por el Ministerio, según el Anexo Técnico 1.”<sup>20</sup>

---

<sup>17</sup> ZAMBRANO, Diana. Implementación del sistema único de habilitación en UNILEVER OPTICAS. Bucaramanga. Óp. cit p. 15

<sup>18</sup> *Ibíd.* ., p. 15

<sup>19</sup> *Ibíd.* ., p. 58

<sup>20</sup> . ZAMBRANO, Diana. Implementación del sistema único de habilitación en UNILEVER OPTICAS. Bucaramanga. Óp. cit p. 60

La tercera etapa, consistió en el desarrollo del plan de acción y el cumplimiento de los requisitos, estos contemplaron diferentes actividades tales como:

- ✓ Capacitación sobre requisitos.
- ✓ Actualización y levantamiento de documentos.
- ✓ Definición e implementación de procesos inexistentes.
- ✓ Ajuste de procesos asistenciales.
- ✓ Diseño e implementación de indicadores de gestión
- ✓ Adaptación de herramientas tecnológicas.
- ✓ Adecuación de infraestructura física.
- ✓ Dotación de equipos
- ✓ El establecimiento de alianzas estratégicas con proveedores.

La cuarta etapa, consistió en el diseño del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. En este punto del proyecto, se diseñó el PAMEC institucional teniendo como punto de referencia el título IV del decreto 1011 de 2006. Mediante el cual se dictan los lineamientos exigidos por el ministerio de la protección social para el establecimiento de esta herramienta de gestión de la calidad.<sup>21</sup>

La quinta y última etapa, consistió en el seguimiento y presentación de resultados. “Conjuntamente con el desarrollo del plan de acción para el cumplimiento de las condiciones de habilitación y diseño del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en los diferentes centros de atención, se llevó a cabo

---

<sup>21</sup> Ibid. ., p 71

el seguimiento de los procesos y los procedimientos establecidos para dar cumplimiento al Sistema Único De Habilitación.”<sup>22</sup>

Finalmente la óptica UNILEVER, después de un arduo trabajo, alcanzó totalidad de los requisitos exigidos por el ministerio, permitiendo con esto prestar un servicio de calidad a sus usuarios. Por el ende, las autoridades competentes le otorgaron los certificados de habilitación a la institución, permitiéndole con esto seguir en funcionamiento.

Después de una extenuante investigación y estudio de los proyectos anteriormente referidos, le permitieron al autor del presente proyecto; tener una idea más clara de cómo abordar la habilitación de la CLINICA VILLAMARIA de San Gil.

Por otra parte, aportó herramientas claras y precisas para el óptimo desarrollo del proyecto, que a la hora de ser aplicadas, fueron modificadas a las necesidades de la CLINICA VILLAMARIA de San Gil.

Por último, pero no menos importante, el haber escudriñado los proyectos, me permitió tener una idea global de cómo abordar la escritura y desarrollo del presente trabajo.

---

<sup>22</sup> Ibíd... p71.

## 4.2 MARCO TEÓRICO

**4.2.1 Decreto 1011 De 3 De Abril Del 2006.** El 3 de abril del 2006, la corte constitucional Colombiana publicó en el oficio 46.230, el decreto 1011, el cual establece el sistema obligatorio de garantías de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud.

En el artículo primero, define el campo de aplicación, el cual dispone que el decreto se aplique “a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Propagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.”<sup>23</sup>

“Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS, de que trata este decreto, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, o con Entidades Territoriales.”<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Decreto 1011. (3 de abril, 2006) por el cual se decreta el sistema obligatorio de garantías de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud. Diario Oficial. Bogotá, D.C. 2006. No. 46.230 p. 1

<sup>24</sup> *Ibíd.* ., p 1

#### **4.2.1.1 Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.**

“Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.”<sup>25</sup>

#### **4.2.2.2 Calidad de la atención de salud.**

“Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.”<sup>26</sup>

#### **4.3.1 Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad De Atención En Salud Del Sistema General De Seguridad Social En Salud, SOGCS.**

“Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.”<sup>27</sup>

Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, e incluyendo como paso inicial la verificación de la existencia de la estructura o de la documentación de procesos mínimos los cuales constituyen prerrequisitos para alcanzar los mencionados resultados y hacen parte del componente del SOGC denominado Habilitación.

---

<sup>25</sup> *Ibíd.*, p. 2

<sup>26</sup> *Ibíd.*, p. 2

<sup>27</sup> *Ibíd.*, p. 2

“Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:”<sup>28</sup> Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia, Continuidad.

**4.4.1 Componentes del SOGCS. “Tendrá como componentes los siguientes:”<sup>29</sup>**

- ✓ El Sistema Único de Habilitación.
- ✓ La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
- ✓ El Sistema único de Acreditación.
- ✓ El Sistema de Información para la Calidad.

**4.5.1 Sistema Único De Habilitación.** “Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.”<sup>30</sup>

---

<sup>28</sup> *Ibíd.*, p. 2

<sup>29</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Decreto 1011. (3 de abril, 2006) por el cual se decreta el sistema obligatorio de garantías de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud. Diario Oficial. Bogotá, Óp. cit p. 4

<sup>30</sup> *Ibíd.*, p. 4

**4.6.1 Información a los usuarios.** “Los prestadores de servicios de salud fijarán en lugares visibles al público, el distintivo que defina el Ministerio de la Protección Social, mediante el cual se identifique que los servicios que ofrece se encuentren habilitados. Igualmente mantendrán en lugar visible al público el certificado de habilitación una vez haya sido expedido.”<sup>31</sup>

**4.6.1 Auditoria Para El Mejoramiento De La Calidad De La Atención De Salud.** “Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación.”<sup>32</sup>

Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

- ✓ La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
  
- ✓ La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.

---

<sup>31</sup> Ibil, p. 10

<sup>32</sup> Ibil, p. 12

- ✓ La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

**4.6.1.1 Niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.** “En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:”<sup>33</sup>

- ✓ **Autocontrol.** Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

- ✓ **Auditoría Interna.** Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiriera la cultura del autocontrol.

- ✓ **Auditoría Externa.** Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de

---

<sup>33</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Decreto 1011. (3 de abril, 2006) por el cual se decreta el sistema obligatorio de garantías de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud. Diario Oficial. Bogotá, Óp. cit p. 12

servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

**4.6.1.2 Tipos de acciones. “El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:”<sup>34</sup>**

- ✓ **Acciones Preventivas.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.
  
- ✓ **Acciones de Seguimiento.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
  
- ✓ **Acciones Coyunturales.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

---

<sup>34</sup> *Ibíd.*, p. 13

**4.6.1.3 Énfasis de la auditoría según tipos de entidad.** “El Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades y con énfasis en los aspectos que según el tipo de entidad se precisan a continuación.”<sup>35</sup>

- ✓ EAPB.
- ✓ Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- ✓ Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

**4.7.1 Resolución 2003 Del 28 de Mayo De 2014.** En ejercicio de sus atribuciones legales, el ministerio de salud y protección social, en la resolución 2003 Define los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios. Esa resolución reemplaza y deroga la norma anterior, resolución 1441 de 2013, haciendo diversas precisiones que se resumen a continuación.

La resolución 2003 mencionada, “tiene por objeto establecer los procedimientos y condiciones de habilitación, así como adoptar el Manual de Habilitación que deben cumplir:”<sup>36</sup>

- ✓ Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud,
- ✓ los Profesionales Independientes de Salud,
- ✓ los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, y
- ✓ Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera

---

<sup>35</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Decreto 1011. (3 de abril, 2006) por el cual se decreta el sistema obligatorio de garantías de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud. Diario Oficial. Bogotá, Óp. cit p. 13

<sup>36</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Resolución 2003 (28 de mayo de 2014) Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, D.C. 2006. No. 48.787p. 1

exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos.

#### **4.7.1.1 Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud.**

“Adóptese el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud, el cual hace parte integral de la presente resolución.”<sup>37</sup>(Ver manual de habilitación)

#### **4.7.1.2 Condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar servicios.**

“Los Prestadores de Servicios de Salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, deberán cumplir las siguientes condiciones:”<sup>38</sup>

- ✓ Capacidad Técnico-Administrativa
- ✓ Suficiencia Patrimonial y Financiera
- ✓ Capacidad Tecnológica y Científica.

#### **4.7.1.3 Vigencia de la Habilitación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.**

“La vigencia de la habilitación será de 4 años a partir de la inscripción, vencido éste término se renovará automáticamente por periodos de un año, siempre y cuando realice la autoevaluación anual y ésta sea reportada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), en las condiciones definidas en la presente resolución.”<sup>39</sup>

---

<sup>37</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Resolución 2003(28 de mayo de 2014) Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, Óp. cit p. 1

<sup>38</sup> Ibil, p. 2

<sup>39</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Resolución 2003(28 de mayo de 2014) Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, Óp. cit p. 3

La inobservancia del cumplimiento del proceso de autoevaluación y su reporte en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), tendrá como resultado la inactivación del Prestador de Servicios de Salud del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). En consecuencia el Prestador de Servicios de Salud deberá realizar nuevamente la inscripción ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, como nuevo prestador de servicios de salud. Para el caso de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se deberá tener verificación previa, conforme a lo previsto en el artículo 58 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 118 del Decreto Ley 019 de 2012.

**4.7.1.4 Estructura de los Servicios de Salud.** “Con el objeto de facilitar la organización de los servicios de salud y permitir la incorporación al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS- de manera homologada, se establece la siguiente estructura de los servicios de salud:”<sup>40</sup>

- ✓ Grupo. El grupo hace relación al más amplio nivel de clasificación de los servicios de salud en cuanto comparten características genéricas comunes por efectos de la atención brindada al paciente o al momento de la etapa en que sea atendido y que por consiguiente tienen similitudes en el nivel de los estándares y criterios que deben cumplir.
  
- ✓ Servicio. Es la unidad básica habilitar del Sistema Único de Habilitación de Prestadores, por tanto, es a la cual apuntan los criterios de los estándares de habilitación, a partir de los cuales se establece la

---

<sup>40</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Resolución 2003(28 de mayo de 2014) Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, Óp. cit p. 10

autorización para el funcionamiento de cualquier prestador de servicios de salud.

- ✓ Modalidad. Los servicios de salud responden a los procedimientos definidos por la evidencia científica como óptimos, eficientes y eficaces en la solución de los problemas de salud de la población, bien de manera individual o colectiva. En este sentido la modalidad hace referencia a algunas formas en la prestación del servicio a las cuales el prestador se vincula para lograr las características enunciadas.

#### **4.8.1 Condiciones De Capacidad Técnico – Administrativa**

**4.8.1.1 Certificado de Existencia y Representación Legal.** “Deberán cumplir con el documento de creación que es el acto administrativo que le da vida jurídica a la entidad. De acuerdo con la naturaleza jurídica para la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), la entidad debe anexar el o los siguientes documentos:”<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Resolución 2003(28 de mayo de 2014) Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, Óp. cit p. 14

**4.9.1 Condiciones De Suficiencia Patrimonial Y Financiera.** “Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo. Las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, se evidencian con los estados financieros certificados por el revisor fiscal o el contador”<sup>42</sup> .Para la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), se tomarán como base los estados financieros de la vigencia fiscal del año inmediatamente anterior al registro. Sin embargo, se podrán tomar como base estados financieros de períodos menores al año, cuando se realicen operaciones financieras dirigidas al cumplimiento de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. En todo caso, los estados financieros deberán estar certificados y/o dictaminados por el revisor fiscal de la institución o el contador según sea el caso de la entidad a la cual pertenezca.

**4.9.1.1 Patrimonio.** “Que el patrimonio total se encuentre por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según corresponda de acuerdo con la naturaleza jurídica de la institución prestadora de servicios de salud y de conformidad con los lineamientos señalados en el Plan General de Contabilidad Pública y el Plan de Cuentas para instituciones prestadoras de servicios de salud privadas.”<sup>43</sup>

$$\frac{\text{Patrimonio total} \times 100}{\text{Capital}} \times 100$$

---

<sup>42</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Resolución 2003(28 de mayo de 2014) Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, Óp. cit p. 15

<sup>43</sup> ibil p. 16

El valor resultante de la operación indicada deberá ser superior a 50 %. De acuerdo con la naturaleza jurídica de la entidad la cuenta que registra el capital es:

**4.9.1.2 Obligaciones Mercantiles.** “Que en caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles vencidas en más de 180 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones mercantiles, aquellas acreencias incumplidas a favor de terceros, originadas como resultado de aquellos hechos económicos propios del objeto de la entidad, así”<sup>44</sup>

$$\frac{\text{Sumatoria de los montos de obligaciones mercantiles vencidas en más de 360 días}}{\text{Pasivo Corriente}} \times 100$$

El valor resultante de la operación no podrá ser superior a 50%. Para la obtención del valor del numerador, se solicitará a la entidad un reporte, certificado por el revisor fiscal y/o contador de las cuentas por pagar a los proveedores y demás obligaciones mercantiles que superen un período más de 360 días calendario contados a partir de la fecha de surgimiento de la obligación, con corte a la fecha de la verificación.

---

<sup>44</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Resolución 2003(28 de mayo de 2014) Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, Óp. cit p. 16

**4.10.1 Obligaciones Laborales.** “Que en caso de incumplimiento de obligaciones laborales vencida en más de 180 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones laborales, aquellas acreencias incumplidas exigibles a favor de los empleados, ex empleados y pensionados, originadas como resultado de la acusación de derechos laborales.”<sup>45</sup>

$$\frac{\text{Sumatoria de los montos de obligaciones laborales vencidas en más de 360 días}}{\text{Pasivo Corriente}} \times 100$$

El valor resultante de la operación no podrá ser superior a 50%. Para la obtención del valor del numerador, se solicitará a la entidad un reporte, certificado por el revisor fiscal o contador de las moras de pago de nómina y demás obligaciones laborales que superen un período más de 360 días calendario contados a partir de la fecha de surgimiento de la obligación, con corte a la fecha de la verificación.

**4.11.1 Condiciones De Capacidad Tecnológica Y Científica.** La formulación de estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica está orientada por los siguientes principios:

- ✓ **Fiabilidad:** La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.
  
- ✓ **Esencialidad:** Las condiciones de capacidad tecnológica y científica, son indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos

---

<sup>45</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Resolución 2003(28 de mayo de 2014) Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, Óp. cit p. 16

que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

- ✓ **Sencillez:** La formulación de los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos para su verificación, son fáciles de entender, permiten la autoevaluación de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales y su verificación por las autoridades competentes y en general por cualquier persona que esté interesada en conocerlos.

Las condiciones tecnológicas y científicas tienen como misión proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de unas condiciones esenciales para el funcionamiento de un prestador de servicios de salud, a partir de los *estándares de habilitación*.

**4.12.1 Estándares De Habilidad.** “Los estándares de habilitación son las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier prestador de servicios de salud, independientemente del servicio que éste ofrezca. Los estándares de habilitación son principalmente de estructura y delimitan el punto en el cual los beneficios superan a los riesgos. El enfoque de riesgo en la habilitación procura que el diseño de los estándares cumpla con ese principio básico y que estos apunten a los riesgos principales.

Los estándares aplicables son siete (7) así: Talento humano, Infraestructura, Dotación, Medicamentos dispositivos médicos e insumos, Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros e Interdependencia de servicios.”<sup>46</sup>

Talento Humano. Son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional y ocupacional del Talento Humano asistencial y la suficiencia de éste recurso para el volumen de atención.

Infraestructura. Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.

Dotación. Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que determinen procesos críticos institucionales. Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos. Es la existencia de procesos para la gestión de medicamentos, homeopáticos, Fito terapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico, así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes del prestador, cuyas condiciones de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución, seguimiento al uso y disposición final, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

---

<sup>46</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Resolución 2003(28 de mayo de 2014)) Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, Óp. cit p. 18

Procesos Prioritarios. Es la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud.

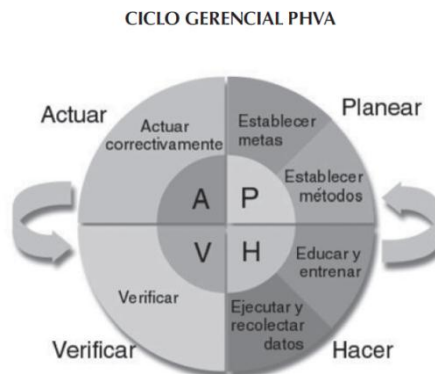
Historia Clínica y Registros. Es la existencia y cumplimiento de procesos, que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo y el de los registros de procesos clínicos diferentes a la historia clínica que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios.

Interdependencia. Es la existencia o disponibilidad de servicios o productos, propios o contratados de apoyo asistencial o administrativo, necesarios para prestar en forma oportuna, segura e integral los servicios ofertados por un prestador. En caso de ser contratado el servicio o producto, debe mediar una formalidad explícita y documentada entre el prestador y la institución que provee el servicio o producto de apoyo que soporta el servicio principal declarado y que contemple como mínimo, los procedimientos para la atención de los pacientes, los tiempos de obtención de los productos y quien declara el servicio. Lo anterior, por cuanto quien lo declare será responsable del cumplimiento del estándar independientemente que intervengan otras organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento del estándar.

**4.13.1 Ciclo P.H.V.A.** “El Ciclo P.H.V.A es una herramienta para la Mejora Continua. El nombre del Ciclo PDCA (o en la traducción al español como PHVA) viene de las siglas Planificar, Hacer, Verificar y Actuar, en inglés “Plan, Do, Check, Act”. También es conocido como Ciclo de mejora continua o Círculo de Deming. Esta metodología describe los cuatro pasos esenciales que se deben llevar a cabo de forma sistemática para lograr la mejora continua, entendiendo como tal al mejoramiento continuado de la calidad (disminución de fallos, aumento de la eficacia y eficiencia, solución de problemas, previsión y eliminación de riesgos potenciales...).<sup>47</sup> El círculo de Deming lo componen 4 etapas cíclicas, de forma que una vez acabada la etapa final se debe volver a la primera y repetir el ciclo de nuevo, de forma que las actividades son reevaluadas periódicamente para incorporar nuevas mejoras.”

El ciclo PHVA es un método gerencial básico que se aplica a una organización, a su plan estratégico, a un área o a un proceso. (Ilustración 1)

**Ilustración 1.** Ciclo PHVA



Fuente: Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

<sup>47</sup> JORGE JIMENO BERNAL, Ciclo PDCA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar): El círculo de Deming de mejora continua [online], ago. 23 de 2013 [citado 17 de julio de 2014], < <http://www.pdcahome.com/5202/ciclo-pdca-planificar-hacer-controlar-y-actuar-el-circulo-de-deming-de-mejora-continua/>>

Los **PLANES** de mejoramiento de calidad definidos son el primer paso del ciclo PHVA Y “buscan las actividades susceptibles de mejora y se establecen los objetivos a alcanzar. Para buscar posibles mejoras se pueden realizar grupos de trabajo, escuchar las opiniones de los trabajadores, buscar nuevas tecnologías mejores a las que se están usando ahora, etc.”<sup>48</sup>

“El paso siguiente, **HACER** consiste en capacitar y entrenar a los implicados, tanto en el método por aplicar para el conocimiento y análisis de los problemas presentados como en las posibles soluciones planteadas para resolverlos, con el fin de que los diferentes responsables lleven a cabo las actividades definidas de acuerdo con el plan. Pero para que los planes se cumplan y lleven a las metas deseadas, es necesario **VERIFICAR** o hacer seguimiento permanente y **ACTUAR** correctivamente en tiempo real, es decir, que tan pronto sea detectado un problema, se identifiquen las causas y se busquen soluciones oportunas.”<sup>49</sup>

Para ello son necesarias dos condiciones:

“Que se realice la medición de los indicadores definidos para cada meta, de forma sistemática y con una periodicidad definida, para saber oportunamente si se está logrando o no la meta deseada. Y Que se establezca una forma de comunicación y seguimiento de las actividades, entre cada responsable y su equipo,”<sup>50</sup>

---

<sup>48</sup> JORGE JIMENO BERNAL, Ciclo PDCA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar): El círculo de Deming de mejora continua [online], ago. 23 de 2013 [citado 17 de julio de 2014], < <http://www.pdcahome.com/5202/ciclo-pdca-planificar-hacer-controlar-y-actuar-el-circulo-de-demming-de-mejora-continua/>>

<sup>49</sup> COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, Bogotá, D. C., 2007

<sup>50</sup> ibil p. 66

“La estandarización vista dentro del ciclo PHVA, busca las mejores formas de conseguir los resultados. En la medida que se ejecuta un proceso de una misma manera y se hace consciente, se puede mejorar más fácilmente. Se considera a la estandarización como motor de la innovación y como incentivo para la creatividad de las personas que están al frente del proceso. Un buen estándar es aquel que es modificado por lo menos una vez cada 6 meses. Esta premisa obliga a estar buscando mejores maneras de hacer las cosas y con el desarrollo de las personas.”<sup>51</sup>

Para identificar las acciones de mejora por implementar se puede utilizar cualquier metodología de mejoramiento de procesos, como seis sigma, análisis causa-raíz. En la Tabla 5 se presenta la metodología conocida como Análisis y solución de problemas, la cual es sencilla de implementar:

**Tabla 1.** Metodología de Análisis y Solución De Problemas

PHVA	FLUJO - GRAMA	FASE	OBJETIVO
P	①	Identificación del problema	Definir claramente el problema y reconocer su importancia.
	②	Observación	Investigar las características específicas del problema con una visión amplia y desde varios puntos de vista.
	③	Análisis	Descubrir las causas fundamentales.
	④	Plan de acción	Concebir un plan para bloquear las causas fundamentales
H	⑤	Acción	Bloquear las causas fundamentales
V	⑥	Verificación	Verificar si el problema fue efectivo.
	④	¿Fue efectivo el bloqueo?	
A	⑦	Estandarización	Prevenir la reaparición del problema.
	⑧	Conclusión	Recapitular todo el proceso de solución del problema para el trabajo futuro.

Fuente: Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

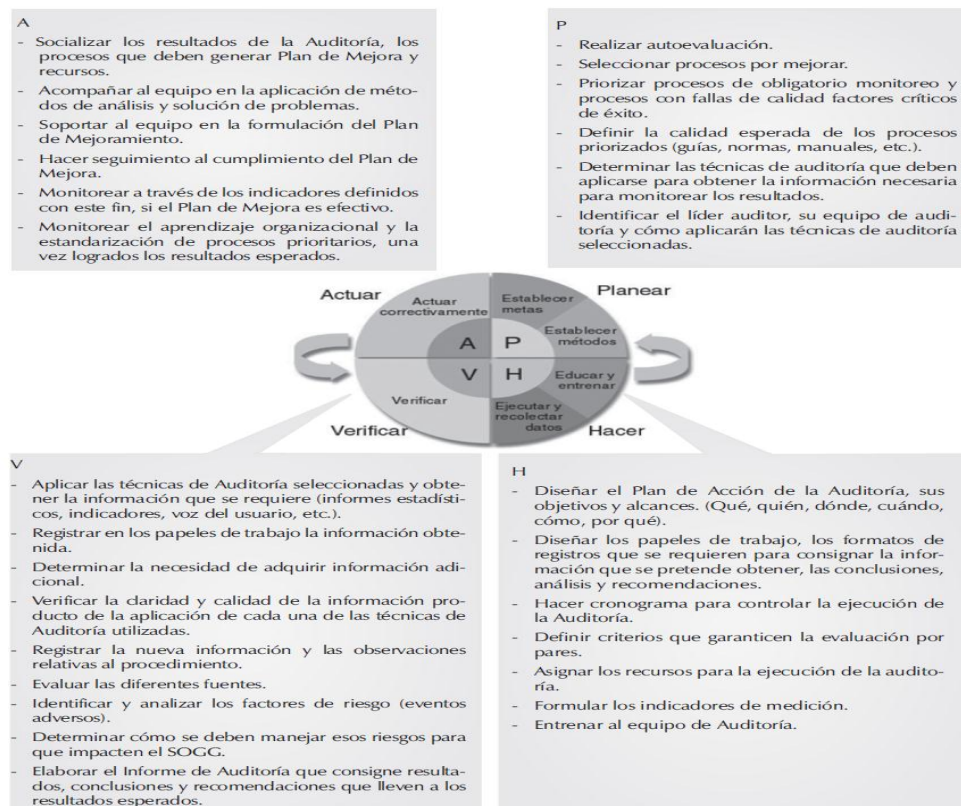
“La formulación de acuerdos debe ser consignada en un plan de trabajo, en el cual en forma explícita se debe consignar qué actividad se va a realizar, cómo se va a

<sup>51</sup> ibil p. 72

realizar, quién la realizará y cuándo se ejecutará. No se debe olvidar que tan importante como definir el plan de trabajo es identificar los indicadores que permitirán hacer el seguimiento a los acuerdos formulados.”<sup>52</sup>

El Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud se concibe en forma operativa siguiendo el ciclo PHVA como se explica en la Ilustración 2:

**Ilustración 2.** Ciclo PHVA Para El Desarrollo De La Auditoría Para El Mejoramiento De La Calidad De La Atención En Salud



Fuente: Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

<sup>52</sup> ibil p. 103

**4.14.1 Programa para el Mejoramiento de la Calidad en Salud PAMEC<sup>53</sup>.** El Programa para el Mejoramiento de la Calidad en Salud mejor conocido como PAMEC es una herramienta que deben implementar todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Entidades de Transporte Especial de Pacientes, que contribuye a brindar una atención en salud con excelencia, a que se fomente la cultura de la seguridad y el autocontrol en la organización, garantizando así el cumplimiento de estándares superiores a los de habilitación, que son de carácter obligatorio.

El PAMEC busca el Mejoramiento Continuo de la Calidad, lo cual permite identificar las fallas en el proceso de atención y que son susceptibles de mejorar, con el fin de establecer los ajustes necesarios y adecuarse a las expectativas de los clientes – usuarios que acceden a los servicios de salud que oferta la entidad.

El PAMEC no es un documento o plan único que se construya e implemente una sola vez, sino por el contrario, es una herramienta de calidad a la cual debe dársele continuidad y desarrollar periódicamente todos sus pasos hasta obtener el mejoramiento de los procesos que se hayan priorizado en la entidad y una vez resueltos, volver a iniciar un nuevo ciclo de mejora, La herramienta de calidad obedece a una ruta crítica que consta de 9 pasos:

**Autoevaluación:** “La autoevaluación para el PAMEC es el diagnóstico básico para identificar problemas o fallas de calidad que afectan la organización, o de los aspectos que, en función del concepto de monitoreo de la calidad, tienen

---

<sup>53</sup> HABILITACIÓN ACTIVA, ¿Qué es el PAMEC? [online], Abril 5 de 2013 [citado 17 de julio de 2014], <  
<http://www.habilitacionactiva.com/index.php/auditoria-pamec/que-es-el-pamec> >

determinante importancia para la organización y son susceptibles de mejoramiento.”<sup>54</sup>

**Selección de procesos a mejorar:** “Es la generación de un listado de procesos que son factibles de intervenir por parte de la organización.”<sup>55</sup>

**Priorización de procesos:** “Es la aplicación de una herramienta y/o metodología para ordenar los procesos a mejorar según la relevancia e impacto que generen en la calidad de la atención de la institución.”<sup>56</sup>

**Definición de la calidad esperada:** “Es la determinación del nivel de calidad esperado a lograr por cada uno de los procesos priorizados.”<sup>57</sup>

**Medición inicial del desempeño de los procesos:** “Es el desarrollo de los procedimientos de auditoría operativa más adecuados para la medición de los procesos.”<sup>58</sup>

---

<sup>54</sup> ZAMBRANO, Diana. Implementación del sistema único de habilitación en UNILEVER OPTICAS. Bucaramanga. Op cit. p. 116

<sup>55</sup> lbil p. 116

<sup>56</sup> lbil p. 116

<sup>57</sup> lbil p. 116

<sup>58</sup> lbil p. 116

**Plan de acción y/o plan de mejoramiento de los procesos seleccionados:** “Es la elaboración de un plan de acción detallado capaz de bloquear las causas y de solucionar el efecto no deseado o el problema, creando además unos indicadores para evaluar posteriormente los resultados de su aplicación.”<sup>59</sup>

**Ejecución del plan de acción:** “Una vez elaborado el plan de acción se debe iniciar la ejecución de las actividades contenidas en éste.”<sup>60</sup>

**Evaluación del mejoramiento y seguimiento con comités:** “Es la evaluación del cumplimiento y efectividad de las acciones ejecutadas y el seguimiento a la implementación de las mejoras por parte de los diferentes comités.”<sup>61</sup>

**Aprendizaje organizacional:** “Hace relación a la toma de decisiones definitivas, retroalimentación y estandarización de mejoras de los procesos.”<sup>62</sup>

**4.15.1 Tipo de estudio.** “La investigación es un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno.”<sup>63</sup>

---

<sup>59</sup> Ibil p. 116

<sup>60</sup> Ibil p. 117

<sup>61</sup> Ibil p. 117

<sup>62</sup> Ibil p. 117

<sup>63</sup> Hernández, R; Fernández, Baptista, M. metodología de la investigación 5ta edi. México D.F, McGraw Hill 2012 p, 4

Para el proceso de investigación se encuentran tres tipos de métodos o enfoques: cuantitativo, cualitativo y mixto

El enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Las técnicas cuantitativas clásicas son las encuestas que permiten cuantificar variables predefinidas.

“El enfoque cualitativo Utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación, da Descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones”<sup>64</sup>.

“La investigación cualitativa podría entenderse como "una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones que adoptan la forma de entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio y vídeo casetes, registros escritos de todo tipo, fotografías o películas y artefactos.”<sup>65</sup>

Respecto al proceso y las fases de la investigación cualitativa, se diferencian cinco fases de trabajo:

#### 1. Definición del problema.

---

<sup>64</sup> lbil p. 7

<sup>65</sup> INSTITUTO INTERNACIONAL DE INTEGRACIÓN, investigación cualitativa [pdf], 16 de Agosto del 2012, [citado 17 de julio de 2014], [http:// www.iicab.org.bo/Docs/doctorado/.../M2.../investigacion-cualitativa.pdf](http://www.iicab.org.bo/Docs/doctorado/.../M2.../investigacion-cualitativa.pdf)

2. Diseño de trabajo.
3. Recogida de datos.
4. Análisis de datos.
5. Informe y validación de la información.

Además, dentro de la investigación cualitativa podemos encontrar diversas técnicas como:

1. La observación.
2. La observación participante.
3. La entrevista.
4. La entrevista grupal.
5. El grupo de discusión

Y por último el enfoque mixto es la unión de los enfoques cuantitativos y cualitativos. Dentro de este enfoque se destaca la investigación operativa. Esta modalidad investigativa tiene una amplia trayectoria histórica ya que nace en 1939 durante la 2da guerra mundial. En esta disciplina se destacan las siguientes características esenciales:

- ✓ Una fuerte orientación a Teoría de Sistemas,
- ✓ La participación de equipos interdisciplinarios,
- ✓ La aplicación del método científico en apoyo a la toma de decisiones.

Con base en estas propiedades, una posible definición es: “la Investigación Operativa es la aplicación, por grupos interdisciplinarios, del método científico a problemas relacionados con el control de las organizaciones o sistema a fin de que se produzcan soluciones que mejor sirvan a los objetivos de toda la organización.”<sup>66</sup>

---

<sup>66</sup> METODOS Y MODELOS DE INVESTIGACION DE OPERACIONES I, modelos de terminanticos, Juan Prawda, México, 2004, p. 20

Por otra parte, el análisis e interpretación de los datos incorporan tanto técnicas del enfoque cuantitativo como el método cualitativo. Este último arroja datos descriptivos de los aspectos intangibles y sociales de la vida cotidiana, por ende, son valoraciones personales que cada individuo emite con su propio criterio.

Mientras que el método cuantitativo, a diferencia del anterior, utiliza técnicas para la recolección y el análisis de datos numéricos, para así, establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población o variable.

**4.16.1 Plan de acción.** Este tipo de herramienta se utilizará una vez hayan sido detectadas las causas que generen un resultado no deseado de un indicador, para lo cual es necesario definir e implementar un plan de acción tanto de acciones correctivas como preventivas. Se utilizará para tal fin el formato 5W/1H que define:

**¿QUÉ SE HARÁ?** (Objetivos y/o acciones de mejora) Define sobre qué se va a trabajar. Define las actividades por realizar para bloquear la(s) causa(s); **¿QUIÉN LO HARÁ?** (Responsable de ejecutar las acciones) Determina la responsabilidad en la ejecución de las acciones en cada etapa del plan en cuanto a personas. **¿CUÁNDO SE HARÁ?** (Tiempo en que se ejecutará la tarea) Define cuándo se hará, cronograma con fecha de terminación. **¿DÓNDE SE HARÁ?** (En qué procesos, áreas o ubicación) Determina la extensión y ubicación de las medidas por implementar. **¿CÓMO SE HARÁ?** (Los medios y/o recursos necesarios para ejecutar la tarea) Define las razones por las cuales se decidió que se trabajara en dicha actividad, en razón del impacto que este genera. **¿POR QUÉ SE HARÁ?** (El propósito que se persigue en la mejora) Determine la forma como va a mejorar la situación, forma como se implementarán las acciones.

## 5. METODOLOGÍA

El presente proyecto corresponde a una investigación operativa, en la que se emplearán técnicas cualitativas de observación y entrevistas para la recolección y análisis de datos de la Clínica Villa María de San Gil sobre las características de los diferentes servicios respecto al cumplimiento de los requisitos del sistema de habilitación acorde con la normatividad vigente, resolución 2003 de 2014.

A continuación se relatan las etapas, basadas en el marco teórico del ciclo PHVA, que se llevó a cabo en coherencia con los objetivos mencionados, para el éxito del suscrito proyecto, entre las cuales encontramos: compilación y revisión de documentos institucionales y de la resolución 2003, diseño y aplicación de instrumentos para la autoevaluación y retroalimentación institucional, diseño y seguimiento de planes de acción, diseño e implementación del plan de auditoría interna, retroalimentación de los hallazgos de la auditoría determinando recomendaciones generales para enfrentar las no conformidades que se incorporaron al PAMEC institucional, y por último la capacitación del personal en lo referente a SUH.

Como primera medida, se conoció la institución en la cual se desarrolló el proyecto, para tal fin, se compilaron y examinaron los documentos institucionales para comprender como es el manejo de la compañía. Igualmente, se estudió la resolución 2003 de 2014 para entender los requisitos exigidos por la misma.

También, se diseñó y aplicó la herramienta para el proceso denominado autoevaluación de cada servicio. (Ver anexo 2), basada en los requisitos exigidos

y contemplado en la resolución 2003 del 28 de mayo de 2014, emitidos por el ministerio de salud y protección social, esto con el fin de diagnosticar las áreas con falencias que impide el cumplimiento de dichos requisitos.

En la tabla 2 se muestra la plantilla que se diseñó y aplico a cada uno de los servicios, donde C = Cumple, NC = No Cumple y N/A = no aplica

**Tabla 2** Plantilla Del Instrumento De Autoevaluación Con Los Estándares De La Resolución 2003

SERVICIO PRESTADO							
ESTANDAR	CRITERIO	C	NC	N/A	OBSERVACIÓN	FALENCIAS	PLAN DE ACCION
Talento Humano							
Infraestructura							
Dotación							
Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos.							
Procesos prioritarios							
Historia Clínica y registros							
interdependencia							
interdependencia							

El instrumento se aplicó a algunos servicios existentes en el portafolio de la institución debido a que se pretenden eliminar servicios, esto se realizó previo a la autoevaluación y se definieron en compañía del coordinador de calidad (practicante) y la junta directiva. Lo anterior debido a que los códigos y nombres

de los servicios fueron modificados por parte del Ministerio De Salud Y Protección Social. (Ver tabla 3)

El siguiente paso, fue evaluar y analizar los resultados arrojados por el diagnóstico aplicado con la socialización correspondiente ante las directivas, posteriormente se establecieron planes de acción los cuales fueron incorporados y liderados por parte de las directivas de la institución; este fue la base y marco las pautas necesarias que se deben realizar para alcanzar los requisitos mínimos exigidos por el ministerio de salud y protección social.

Para documentar dichos planes de forma clara y precisa, se diseñó un formato teniendo en cuenta el método 5W1H, como se evidencia en la formato 1

## Formato 1. Plan De acción

		Clínica y Unidad De Salud Mental <b>VILLAMARIA</b>		Elaborado 03/03/2014	
				Versión: 002	
<b>SERVICIO PRSETADO</b>				<b>ESTANDAR</b>	
<b>CRITERIO DEL MANUAL</b>					
<b>FACTORES DE MEJORAMIENTO</b>					
<b>OBJETIVO # 2</b>		<b>DESCRICCION DE OBJETIVO</b>		<b>META</b>	<b>MEDIDA</b>
<b>¿QUÉ?</b>					
<b>¿ CON QUIÉN?</b>					
<b>¿POR QUÉ?</b>					
<b>¿CÓMO?</b>					
<b>¿TIEMPO DE EJECUCIÓN?</b>		<b>INICIO</b>		<b>CULMINACIÓN</b>	
<b>RESPONDABLE</b>					

Posteriormente se diseñó e implementó un plan para la auditoria interna, para verificar y establecer el cumplimiento de los requisitos mínimos exigidos por el ministerio de salud y protección social dentro del sistema único de habilitación.

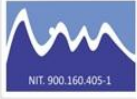
**Tabla 3.** Servicios a ser habilitados

<b>SERVICIOS A SER HABILITADOS</b>	
	Consulta Externa General
	Consulta Externa Terapia Ocupacional
	Consulta Externa En Psicología
	Consulta Externa Especialidad Psiquiátrica
	Consulta Externa Especialidad Neurológica
	Consulta Odontológica
	Hospitalización En Unidad Mental
	Internación Parcial En Hospitalización
	Servicio Farmacéutico Media Y Alta Complejidad
	Toma De Muestras De Laboratorio Clínico
	Urgencias Media Y Alta Complejidad

Cada servicio se evaluó bajo la norma ISO 19011, que refiere, las directrices para la auditoría de Sistemas de Gestión, que incluye:


**a) Programa de auditoria:** Para el orden y éxito del proyecto, se diseñó un programa de auditoría en cual se muestra en la tabla 4.

**Tabla 4. Programa de auditoría**

 <small>NIT. 900.160.405-1</small> <b>VILLAMARIA</b> LTDA <small>CLINICA Y UNIDAD DE SALUD MENTAL</small>		PROGRAMA DE AUDITORÍA			Código:	PACV - 031401
					versión:	1
					página:	1 de 1
<b>OBJETIVOS:</b>	Establecer el cronograma para las verificar el cumplimiento de estándares de los diferentes servicios.				<b>AUDITOR LIDER</b>	
<b>ALCANCE:</b>	Muestra la fecha y la hora de las auditorias para los diferentes servicios				ESTUDIANTE DE INGENIERIA INDUSTRIAL JONATHAN DEL TORO (UIS)	
<b>LUGAR:</b>	CLINICA Y UNIDAD DE SALUD MENTAL VILLAMARIA					
PROCESO	FECHA	AUDITORES	RECURSOS	TIEMPO HR	OBSERVACIONES	
Todos Los Servicios	1/09/2014	Estudiante de ingeniería Jonathan Del Toro	Auditor/ lista de chequeo	8am a 5 pm		
Consulta Externa General	6/09/2014	Estudiante de ingeniería Jonathan Del Toro	Auditor/ lista de chequeo	8pm a 5pm		
Consulta Externa Terapia Ocupacional	7/09/2014	Estudiante de ingeniería Jonathan Del Toro	Auditor/ lista de chequeo	8pm a 4pm		
Consulta Externa En Psicología	8/09/2014	Estudiante de ingeniería Jonathan Del Toro	Auditor/ lista de chequeo	8pm a 4pm		
Consulta Externa Especialidad Psiquiátrica	10/09/2014	Estudiante de ingeniería Jonathan Del Toro	Auditor/ lista de chequeo	8pm a 4pm		
Consulta Externa Especialidad Neurológica	11/09/2014	Estudiante de ingeniería Jonathan Del Toro	Auditor/ lista de chequeo	8pm a 4pm		
Consulta Odontológica	12/09/2014	Estudiante de ingeniería Jonathan Del Toro	Auditor/ lista de chequeo	8pm a 4pm		
Hospitalización En Unidad Mental	13/09/2014	Estudiante de ingeniería Jonathan Del Toro	Auditor/ lista de chequeo	8am a 6pm		
Internación Parcial En Hospitalización	15/09/2014	Estudiante de ingeniería Jonathan Del Toro	Auditor/ lista de chequeo	8am a 6pm		
Servicio Farmacéutico Media Y Alta Complejidad	17/09/2014	Estudiante de ingeniería Jonathan Del Toro	Auditor/ lista de chequeo	8am a 6pm		
Toma De Muestras De Laboratorio Clínico	19/09/2014	Estudiante de ingeniería Jonathan Del Toro	Auditor/ lista de chequeo	8am a 6pm		
Urgencias Media Y Alta Complejidad	21/09/2014	Estudiante de ingeniería Jonathan Del Toro	Auditor/ lista de chequeo	8am a 6pm		
<b>APROBACION:</b>	<b>CARGO</b>			<b>FECHA</b>		<b>FIRMA</b>
	Gerente General			29	8	14
<b>AUDITOR:</b>	<b>CARGO</b>			<b>FECHA</b>		<b>FIRMA</b>
	Practicante de ingeniería			29	8	14


**b) Plan de auditoria:** Igualmente, se diseñó un plan de auditoria con el interés de desarrollarla sistemáticamente y de forma ordenada, teniendo en cuenta los estándares emitidos por el ministerio de salud y protección social, este formato se aplicó a todos y cada uno de los servicios a habilitar, y su contenido se puede detallar en la tabla 5.

**Tabla 5.** Plan de Auditoría

		<b>PROGRAMA DE AUDITORÍA</b>			<b>Código:</b> PIACV - 031401
					<b>versión:</b> 1
					<b>pagina:</b> 1 de 1
<b>OBJETIVOS:</b>					<b>AUDITOR LIDER</b>
<b>ALCANCE:</b>					ESTUDIANTE DE INGENIERIA INDUSTRIAL JONATHAN DEL TORO (UIS)
<b>LUGAR:</b>					
<b>SERVICIO:</b>					
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>PARTICIPANTES</b>	<b>HORARIO</b>	<b>LUGAR</b>	<b>FECHA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Estandar Talento Humano					
Estandar De Infraestructura					
Estandar De Dotacion y Medicamentos					
Estándar Medicamentos, dispositivos médicos y otros insumos					
Estándar procesos Prioritarios					
Estándar Historias Clínicas y Registros					
Estándar Interdependencia de Servicios					
<b>OBSERVACIONES :</b>					
<b>APROBACION:</b>	<b>CARGO</b>	<b>FECHA</b>			<b>FIRMA ( Nombre )</b>
		D	M	A	
<b>AUDITOR:</b>	<b>CARGO</b>	<b>FECHA</b>			<b>FIRMA ( Nombre )</b>
		D	M	A	
<b>Dr. Piedad Del Rocio Villanueva Gerente</b>		<b>FECHA</b>			<b>FIRMA ( Nombre )</b>
		D	M	A	

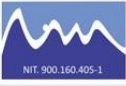
**d) Reunión de apertura:** Un aspecto importante de la auditoria, es la reunión de apertura de la misma, por tal razón, se diseñó un formato para tal fin, el cual se muestra en el formato 2.

### Formato 2. Reunión De Apertura

	<b>REUNION DE APERTURA</b>		<b>Código:</b>	RACV - 031401
			<b>versión:</b>	1
			<b>página:</b>	1 de 1
<b>LUGAR:</b>		<b>FECHA:</b>		
<b>ALCANCE:</b>		<b>HORA:</b>		
<b>PROCESO:</b>				
<b>OBJETIVO:</b>				
<b>PARTICIPANTES</b>				
<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>		
<b>GERENTE:</b>		<b>SUBGERENTE:</b>		
Sr. Piedad Del Roció Villanueva		Dr. Adrián Villanueva		
<b>AUDITOR LIDER:</b>		<b>AUDITOR:</b>		
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)		Jonathan Del Toro		

**e) Reunión de cierre:** También, es necesario llevar a término la reunión de auditoria, por ende se diseñó un formato para tal propósito. Dicho formato se puede evidenciar en el formato 3.

### Formato 3. Reunión De Cierre


 <b>VILLAMARIA LTDA</b> <small>CLÍNICA Y UNIDAD DE SALUD MENTAL</small>		<b>REUNION DE CIERRE</b>		<b>Código:</b>	RCCV - 031401
				<b>versión:</b>	1
				<b>pagina:</b>	1 de 1
<b>LUGAR:</b>		<b>FECHA:</b>			
<b>ALCANCE:</b>		<b>HORA:</b>			
<b>PROCESO:</b>					
<b>OBJETIVO:</b>					
<b>CONFORMIDADES:</b>					
<b>NO CONFORMIDADES MAYORES:</b>					
<b>NO CONFORMIDADES MENORES:</b>					
<b>CONCLUSIONES:</b>					
<b>OBSERVACIONES :</b>					
<b>PROGRAMACION DE REUNION DE CIERRE</b>					
Fecha limite para la presentación del plan de mejoramiento				<b>FECHA</b>	
				día	mes
				año	
<b>GERENTE:</b>			<b>SUBGERENTE:</b>		
Sr. Piedad Del Roció Villanueva			Dr. Adrián Villanueva		
<b>AUDITOR LIDER:</b>			<b>RESPONDABLE DEL PROCESO:</b>		
Estudiante de Ingeniería Industrial Jonathan Del Toro (UIS)					

#### f. Informe Gerencial.

La gerencia, siendo parte integral de la habilitación, requiere obtener la información hallada en la misma, sobre los aspectos más relevantes, tales como:

conformidades, no conformidades menores y no conformidades mayores. Para tal propósito, se diseñó un formato dirigido a presentar un informe claro y conciso de los resultados encontrados. Dicho formato se ilustra en el formato 4.


#### Formato 4. Informe Gerencial

 <b>CLÍNICA Y UNIDAD DE SALUD MENTAL VILLAMARIA LTDA</b>		<b>INFORME GERENCIAL</b>		Código:	IGCV - 031401
				versión:	1
				pagina:	1 de 1
<b>LUGAR:</b>				<b>FECHA AUDITORIA:</b>	
				día	mes
<b>ALCANCE:</b>				<b>FECHA INFORME:</b>	
				día	mes
<b>PROCESO:</b>				año	año
<b>OBJETIVO:</b>					
<b>PARTICIPANTES</b>					
<b>NOMBRE</b>			<b>CARGO</b>		
<b>CONFORMIDADES:</b>					
<b>NO CONFORMIDADES MAYORES:</b>					
<b>ACCIONES A IMPLEMENTAR</b>		<b>RESPONDABLE</b>		<b>FECHA</b>	
<b>NO CONFORMIDADES MENORES:</b>					
<b>ACCIONES A IMPLEMENTAR</b>		<b>RESPONDABLE</b>		<b>FECHA</b>	
<b>CONCLUSIONES:</b>					
<b>AUDITOR LIDER:</b>			<b>AUDITOR :</b>		
Estudiante de Ingeniería Industrial Jonathan Del Toro (UIS)					

**g. Informe de Seguimiento:** Finalmente, y después de haber desarrollado todos y cada uno de los procesos de la auditoria, fue necesario un seguimiento de las no

conformidades menores y mayores que se encontraron a lo largo de la evolución de estándares. Por ende, se diseñó un formato que sirvió de herramienta para realizar tal seguimiento. (Ver formato 5)

### Formato 5. Informe de Seguimiento.

		<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>				Código:	ISCV - 031401		
						versión:	1		
						pagina:	1 de 1		
LUGAR:		AUDITORIA No	FECHA DE AUDITORIA			FECHA DE VERIFICACION			
AUDITOR:			día	mes	año	día	mes	año	
PROCESO:									
ALCANCE:									
OBJETIVO:									
<b>NO CONFORMIDADES MAYORES:</b>									
ACCION IMPLEMENTADA					RESPONDABLE			SEGUIMIENTO A LA EFICIENCIA	
<b>NO CONFORMIDADES MENORES:</b>									
ACCION IMPLEMENTADA					RESPONDABLE			SEGUIMIENTO A LA EFICIENCIA	
¿ SE CIERRA CICLO DE AUDITORIA ?					SI		NO		
<b>CONCLUSIONES Y/O OBSERVACIONES</b>									
<b>GERENTE:</b>					<b>SUBGERENTE:</b>				
Sr. Piedad Del Roció Villanueva					Dr. Adrián Villanueva				
<b>AUDITOR LIDER:</b>					<b>RESPONDABLE DEL PROCESO:</b>				
Estudiante de Ingeniería Industrial Jonathan Del Toro (UIS)									

Por último y teniendo en cuenta que el personal existente en la institución, es el que se encuentra en relación directa o indirecta con los clientes, se realizó una jornada de capacitación en lo referente al sistema único de habilitación. Además se establecieron recomendaciones generales para enfrentar las posibles no conformidades después de la auditoria interna que serán elementos que pueden ser empleados posteriormente para el ajuste del PAMEC institucional.

## 6. GENERALIDADES DE LA CLÍNICA \*

### 6.1 UBICACIÓN

Sede: km 2 vía San Gil - Charala  
Departamento: Santander  
Teléfonos: 723 7144

### 6.2 RESEÑA HISTÓRICA

La Clínica Y Unidad De Salud Mental VILLAMARÍA surgió como respuesta a la necesidad de atención especializada en el área de la salud mental de los habitantes de las provincias de Vélez, Guanentina Y Comunera, los cuales carecen de una institución adaptada para la atención de dolencias a nivel neuro-psiquiátricos, siendo esta una queja frecuente, que afecta no sólo al paciente que las sufre, sino a su familia y comunidad.

Fue creada por el Dr. ADRIAN ANTONIO VILLANUEVA VERA, oriundo de San Gil, quien estudió Medicina En La Universidad Industrial De Santander de Bucaramanga y se especializó en Psiquiatría En La Pontificia Universidad Javeriana De Bogotá.

Abrió sus puertas el 1 de febrero del año 2006 en una casa antigua del municipio de San Gil, que se adecuó para la atención de consulta externa y hospitalización pero rápidamente se observó que la infraestructura no era suficiente para las necesidades de la comunidad.

Como consecuencia se inició el proceso de expansión, cuyo producto es una clínica campestre ubicada en las afueras de San Gil con una infraestructura diseñada conforme a las necesidades de atención y espacios adecuados para la prestación de servicios de excelente calidad.

### **6.3 MISIÓN**

Prestar servicios de salud mediante la prevención, diagnóstico, tratamiento de la enfermedad y acompañamiento continuo, buscando el equilibrio físico y emocional del paciente, que genere salud integral y mejoramiento de su calidad de vida, por medio de un grupo de profesionales calificados y comprometidos con el bienestar de la comunidad.

### **6.4 VISIÓN**

En el año 2015 la Clínica Y Unidad De Salud Mental VILLAMARÍA será reconocida en el departamento de Santander por el impacto positivo de la psi coeducación en la población, por tener la infraestructura y los profesionales calificados y necesarios para el mejoramiento de la calidad de vida de nuestros pacientes.

### **6.5 VALORES**

- ✓ Respeto.
- ✓ Lealtad.
- ✓ Comprensión.
- ✓ Responsabilidad.
- ✓ Compromiso.

## **6.6 PRINCIPIOS**

- ✓ Importancia del cliente
- ✓ El ser humano centro de nuestros procesos
- ✓ Administración participativa
- ✓ Prevención
- ✓ Enfoque de los procesos
- ✓ Basarse en hechos y datos
- ✓ Psicoeducar a la comunidad

## **6.7 POLÍTICAS DE CALIDAD**

La Unidad De Salud Y Unidad Mental VILLAMARIA, tiene como objetivo fundamental ofrecer a sus clientes los máximos niveles de calidad en los servicios médicos asistenciales.

Los profesionales, la organización y los proveedores, se tienen que implicar de tal manera que tengan todos un objetivo común, que es la satisfacción personal por el servicio ofrecido.

Con el fin de conseguir esto, la clínica se marca estos objetivos generales:

- ✓ Actuar para la mejora del estado de salud de los pacientes con alteraciones físicas y/o mentales, procurando cumplir sus necesidades y expectativas, aplicando una asistencia efectiva, segura y eficiente, observando al paciente como un todo multidimensional y en el estricto respeto de su dignidad como persona.

- ✓ Establecer una sistemática de planeación, actuación y evaluación y revisión de calidad.
- ✓ Actuar bajo el precepto fundamental de respeto y cumplimiento de las normativas y requisitos legales que le afectan.
- ✓ Dirigir la organización hacia un objetivo común, de fácil adhesión por todos los profesionales que trabajan en ella, he impulsado la corresponsabilidad fuera el proceso de mejora.
- ✓ Obtener la verificación externa de los niveles de calidad conseguidos.
- ✓ Prestigiar la Clínica Y Unidad De Salud Mental VILLAMARIA diferenciándolo por la calidad de sus servicios.
- ✓ Favorecer la motivación del personal.
- ✓ Mejorar la eficiencia.
- ✓ Alto grado de satisfacción del cliente externo, que es el paciente, mediante el cumplimiento de todos sus requisitos.
- ✓ Alto grado de satisfacción del cliente interno, que son nuestros profesionales sanitarios y no sanitarios, que han de estar motivados y formados y deben ser flexibles para dar un trato lo más personalizado posible a nuestros clientes.
- ✓ Sistemas informáticos de gestión con el objetivo de mejorar, agilizar, y en definitiva, facilitar nuestra relación con los clientes.

## **6.8 FACTOR HUMANO**

Los trabajadores desempeñan sus funciones atendiendo a las siguientes líneas de autoridad y responsabilidad: junta directiva conformada por cinco personas; gerencia la cual tiene bajo su dirección un comité científico al que pertenecen dos personas; comité administrativo conformado por dos personas, asesor contable, auditoría médica, asesoría jurídica, dirección científica, subgerencia que tiene bajo su coordinación dos trabajadores del área de servicios generales, sección financiera, sección administrativa, sección de talento humano, jefatura del departamento de odontología, jefatura del departamento de medicina, el cual tiene bajo su dirección medicina general y medicina especializada. Esta última constituida por tres profesionales, una jefatura del departamento de enfermería, cuerpo de enfermería, de la forman parte 6 auxiliares, jefatura de psicología, jefatura de nutrición; éstas coordinadas por la dirección científica.

## **6.9 PORTAFOLIO**

### **6.9.1 Salud Mental.**

- ✓ Urgencias. Psiquiatría, Neurología
- ✓ Consulta Externa. Terapia Ocupacional, Psicología, Psiquiatría
- ✓ Hospitalización En Salud Mental
- ✓ Hospital Día O Internación Parcial Hospitalaria
- ✓ Cuidado Permanente

### **6.9.2 Medicina General.**

- ✓ Urgencias (Nivel I). Sala De Observación, Sala De Reanimación

### **6.9.3 Laboratorio Clínico.**

- ✓ Toma De Muestras Consulta Externa

- ✓ Procesamiento De Muestras De Rutina Y Urgencias
- ✓ Remisión De Muestras Para Exámenes Especialistas

#### **6.9.4 Odontología.**

- ✓ Urgencias 24 Horas
- ✓ Consulta Externa

#### **6.9.5 Interconsulta.**

- ✓ Neurología

#### **6.9.6 Servicio Farmacéutico.**

- ✓ Medicamentos Especialistas Neuropsiquiatría

#### **6.10 CONVENIOS**

- ✓ Ecopetrol
- ✓ Colsanitas
- ✓ Sanitas
- ✓ Coomeva
- ✓ Unisangil
- ✓ Bagal
- ✓ Solsalud
- ✓ Bienestar Familiar

---

\* La información mostrada en generalidades de la clínica fue otorgada por la institución

## 7 RESULTADOS

### 7.1 RESULTADOS ESPERADOS

Al finalizar el presente proyecto, se esperaba como resultados los siguientes productos:

- Instrumento de verificación del nivel de cumplimiento al inicio y al final del proyecto del cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación exigidos en la resolución 2003 de 2014 emitidos por el Ministerio De Salud Y Protección Social.
- Evidencia de la situación al inicio del proyecto mediante un diagnóstico de las áreas con falencias de la Clínica Y Unidad De Salud Mental VILLAMARIA respecto a los requisitos mínimos exigidos en la resolución 2003 de 2014 emitidos por el Ministerio De Salud Y Protección Social.
- Planes de acciones de mejoramiento que contengan las condiciones necesarias que permitan el cumplimiento de los requisitos mínimos exigidos en la resolución 2003 de 2014 emitidos por el Ministerio De Salud Y Protección Social.
- Documentación de una auditoria interna de verificación de los procedimientos desarrollados por la institución para el cumplimiento de los requisitos mínimos exigidos en la resolución 2003 de 2014 emitidos por el Ministerio De Salud Y Protección Social.
- Recomendaciones para el ajuste de las no conformidades potenciales evidenciadas, respecto a los planes de acción para el cumplimiento de los

requisitos mínimos exigidos en la resolución 2003 de 2014 emitidos por el Ministerio De Salud Y Protección Social.

- La capacitación del personal de la Clínica Y Unidad De Salud Mental VILLAMARIA en lo referente al sistema único de habilitación que facilite la implementación de los planes de acción que propenden por el mejoramiento de la calidad institucional.

## **7.2 RESULTADOS OBTENIDOS**

En el presente capítulo se relatan los resultados obtenidos en el desarrollo del proyecto,

### **7.2.1 Diseño De La Herramienta Para El Proceso De Autoevaluación Institucional, Basado En Los Requisitos De La Resolución 2003 De 2014.**

El primero de los objetivos específicos del presente proyecto, fue diseñar una herramienta para el proceso de autoevaluación institucional, basada en los requisitos emitidos por medio de la resolución 2003 de 2014 del Ministerio De Salud Y Protección Social, y con el apoyo de los fundamentos teóricos del ciclo PHVA.

Para dar cumplimiento a dicho objetivo se diseñó y aplicó una herramienta de autoevaluación, la cual se perfiló teniendo en cuenta los requisitos de la resolución 2003 como se mencionó anteriormente.

El proceso de diseño de esa herramienta toma como punto de partida una revisión documental, mediante la cual se recopilaron y estudiaron documentos institucionales con el propósito conocer e identificar los servicios existentes en la institución que requerían ser habilitados. Dicha pesquisa incluyó la consulta y participación de la junta directiva de la institución quienes determinaron que servicios se iban a habilitar.

Posteriormente se procedió a confrontar la guía de transición de servicios (ver anexo 3) otorgada por la secretaria de salud de Bucaramanga con los servicios existentes en la institución, hallándose que algunos nombres y códigos fueron modificados.

Teniendo en cuenta dichos hallazgos, se inició el análisis de la resolución 2003 de 2014 y se extrajeron de la misma los requisitos de los estándares correspondientes a los servicios requeridos, Una vez obtenidos los nombres de los nuevos servicios y sus estándares normativos se incorporaron en el diseño de la herramienta autoevaluación, configurando con este proceso el inicio al primer ítem del ciclo PHVA, planear. (Ver anexo 2).

En esta etapa se presentó un informe de la herramienta a las directivas de la institución quienes determinaron que algunos servicios debían ser eliminados y no ser tenidos en cuenta para ser habilitados, En la tabla 3 se muestran los servicios que finalmente se definieron como aquellos a ser habilitados y tenidos en cuenta a la hora de aplicar la herramienta de autoevaluación.

### **7.2.2 Diagnóstico realizado en la Clínica Y Unidad De Salud Mental**

**VILLAMARIA.** Un segundo objetivo específico, planteó el diagnóstico de las áreas con falencias de la Clínica Y Unidad De Salud Mental VILLAMARIA que impide el cumplimiento de los requisitos exigidos en la resolución 2003 de 2014.

En esta etapa se aplicó la herramienta diseñada y denominada autoevaluación como se mencionó anteriormente; dicha herramienta fue diligenciada en compañía del personal responsable de cada servicio por medio de entrevista.- En este documento se registraron las observaciones realizadas, las falencias existentes y una propuesta de plan de acción para enfrentarlas, como también se plasma la definición de si el estándar normativo exigido cumple, no cumple o simplemente no aplica.

La información recolecta con el instrumento se analizó con el fin de identificar la situación actual de la institución, y los datos de los hallazgos encontrados de cumplimiento, incumplimiento y no aplicabilidad fueron tabulados para describir así el estado de la clínica.

En el anexo 1, se evidencia el cumplimiento, observaciones, falencias y los posibles planes de acción para los diferentes estándares exigidos por la resolución 2003 de 2014

**7.2.2.1 Diagnóstico inicial.** Al término de la aplicación de la autoevaluación, se evidenció que la clínica y unidad de salud mental VILLAMARIA, no cumple en un 19% de los criterios exigidos en la resolución 2003 de 2014 como se muestra en la tabla 6, dichos hallazgos se informaron a la junta directiva de clínica con el fin de retroalimentar con el personal responsable y posteriormente definir las propuesta de planes de acción que permitan dar cumplimiento a la totalidad de los estándares que aplican y que son exigidos por el ministerio de salud y protección social.

**Tabla 6. Resultados consolidados de la autoevaluación del cumplimiento de requisitos de habilitación de la Clínica VILLAMARIA 2014.**

TOTAL DE INCUMPLIMIENTO DE LA INSTITUCION	
No. DE CRITERIOS QUE NO CUMPLEN	79
No. TOTAL DE CRITERIOS	418
TOTAL DE % DE INCUMPLIMIENTO	19%

A continuación se describen los hallazgos de la autoevaluación para los diversos componentes o categorías de estándares.

➤ **Diagnostico Para El Estándar De Talento Humano Para Los Diferentes Servicios.** En el análisis de la autoevaluación, en el estándar del talento humano se encontró que el 14% de los criterios de ese componente que aplican a la institución no cumplen con los requisitos; lo que corresponde a un 1,2 % de la totalidad del incumplimiento de la autoevaluación, (Ver tabla 8)

Se evidenció que el personal existente no cuenta con algunos de los documentos pertinentes que dan cumplimiento al estándar, los documentos inexistentes hacen referencia a certificados de capacitación en la temática de soporte vital básico en el servicio de urgencias y certificado de formación en toma de muestras para el servicio de toma de muestras, en el servicio farmacéutico se cuenta con el personal exigido, mas no, con los comités de farmacia requeridos en la resolución 1403 de 2007 la cual es exigida y retomada por dicho estándar en la resolución 2003 de 2014. El resto de los criterios del estándar de talento humano cumplen con los requisitos exigidos o no son aplicables a los servicios.

➤ **Diagnostico Para El Estándar De Infraestructura Para Los Diferentes Servicios.** Con la autoevaluación de igual forma se pudo determinar que hay falencias con la infraestructura de la clínica, ya que no cumplen con los criterios de la misma en un 11% de los requisitos para este estándar; siendo esto un 2,63% de incumplimientos de totalidad de la autoevaluación. (Ver tabla 8)

Entre las inconsistencias halladas tenemos: que las instalaciones eléctricas no se encuentran en buenas condiciones debido a que les falta la cubierta de las mismas, las rampas existentes no son de material antideslizante o no cuentan con el material que garantice esta propiedad, por otra parte, existe una rampa que no cuenta con el pasamanos o baranda que restrinja el paso hacia el espacio libre como lo exige uno de los criterios de la resolución 2003.

También se encontró que uno de los requisitos exige que La institución cumpla con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares. Partiendo de dicha exigencia se identificó que la clínica no cumple este criterio ya que la resolución 1164 de 2002

estipula que el depósito central de residuos debe ser de acceso restringido y el lugar destinado para tal fin no cuenta con puertas que evite el acceso no autorizado.

Otro aspecto que se incumple en el criterio, es que la institución en meses anteriores modificó las instalaciones y no actualizó las rutas de recolección de residuos como tampoco las rutas de evacuación,

La parte visual de la clínica contribuye al incumplimiento de uno de los requerimientos estipulados, ya que la norma exige que las paredes, pisos y techos estén en buenas condiciones de presentación y mantenimiento, siendo esto una falencia de la institución ya que en los últimos 8 años la misma no había sido pintada.

Por otra parte, en los criterios normativos se requiere que los servicios farmacéuticos, de urgencias y hospitalarios en salud mental, cuente con planta eléctrica y suministro de agua potable para consumo humano, teniendo presente que la compañía presta estos servicios, se revisaron y se encontró que la maquina exigida se encuentra en mal estado ya que el tanque del combustible esta perforado,

Otra evidencia que aporta al 19% de incumplimiento total, es que las puertas poseen seguros en el sistema de cierre y abren hacia adentro, siendo esto, contrario a la exigencia del criterio ya que el mismo menciona que las puertas deben abrir hacia afuera y no deben poseer seguros.

Así mismo, en el criterio se menciona que deben existir áreas exclusivas para niños y adolescentes, siendo esto, contrario a la realidad, ya que la clínica no cuenta con tales áreas.

En el servicio farmacéutico, existe un criterio que estipula que se debe contar con ambientes para la preparación de dosis unitarias entre otros. La farmacia carece de dicho espacio siendo esto una inconsistencia a la norma, ya que la misma realiza re empaques unitarios para algunos servicios prestados.

El resto de los criterios del estándar de infraestructura cumplen con los requisitos exigidos o no son aplicables a los servicios.

➤ **Diagnostico Para El Estándar De Dotación Para Los Diferentes Servicios.** Con el análisis de los resultados de la herramienta, también se puede concluir que en el estándar de dotación, solo se incumple en un criterio en todos los servicios. El criterio incumplido hace referencia a que no existe baterías para la realización de pruebas psicométricas, acorde a los servicios prestados.

Siendo este estándar uno de los que menos inconsistencias posee, ya que el único criterio que no se cumple representa el 1% de los criterios que aplican al estándar y el 0,24% de la totalidad de incumplimiento de la autoevaluación (Ver tabla 8)

➤ **Diagnostico Para El Estándar De Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos Para Los Diferentes Servicios.** En el análisis realizado se encontró que el estándar de Medicamentos, Dispositivos E Insumos, incumple en un 26%

de los requisitos aplicables, representado esto un 1,2% de incumplimiento para el total de la autoevaluación, (Ver tabla 8)

El primer hallazgo identificado es que todo prestador de servicios de salud, deberá llevar registros con la información de todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dichos registros deben incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, fecha de vencimiento, presentación comercial, unidad de medida y registro sanitario vigente expedido por el INVIMA.

La clínica cumple con la mayoría de los requisitos exigidos en dicho criterio, pero no cumple con el registro del principio activo de los medicamentos dando una valoración negativa al servicio.

Otro criterio especifica que, se deben tener definidas normas institucionales y procedimientos para el control del cumplimiento que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reúso de dispositivos médicos, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando, dichos dispositivos puedan reusarse por recomendación del fabricante, definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza el dispositivo médico, ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.

La institución, aunque no reúsa dispositivos médicos, como lo manifiesta el personal, no cuenta con las normas pertinentes que garanticen tal requisito. Siendo esto una falencia que necesita ser corregida.

Otra falla de la entidad, es que cuenta con el protocolo de farmacovigilancia desactualizado generando con esto un riesgo para el paciente debido a que periódicamente se implementan medicamentos nuevos.

Por último, el estándar de Medicamentos, Dispositivos E Insumos, se incumple, debido que la clínica no cuenta con el kit básico de medicamentos para la sedación de pacientes, ni con el procedimiento diseñado para tal fin.

➤ **Diagnostico Para El Estándar De Procesos Prioritarios Para Los Diferentes Servicios.** En el estándar de procesos prioritarios, se encontró que el mismo incumple en un 42% de los requisitos aplicables a dicho ítem, siendo esto representado en un 12,92% del incumplimiento en la totalidad de la autoevaluación, siendo el estándar que más falencias presenta (Ver tabla 8)

El primer hallazgo encontrado es que no se han implementado las políticas formales de Seguridad del Paciente, como tampoco se cuenta con el equipo institucional para dicha gestión.

El siguiente descubrimiento encontrado hace referencia a los procesos seguros, ya que no se tienen definidos, ni se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según las características de la institución, así como

tampoco se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores anteriormente mencionados

Otro aspecto encontrado es que no se tienen definidos los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud con el fin entre otros, de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de los servicios,

En el servicio farmacéutico, no existen normas explícitas sobre restricciones que regulen que el personal diferente al químico farmacéutico, procedan a la formulación o realicen actividades de asesoría farmacológica, también se evidencia que no existe el cartel con información visible al usuario que prohíba la asesoría farmacológica. Por otra parte; el protocolo de farmacovigilancia se encuentra desactualizado.

Seguidamente se encontró que la clínica no cuenta con la identificación de tarjeta de cabecera, de pie de cama o de habitación o similares, para el paciente, aumentando así, la posibilidad de suministrar medicamentos a personas equivocadas.

A medida que se avanzaba en el análisis de la autoevaluación, se detectó que la mayoría de inconsistencias existentes en el estándar de procesos prioritarios, era la falta de protocolos, procedimientos o manuales; en la tabla 7 se muestran cuáles son los faltantes o los que requieren ser actualizados.

**Tabla 7. Incumplimientos documentales en procesos prioritarios en la clínica VILLAMARIA.**

RELACION DE PROTOCOLOS, PROCEDIMIENTOS , MANUALES O GUIAS INEXISTENTES O DESACTUALIZADOS QUE DEBEN ESTAR DOCUMENTADOS Y SOCIALIZADOS		
CRITERIO	CLASE DE DOCUMENTO	ACCIÓN A TOMAR
Protocolo Para La Socialización, Manejo Y Seguridad De Las Tecnologías Existentes En La Institución Y Por Servicio.	Protocolo	Documentar
Protocolos Para El Manejo De Gases Medicinales Que Incluya Atención De Emergencias, Sistema De Alarma Respectivo Y Periodicidad De Cambio De Los Dispositivos Médicos Usados Con Dichos Gases.	Protocolo	Documentar
Protocolo Para La Limpieza Y Desinfección De Áreas, Superficies Y Manejo De Ropa Hospitalaria	Protocolo	Documentar
Protocolo Para La Descontaminación Por Derrames De Sangre U Otros Fluidos Corporales En Los Procedimientos De Salud.	Protocolo	Documentar
Manual Para Aplicación De Precauciones De Aislamiento Universales.	Protocolo	Documentar
Manual Para El Desarrollo O Adopción De Guías De Práctica Clínica Para La Atención De Las Patologías O Condiciones Que Atiende Con Mayor Frecuencia En Cada Servicio.	Manual	Documentar
Manual Para Educar Al Personal Asistencial Y A Los Visitantes En Temas Relacionados Con La Prevención De Las Infecciones Asociadas Al Cuidado De La Salud, Según El Riesgo.	Manual	Documentar
Procedimiento Para El Uso Y Reúso De Dispositivos Médicos.	Procedimiento	Documentar
Procedimiento Y El Paquete Para El Manejo De Derrames Y Rupturas De Medicamentos, En Un Lugar De Fácil Acceso, Visible Y Con Adecuada Señalización.	Procedimiento	Documentar
Guías Internas Y Procesos Educativos De Los Eventos De Interés En Salud Pública, Según La Oferta De Servicios De Salud.	Guía	Actualizar
Protocolos Donde Se Establezca Y Se Verifique El Cumplimiento Que Los Pacientes Deben Ser Evaluados En La Mediana Y Alta Complejidad En Su Ingreso Y Egreso Por Psiquiatra.	Protocolo	Documentar
Guías De Manejo De Urgencia Para Problemas Y Trastornos En Salud Mental.	Guía	Documentar
Manual De Bioseguridad, Procedimientos Documentados Para El Manejo De Los Residuos Hospitalarios Infecciosos Y/O De Riesgo Biológico Y/O De Riesgo Radiactivo, Acorde A Las Características Del Prestador; Así Como Con Registros De Control De La Generación De Residuos.	Manual	Actualizar
Protocolo O Manual Socializado Y Verificado De Procedimientos Para La Remisión Del Paciente, Que Contemple: 1. Estabilización Del Paciente Antes Del Traslado. 2. Medidas Para El Traslado. 3. Lista De Chequeo De Los Documentos Necesarios Para El Traslado Que Incluya: A) Diligenciamiento De Los Formatos Determinados Por La Normatividad Vigente De Referencia Y Contra referencia. B) Resultados De Apoyos Diagnósticos Realizados Al Paciente. C) Resumen De Historia Clínica.	Protocolo O Manual	Documentado
Procedimientos Para La Información Al Paciente Y La Familia Sobre Recomendaciones Y Preparación Pre Procedimiento Y Recomendaciones Post Procedimiento, Controles, Posibles Complicaciones Y Disponibilidad De Consulta Permanente Y En General, Las Previsiones Que Se Requieran Para Proteger Al Paciente De Las Posibles Complicaciones Que Se Podrían Presentar Durante Los Procedimientos Realizados.	Procedimiento	Documentar

Tabla 7. Continuación		
Protocolo De Buenas Prácticas De Esterilización Si Realiza Procedimientos, Basado En La Normatividad Que El Ministerio De Salud Y Protección Social Determine.	Protocolo	Documentar
Proceso Para Garantizar La Referencia A Servicios De Mayor Complejidad, Así Como Para La Recepción De Los Usuarios Remitidos Desde La Baja Complejidad Y Los Contra remitidos De La Alta Complejidad, Y Para Garantizar Su Atención En La Institución, Acorde A Lo Documentado Por El Ministerio De Salud Y Protección Social.	Procedimiento	Documentar
Protocolo De Tiempos Máximos De Manejo Hospitalario De Usuarios Con Problemas Y Trastornos En Salud Mental.	Protocolo	Documentar
Protocolo De Remisión A Consulta Externa De Baja, Mediana, Alta Complejidad Y A Servicios De Hospitalización En Salud Mental De Alta Complejidad, Acorde A Las Condiciones Del Usuario.	Protocolo	Documentar
Protocolo De Las Condiciones De Los Usuarios Que Pueden Ser Manejados En Mediana Complejidad Y Los Que Pueden Ser Contra referidos A La Alta Y Baja Complejidad.	Protocolo	Documentar
Procedimientos Definidos Para La Referencia A Psicología Especializada En La Mediana Complejidad Y A Psiquiatría En La Alta Complejidad	Procedimiento	Documentar
Cuenta Con Mecanismos Para La Referencia Al Servicio De Urgencias Cuando Haya Lugar, Por La Condición Clínica Del Usuario.	Procedimiento	Documentar
Protocolo De Manejo De Eventos Adversos O Reacciones Que Pueden Presentar Los Pacientes Antes, Durante O Después De La Toma De Muestra	Protocolo	Documentar
Atención Médica Inicial Y Definición De Conducta, De Las Principales Patologías Que El Servicio Atiende.	Procedimiento	Documentar
Criterios Explícitos Para Recibir A Un Usuario Referido De Servicios De Consulta Externa U Hospitalización De Salud Mental De Cualquier Complejidad.	Procedimiento	Documentar
Planes Para Emergencias Internas Y Externas	Procedimiento	Documentar
Un Sistema Organizado De Alerta Y Con Normas Para La Ronda Médica Diaria De Evolución De Pacientes.	Protocolo	Documentar
Revisión Del Equipo De Reanimación En Cada Turno.	Guía	Documentar
Solicitud De Interconsultas.	Guía	Documentar
Protocolos Claros Para Identificar Pacientes Que Carezcan De Identificación Y Para Distinguir La Identidad De Los Pacientes Con El Mismo Nombre.	Protocolo	Documentar
Prevención Y Reducción De Caídas	Protocolo	Documentar
Protocolo Para Declaración De Muerte Cerebral.	Protocolo	Documentar
Protocolo De Atención En Salud A Víctimas De Violencia Sexual Según Normatividad Vigente.	Protocolo	Documentar

Finalmente se logró detectar que la Clínica Y Unidad De Salud Mental VILLAMARIA no cuenta con 33 de los protocolos, manuales, procedimientos o guías exigidos en los criterios del estándar de procesos prioritarios.

➤ **Diagnostico Para El Estándar De Historia Clínica y Registros Para Los Diferentes Servicios.** El sexto estándar corresponde a historias clínicas y registros, en este punto del análisis de la autoevaluación se encontró que el mismo no cumple en 2 ítems que equivalen al 8% de los criterios que aplican al estándar, que representa un 0,48% de incumplimiento en la totalidad de los servicios que la clínica tiene habilitados. (Ver tabla 8)

La primera inconsistencia encontrada, es que aunque se registran en historia clínica los tratamientos suministrados, no se cuenta con un comité de seguridad del paciente para analizar las posibles fallas en la atención y las causas de las mismas.

La segunda inconformidad es que la institución no cuenta con un contrato o convenio con el o los laboratorio(s) de referencia para el análisis de las muestras que se practican; el acuerdo existente entre la clínica y un laboratorio particular culminó en meses anteriores y no se ha renovado.

➤ **Diagnostico Para El Estándar De Interdependencia Para Los Diferentes Servicios.** En el estándar de interdependencia se incumple con la segunda inconformidad del estándar de historias clínicas y registros, ya que, la institución no cuenta con un contrato o convenio con el o los laboratorio(s) de referencia para el análisis de las muestras que se practican, siendo esto un 5% de incumplimiento para dicho estándar, el porcentaje anteriormente mencionado representa un 0,24% de la totalidad de la autoevaluación. (Ver tabla 8)

En resumen, se pudo determinar con el análisis de la autoevaluación que la institución incumple en un 19% del total de los criterios exigidos por la resolución

2003 de 2014 que fueron emitidos por el Ministerio De Salud Y Protección Social, otro hallazgo encontrado es que el estándar que más inconsistencias ostenta es el de procesos prioritarios con un 12,92% de la totalidad de incumplimientos, también se identificó que los dos estándares que menos falencias presentan son el de dotación y el de interdependencias con un 0,24% para cada uno como se muestra en la tabla 8.

**Tabla 8. Hallazgos de la autoevaluación por estándares de habilitación de la clínica VILLAMARIA**

<b>% De Incumplimiento De Los Estándar Para Todo Y Cada Uno De Los Servicios</b>				
<b>Estándares</b>	<b>T. De Incumplimiento De Criterios Que Aplican</b>	<b>T. Criterios Por Estándares Que Aplican</b>	<b>% De Incumplimiento Por Estándar</b>	<b>% De Incumplimientos De La Autoevaluación</b>
<b>Talento humano</b>	5	36	14%	1,20%
<b>Infraestructura</b>	11	102	11%	2,63%
<b>Dotación</b>	1	86	1%	0,24%
<b>Medicamentos DMI</b>	5	19	26%	1,20%
<b>Procesos Prioritarios</b>	54	130	42%	12,92%
<b>Historias Clínicas y R.</b>	2	26	8%	0,48%
<b>Interdependencia</b>	1	19	5%	0,24%
<b>Total De Incumplimiento En La Institución</b>	<b>79</b>	<b>418</b>	<b>19%</b>	

**7.2.3 Planes De Acción Diseñados E Implementados Por Parte De La Institución Para Dar Cumplimiento A Los Requisitos Exigidos En La Resolución 2003 De 2014, Qué No Cumplen Con Los Estándares.** Una vez terminado el análisis y la socialización ante las directivas de los hallazgos encontrados en la autoevaluación, se procedió a realizar las propuestas de los planes de acción acordes a todos y cada uno de los incumplimientos encontrados en la herramienta diseñada y aplicada.

Entre las áreas temáticas de las medidas a tomar para dar cumplimiento a los requisitos exigidos por la resolución y que son inconsistencias en la institución, se plantearon planes de acción para: mejoras estructurales y seguridad de la clínica, documentación o actualización de protocolos, guías, manuales y/o procedimientos, conformación de comités, diseño de rutas de evacuación y recolección de residuos entre otros.

Se propuso un plan de acción para que las hojas de vida del personal cumplan con los requisitos y con tengan los documentos necesarios y exigidos por la resolución 2003, teniendo presente que los currículos de los colaboradores, no contienen los documentos exigidos, se planteó un plan de acción para actualizar los manuales de talento humano para que en próximas contrataciones dichos documentos sean exigidos en este proceso.

Por otra parte, entre los planes de acción propuestos, se plantearon compras tales como: chapas sin seguro, barandas, puertas, timbres inalámbricos para el sistema de llamado, material antideslizante para las rampas y tarjetas de cabecera para la identificación de los pacientes.

Así mismo, se propuso en los planes de acción, que la clínica debía ser pintada en su totalidad, de igual forma se planteó la reparación de la planta eléctrica junto con los toma corrientes.

En total se propusieron 58 planes de acción como se evidencian en el anexo 4, en la tabla 9 se muestra detalladamente el número de planes de acción propuestos por servicio.

**7.2.4 Diseño E Implementación De La Auditoria Interna Para Verificar Los Procedimientos Desarrollados Por La Institución.** El cuarto objetivo plantea el diseño e implementación de una auditoria interna que permita hacer un seguimiento de los planes de acción y verificar los procedimientos desarrollados por la institución para lograr el cumplimiento de los requisitos mínimos exigidos por la resolución 2003 de 2014.

**Tabla 9. Número de planes de acción por servicio**

<b>PLANES DE ACCION PROPUESTOS POR SERVICIO</b>		
<b>ESTÁNDARES O ITEMS</b>	<b>TOTAL DE PLANES DE ACCION POR SERVICIO</b>	<b>% DE PLANES DE ACCION POR SERVICIO</b>
<b>Todos Los Servicios</b>	18	30,51%
<b>Consulta Externa General</b>	1	1,69%
<b>Consulta Externa Terapia Ocupacional</b>	1	1,69%
<b>Hospitalización En Unidad Mental</b>	18	32,20%
<b>Internación Parcial En Hospitalización</b>	7	11,86%
<b>Servicio Farmacéutico</b>	4	6,78%
<b>Toma De Muestras</b>	1	1,69%
<b>Urgencias</b>	8	13,56%
<b>TOTALIDAD DE PLANES DE ACCION</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

Para dar cumplimiento a lo mencionado anteriormente, se diseñó e implemento una auditoria basada en los requisitos emitidos por El Ministerio De Salud Y Protección Social En La Resolución 2003 De 2014.

En el Anexo 5 se evidencia la auditoría realizada, en el formato 6 se muestra la estructura general de la herramienta que fue aplicada a todos y cada uno de los servicios. El instrumento aplicado sirvió para realizar el seguimiento de los estándares de habilitación. Por otra parte, se hizo necesario diseñar un programa y planes de auditoria, reunión de apertura, aplicación de lista de chequeo y cierre e informe para cada uno de los servicios auditados. A continuación se relatan los hallazgos encontrados en cada servicio auditado.

**Formato 6. Bosquejo De Lista De Chequeo Para Auditoria Según La Resolución 2003 De 2012**

LISTA DE CHEQUEO PARA AUDITORIA SEGÚN LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2012					
Auditor		Hora	C		
			Conformidad	NCMe	NCMa
Fecha					
SERVICIO					
Estándar	Criterio	C	NCMe	NCMa	Observaciones
Talento Humano					
Infraestructura					
Dotación					
Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos.					
Procesos Prioritarios					
Historia Clínica y Registros					
Interdependencia					

- **Auditoria para el ítem de todos los servicios.** La primera auditoría realizada fue al ítem número 1 del manual de habilitación que hace referencia a todos los servicios, en la tabla 10 se ilustra el plan de auditoria que estipula la fecha, el lugar, la hora y los participantes de cada estándar auditado.

En el formato 7 se muestra los integrantes del equipo con los cuales se dio apertura a la auditoria del ítem todos los servicios. De igual forma la culminación de la auditoria se detalla en el formato 8.


En el proceso realizado se encontró que en el ítem de todos los servicios se incumple con dos criterios, el primero, estipula que Las instalaciones eléctricas deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento. En la inspección efectuada se halló que algunos de los interruptores no cuentan con las cubiertas protectoras, por tal motivo, se dio una valoración de no conformidad menor. El segundo criterio incumplido tiene una apreciación de no conformidad mayor, ya que no cuenta con el paquete de manejo de derrames como se estipula.

**Tabla 10. Plan De Auditoria Para Todos Los Servicios**


		<b>PLAN DE AUDITORÍA</b>				<b>Código:</b>	PIACV - 031401
						<b>versión:</b>	1
						<b>página:</b>	1 de 1
<b>OBJETIVOS:</b>	Dar Seguimiento A Las Acciones Realizadas Por Parte De Las Directivas De La Institución				<b>AUDITOR LIDER</b>		
<b>ALCANCE:</b>	La Auditoria Se Realiza Al Primer Item Del Manual De Habilidadación Que Hace Referencia A Todos Los Servicios				ESTUDIANTE DE INGENIERIA INDUSTRIAL JONATHAN DEL TORO (UIS)		
<b>LUGAR:</b>	Clínica Y Unidad De Salud Mental VILLAMARIA						
<b>SERVICIO:</b>	Todos Los Servicios						
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>PARTICIPANTES</b>	<b>HORARIO</b>	<b>LUGAR</b>	<b>FECHA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>		
Estándar Talento Humano	Jonathan Del Toro, Gerente General	8 am a 9 am	oficina de gerencia	01/09/2014			
Estándar De Infraestructura	Jonathan Del Toro, Gerente General	8 am a 11 am	Clínica VILLAMARIA	02/09/2014			

Tabla 10. Continuación					
Estándar De Dotación	Jonathan Del Toro, Regente De Farmacia	9am a 12 m	Farmacia	03/09/2014	
Estándar Medicamentos, dispositivos médicos y otros insumos	Jonathan Del Toro, Regente De Farmacia	8 pm a 11 pm	Farmacia	04/09/2014	
Estándar procesos Prioritarios	Jonathan Del Toro. Jefe De Enfermería	8 pm a 12 pm	estación de enfermería	05/09/2014	
Estándar Historias Clínicas y Registros	Jonathan Del Toro. Jefe De Enfermería	2pm a 5 pm	estación de enfermería	01/09/2014	
<b>OBSERVACIONES:</b>					
<b>APROBACION:</b>	<b>CARGO</b>	<b>FECHA</b>			<b>FIRMA</b>
	gerente general	5	9	14	
<b>AUDITOR:</b>	<b>CARGO</b>	<b>FECHA</b>			<b>FIRMA</b>
	Jonathan del toro	5	9	14	

## Formato 7. Reunión De Apertura Para El Ítem Todos Los Servicios


 CLÍNICA Y UNIDAD DE SALUD MENTAL <b>VILLAMARIA LTDA</b>	<b>REUNION DE APERTURA</b>		<b>Código:</b>	RACV - 031401	
			<b>versión:</b>	1	
			<b>página:</b>	1 de 1	
<b>LUGAR:</b>	Oficina De Gerencia		<b>FECHA:</b>		
			1	9	14
<b>ALCANCE:</b>	Todos Los Servicios En Primera Instancia		<b>HORA:</b>		
			8 hr	5 min	am
<b>PROCESO:</b>	Todos Los Servicios				
<b>OBJETIVO:</b>	Dar Inicio Al Proceso De Auditoría Para Verificar Que Las Acciones Realizados Por Las Directivas De La Institución Dan Cumplimiento A Los Criterios Incumplidos En La Autoevaluación				
<b>PARTICIPANTES</b>					
<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>		<b>FIRMA</b>		
Jonathan Del Toro	Auditor Encargado (Practicante)				
Piedad Del Rocío Villanueva	Gerente General				
Ana Mercedes Sánchez	Jefe De Enfermería				
Helda Suarez Ayala	Regente De Farmacia				
<b>GERENTE:</b>			<b>SUBGERENTE:</b>		
Sr. Piedad Del Rocío Villanueva			Dr. Adrián Villanueva		
<b>AUDITOR LIDER:</b>			<b>AUDITOR:</b>		
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)			Jonathan Del Toro		

## Formato 8. Reunión De Cierre Para El Ítem Todos Los Servicios

 <p>CLÍNICA Y UNIDAD DE SALUD MENTAL <b>VILLAMARIA</b> LTDA</p>	<b>REUNION DE CIERRE</b>		<b>Código:</b>	RCCV - 031401		
			<b>versión:</b>	1		
			<b>página:</b>	1 de 1		
<b>LUGAR:</b>	Estación De Enfermería		<b>FECHA:</b>			
			5	9	14	
<b>ALCANCE:</b>	Todos Los Servicios En Primera Instancia		<b>HORA:</b>			
			11 hr	45 min	am	
<b>PROCESO:</b>	Todos Los Servicios					
<b>OBJETIVO:</b>	Dar Cierre Al Proceso De Auditoria Por El Cual Se Verifico Que Las Acciones Realizados Por Las Directivas De La Institución Dan Cumplimiento A Los Criterios Incumplidos En La Autoevaluación					
<b>CONFORMIDADES:</b>						
Se evidencian conformidad en los siguientes estándares: talento humano, dotación, Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos e Historia Clínica y Registros						
<b>NO CONFORMIDADES MAYORES:</b>						
Se encontró que la clínica no cuenta con el paquete de manejo de derrames						
<b>NO CONFORMIDADES MENORES:</b>						
En la auditoría realizada se encontró que algunos de los interruptores no cuentan con las cubiertas protectoras						
<b>CONCLUSIONES:</b>						
En con conclusión se evidencia que la clínica cumple con la mayoría de los requisitos exigidos en el primer ítem del manual de habilitación						
<b>OBSERVACIONES:</b>						
<b>PROGRAMACION DE REUNION DE CIERRE</b>						
Fecha límite para la presentación del plan de mejoramiento			<b>FECHA</b>			
			30	9	14	
<b>GERENTE:</b>			<b>SUBGERENTE:</b>			
Sr. Piedad Del Roció Villanueva			Dr. Adrián Villanueva			
<b>AUDITOR LIDER:</b>			<b>RESPONDABLE DEL PROCESO:</b>			
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)			Jonathan Del Toro			

➤ **Auditoria para el servicio consulta externa general.** La siguiente auditoria fue realizada al servicio de consulta externa general, la misma, presenta conformidad en todos los criterios evaluados, con esto se evidencia el compromiso por parte de las directivas de la institución. Para llevar un orden en el proceso, se diseñó un plan de auditoria el cual se puede detallar en la tabla 11.

**Tabla 11. Plan De Auditoria Del Servicio Consulta Externa General**

		<b>PLAN DE AUDITORÍA</b>			<b>Código:</b>	PIACV - 031401
					<b>versión:</b>	1
					<b>página:</b>	1 de 1
<b>OBJETIVOS:</b>	dar seguimiento a las acciones realizadas por parte de las directivas de la institución				<b>AUDITOR LIDER</b>	
<b>ALCANCE:</b>	la auditoria se realiza al servicio de consulta externa general				ESTUDIANTE DE INGENIERIA INDUSTRIAL JONATHAN DEL TORO (UIS)	
<b>LUGAR:</b>	clínica y unidad de salud mental VILLAMARIA					
<b>SERVICIO:</b>	consulta externa general					
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>PARTICIPANTES</b>	<b>HORARIO</b>	<b>LUGAR</b>	<b>FECHA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	
Estándar Talento Humano	Jonathan Del Toro, Gerente General	8 am a 9 am	oficina de gerencia	06/09/2014		
Estándar De Infraestructura	Jonathan Del Toro, Gerente General	9 am a 11 am	consultorio de consulta externa	06/09/2014		
Estándar De Dotación y Medicamentos	Jonathan Del Toro, Regente De Farmacia	11 am a 12 m	Farmacia	06/09/2014		
Estándar Medicamentos, dispositivos médicos y otros insumos	Jonathan Del Toro, Regente De Farmacia	2 pm a 3 pm	Farmacia	06/09/2014		
Estándar procesos Prioritarios	Jonathan Del Toro. Médico general	3 pm a 4 pm	consultorio de consulta externa	06/09/2014		
Estándar Historias Clínicas y Registros	Jonathan Del Toro. Médico general	4 pm a 5pm	consultorio de consulta externa	06/09/2014		
<b>OBSERVACIONES:</b>						
<b>APROBACION:</b>	<b>CARGO</b>		<b>FECHA</b>			<b>FIRMA ( Nombre )</b>
	gerente general		6	9	14	
<b>AUDITOR:</b>	<b>CARGO</b>		<b>FECHA</b>			<b>FIRMA ( Nombre )</b>
	Jonathan del toro		6	9	14	


Dicha labor, se realizó en compañía del personal responsable de cada estándar, en el formato 9 se muestra el cargo y el nombre de cada colaborador.

Al finalizar la tarea se diligencio el formato 10 que muestra la fecha, la hora y los hallazgos encontrados en la auditoria del servicio de consulta externa general.

### Formato 9. Reunión De Apertura Para El Servicio De Consulta Externa General

	<b>REUNION DE APERTURA</b>		<b>Código:</b>	RACV - 031401	
			<b>versión:</b>	1	
			<b>página:</b>	1 de 1	
<b>LUGAR:</b>	oficina de gerencia		<b>FECHA:</b>		
			6	9	14
<b>ALCANCE:</b>	el servicio de consulta externa general		<b>HORA:</b>		
			8 hr	10 min	am
<b>PROCESO:</b>	consulta externa general				
<b>OBJETIVO:</b>	dar inicio al proceso de auditoría para verificar que las acciones realizados por las directivas de la institución dan cumplimiento a los criterios incumplidos en la autoevaluación				
<b>PARTICIPANTES</b>					
<b>NOMBRE</b>		<b>CARGO</b>		<b>FIRMA</b>	
Jonathan del toro		auditor encargado (practicante)			
Piedad Del Rocío Villanueva		gerente general			
Adrián Villanueva		médico general			
helda Suarez Ayala		regente de farmacia			
<b>GERENTE:</b>			<b>SUBGERENTE:</b>		
Sr. Piedad Del Rocío Villanueva			Dr. Adrián Villanueva		
<b>AUDITOR LIDER:</b>			<b>AUDITOR:</b>		
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)			Jonathan Del Toro		


## Formato 10. Reunión De Cierre Para El Servicio De Consulta Externa General

 <p>CLÍNICA Y UNIDAD DE SALUD MENTAL <b>VILLAMARIA</b> LTDA</p>	<b>REUNION DE CIERRE</b>		<b>Código:</b>	RCCV - 031401		
			<b>versión:</b>	1		
			<b>página:</b>	1 de 1		
<b>LUGAR:</b>	consultorio de consulta externa		<b>FECHA:</b>			
			6	9	14	
<b>ALCANCE:</b>	aplica para el servicio de consulta externa general		<b>HORA:</b>			
			5 hr	10 min	pm	
<b>PROCESO:</b>	consulta externa general					
<b>OBJETIVO:</b>	dar cierre al proceso de auditoria por el cual se verifico que las acciones realizados por las directivas de la institución dan cumplimiento a los criterios incumplidos en la autoevaluación					
<b>CONFORMIDADES:</b>						
se verificaron los diferentes estándares y se evidencia conformidad en todos y cada uno de los criterios						
<b>NO CONFORMIDADES MAYORES:</b>						
no presenta no conformidades mayores						
<b>NO CONFORMIDADES MENORES:</b>						
no presenta no conformidades menores						
<b>CONCLUSIONES:</b>						
en conclusión se evidencia que la clínica cumple con todos los requisitos exigidos en el servicio consulta externa general, como también el alto compromiso por parte de la institución						
<b>OBSERVACIONES:</b>						
<b>PROGRAMACION DE REUNION DE CIERRE</b>						
Fecha límite para la presentación del plan de mejoramiento			<b>FECHA</b>			
			30	9	14	
<b>GERENTE:</b>			<b>SUBGERENTE:</b>			
Sr. Piedad Del Roció Villanueva			Dr. Adrián Villanueva			
<b>AUDITOR LIDER:</b>			<b>RESPONSABLE DEL PROCESO:</b>			
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)			Jonathan Del Toro			

➤ **Auditoria Para El Servicio Consulta Externa En Terapia Ocupacional.**


La auditoría realizada en el servicio de consulta externa en terapia ocupación, presenta conformidad en todos y cada uno de los criterios evaluados, la tabla 12 muestra las fechas en que se realizó dicho proceso.

**Tabla 12. Plan De Auditoria De Consulta Externa Terapia Ocupacional**

		<b>PLAN DE AUDITORÍA</b>			<b>Código:</b>	PIACV - 031401
					<b>versión:</b>	1
					<b>página:</b>	1 de 1
<b>OBJETIVOS:</b>	dar seguimiento a las acciones realizadas por parte de las directivas de la institución				<b>AUDITOR LIDER</b>	
<b>ALCANCE:</b>	la auditoria se realiza al servicio de consulta externa en terapia ocupacional				ESTUDIANTE DE INGENIERIA INDUSTRIAL JONATHAN DEL TORO (UIS)	
<b>LUGAR:</b>	clínica y unidad de salud mental VILLAMARIA					
<b>SERVICIO:</b>	consulta externa terapia ocupacional					
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>PARTICIPANTES</b>	<b>HORARIO</b>	<b>LUGAR</b>	<b>FECHA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	
Estándar Talento Humano	Jonathan Del Toro, Gerente General	8 am a 9 am	oficina de gerencia	07/09/2014		
Estándar De Infraestructura	Jonathan Del Toro, Gerente General	9 am a 10 am	Salón de terapia ocupación	07/09/2014		
Estándar De Dotación y Medicamentos	Jonathan Del Toro, Regente De Farmacia	10 am a 11 m	Farmacia	07/09/2014		
Estándar Medicamentos, dispositivos médicos y otros insumos	Jonathan Del Toro, Regente De Farmacia	11 pm a 12 pm	Farmacia	07/09/2014		
Estándar procesos Prioritarios	Jonathan Del Toro. Terapeuta ocupacional	2 pm a 3 pm	salón de terapia ocupacional	07/09/2014		
Estándar Historias Clínicas y Registros	Jonathan Del Toro. Terapeuta ocupacional	3 pm a 4pm	salón de terapia ocupacional	07/09/2014		
<b>OBSERVACIONES:</b>						
<b>APROBACION:</b>	<b>CARGO</b>		<b>FECHA</b>		<b>FIRMA ( Nombre )</b>	
	gerente general		7	9	14	
<b>AUDITOR:</b>	<b>CARGO</b>		<b>FECHA</b>		<b>FIRMA ( Nombre )</b>	
	Jonathan del toro		7	9	14	


Al iniciar el proceso de auditoria en el presente servicio, se diligencio el formato 11 en donde se evidencia la participación del personal correspondiente.

### Formato 11. Reunión De Apertura Del Servicio Consulta Externa Ocupacional

	<b>REUNION DE APERTURA</b>		<b>Código:</b>	RACV - 031401	
			<b>versión:</b>	1	
			<b>página:</b>	1 de 1	
<b>LUGAR:</b>	oficina de gerencia	<b>FECHA:</b>			
		7	9	14	
<b>ALCANCE:</b>	el servicio de Consulta Externa Terapia Ocupacional	<b>HORA:</b>			
		8 hr	4 min	am	
<b>PROCESO:</b>	Consulta Externa Terapia Ocupacional				
<b>OBJETIVO:</b>	dar inicio al proceso de auditoría para verificar que las acciones realizadas por las directivas de la institución dan cumplimiento a los criterios incumplidos en la autoevaluación				
<b>PARTICIPANTES</b>					
<b>NOMBRE</b>		<b>CARGO</b>		<b>FIRMA</b>	
Jonathan del toro		auditor encargado (practicante)			
Piedad Del Rocío Villanueva		gerente general			
Érica González		terapeuta ocupacional			
Helda Suarez Ayala		regente de farmacia			
<b>GERENTE:</b>			<b>SUBGERENTE:</b>		
Sr. Piedad Del Rocío Villanueva			Dr. Adrián Villanueva		
<b>AUDITOR LIDER:</b>			<b>AUDITOR:</b>		
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)			Jonathan Del Toro		

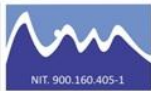
Al término del proceso se diligencio el formato 12 por el cual se evidencian los hallazgos encontrados.

## Formato 12. Reunión De Cierre Del Servicio Consulta Externa Ocupacional

		<b>REUNION DE CIERRE</b>		<b>Código:</b>	RCCV - 031401	
				<b>versión:</b>	1	
				<b>página:</b>	1 de 1	
<b>LUGAR:</b>	salón de terapia ocupacional			<b>FECHA:</b>		
		4	9	14		
<b>ALCANCE:</b>	aplica para el servicio de consulta externa terapia ocupacional			<b>HORA:</b>		
		5 hr	2 min	pm		
<b>PROCESO:</b>	consulta externa terapia ocupacional					
<b>OBJETIVO:</b>	dar cierre al proceso de auditoria por el cual se verifico que las acciones realizados por las directivas de la institución dan cumplimiento a los criterios incumplidos en la autoevaluación					
<b>CONFORMIDADES:</b>						
se verificaron todos los estándares y se evidencia conformidad en todos los criterios						
<b>NO CONFORMIDADES MAYORES:</b>						
no presenta no conformidades mayores						
<b>NO CONFORMIDADES MENORES:</b>						
no presenta no conformidades menores						
<b>CONCLUSIONES:</b>						
en conclusión se evidencia que la clínica cumple con todos los requisitos exigidos en el servicio consulta externa terapia ocupacional, como también el alto compromiso por parte de la institución						
<b>OBSERVACIONES:</b>						
<b>PROGRAMACION DE REUNION DE CIERRE</b>						
Fecha límite para la presentación del plan de mejoramiento				<b>FECHA</b>		
				30	9	14
<b>GERENTE:</b>			<b>SUBGERENTE:</b>			
Sr. Piedad Del Rocío Villanueva			Dr. Adrián Villanueva			
<b>AUDITOR LIDER:</b>			<b>RESPONDABLE DEL PROCESO:</b>			
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)			Jonathan Del Toro			


- **Auditoria Para El Servicio Consulta externa en psicología.** El servicio de psicología fue auditado y se encontró que cumple con todos los requisitos de la norma, en la tabla 13 se muestran las fechas y horas en que se realizó el proceso.

**Tabla 13. Plan De Auditoria De Consulta Externa En Psicología**

 <small>NIT. 900.160.405-1</small>		<b>CLINICA Y UNIDAD DE SALUD MENTAL</b> <b>VILLAMARIA LTDA</b>			<b>PLAN DE AUDITORÍA</b>			<b>Código:</b>	PIACV - 031401			
								<b>versión:</b>	1			
								<b>página:</b>	1 de 1			
<b>OBJETIVOS:</b>	dar seguimiento a las acciones realizadas por parte de las directivas de la institución						<b>AUDITOR LIDER</b>  ESTUDIANTE DE INGENIERIA INDUSTRIAL JONATHAN DEL TORO (UIS)					
<b>ALCANCE:</b>	la auditoria se realiza al servicio de consulta externa en psicología											
<b>LUGAR:</b>	clínica y unidad de salud mental VILLAMARIA											
<b>SERVICIO:</b>	consulta externa en psicología											
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>PARTICIPANTES</b>	<b>HORARIO</b>	<b>LUGAR</b>	<b>FECHA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>							
Estándar Talento Humano	Jonathan Del Toro, Gerente General	8 am a 9 am	oficina de gerencia	08/09/2014								
Estándar De Infraestructura	Jonathan Del Toro, Gerente General	9 am a 10 am	Consultorio de psicología	08/09/2014								
Estándar De Dotación y Medicamentos	Jonathan Del Toro, Regente De Farmacia	10 am a 11 m	Farmacia	08/09/2014								
Estándar Medicamentos, dispositivos médicos y otros insumos	Jonathan Del Toro, Regente De Farmacia	11 pm a 12 pm	Farmacia	08/09/2014								
Estándar procesos Prioritarios	Jonathan Del Toro, Psicología	2 pm a 3 pm	consultorio de psicología	08/09/2014								
Estándar Historias Clínicas y Registros	Jonathan Del Toro, Psicóloga	3 pm a 4pm	consultorio de psicología	08/09/2014								
<b>OBSERVACIONES:</b>												
<b>APROBACION:</b>	<b>CARGO</b>			<b>FECHA</b>			<b>FIRMA ( Nombre )</b>					
	gerente general			8	9	14						
<b>AUDITOR:</b>	<b>CARGO</b>			<b>FECHA</b>			<b>FIRMA ( Nombre )</b>					
	Jonathan del toro			8	9	14						


De igual manera, en el génesis de la tarea se registró en el formato 13 los participantes del trabajo realizado.

### Formato 13. Reunión De Apertura Del Servicio Consulta Externa Psicología.

	<b>REUNION DE APERTURA</b>		<b>Código:</b>	RACV - 031401	
			<b>versión:</b>	1	
			<b>página:</b>	1 de 1	
<b>LUGAR:</b>	oficina de gerencia	<b>FECHA:</b>			
		8	9	14	
<b>ALCANCE:</b>	el servicio de Consulta Externa En Psicología	<b>HORA:</b>			
		8 hr	8 min	am	
<b>PROCESO:</b>	Consulta Externa En Psicología				
<b>OBJETIVO:</b>	dar inicio al proceso de auditoría para verificar que las acciones realizados por las directivas de la institución dan cumplimiento a los criterios incumplidos en la autoevaluación				
<b>PARTICIPANTES</b>					
<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>			
Jonathan del toro	auditor encargado (practicante)				
Piedad Del Rocío Villanueva	gerente general				
Laura catalina solano Cuellar	psicóloga				
helda Suarez Ayala	regente de farmacia				
<b>GERENTE:</b>			<b>SUBGERENTE:</b>		
Sr. Piedad Del Rocío Villanueva			Dr. Adrián Villanueva		
<b>AUDITOR LIDER:</b>			<b>AUDITOR:</b>		
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)			Jonathan Del Toro		


Al término de la jornada, se registraron los hallazgos encontrados en el formato reunión de cierre de auditoria. (Ver formato14)

## Formato 14. Reunión De Cierre Del Servicio Consulta Externa Psicología.

		<b>REUNION DE CIERRE</b>		<b>Código:</b>	RCCV - 031401	
				<b>versión:</b>	1	
				<b>página:</b>	1 de 1	
<b>LUGAR:</b>	consultorio de psicología			<b>FECHA:</b>		
		8	9	14		
<b>ALCANCE:</b>	aplica para el servicio de consulta externa en psicología			<b>HORA:</b>		
		3 hr	48 min	pm		
<b>PROCESO:</b>	consulta externa en psicología					
<b>OBJETIVO:</b>	dar cierre al proceso de auditoria por el cual se verifico que las acciones realizados por las directivas de la institución dan cumplimiento a los criterios incumplidos en la autoevaluación					
<b>CONFORMIDADES:</b>						
se verificaron todos los estándares y se evidencia conformidad en todos los criterios						
<b>NO CONFORMIDADES MAYORES:</b>						
no presenta no conformidades mayores						
<b>NO CONFORMIDADES MENORES:</b>						
no presenta no conformidades menores						
<b>CONCLUSIONES:</b>						
en conclusión se evidencia que la clínica cumple con todos los requisitos exigidos en el servicio consulta externa en psicología, como también el alto compromiso por parte de la institución						
<b>OBSERVACIONES:</b>						
<b>PROGRAMACION DE REUNION DE CIERRE</b>						
Fecha límite para la presentación del plan de mejoramiento				<b>FECHA</b>		
				30	9	14
<b>GERENTE:</b>			<b>SUBGERENTE:</b>			
Sr. Piedad Del Roció Villanueva			Dr. Adrián Villanueva			
<b>AUDITOR LIDER:</b>			<b>RESPONSABLE DEL PROCESO:</b>			
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)			Jonathan Del Toro			


➤ **Auditoria Para El Servicio consulta externa en especialidad psiquiátrica.** Otro de los servicios que fue auditado, es el de consulta externa en la especialidad psiquiátrica, en el proceso realizado se encontró que los requisitos evaluados cumplen con la norma dando un resultado de conformidad total en el servicio. En la tabla 14 se detalla el calendario por el cual se rigió dicha labor.

**Tabla 14. Plan De Auditoria Para Consulta Externa En Especialidad Psiquiátrica**

 <b>CLÍNICA Y UNIDAD DE SALUD MENTAL VILLAMARIA LTDA.</b>		<b>PLAN DE AUDITORÍA</b>			<b>Código:</b>	PIACV - 031401
					<b>versión:</b>	1
					<b>página:</b>	1 de 1
<b>OBJETIVOS:</b>	dar seguimiento a las acciones realizadas por parte de las directivas de la institución				<b>AUDITOR LIDER</b>  ESTUDIANTE DE INGENIERIA INDUSTRIAL JONATHAN DEL TORO (UIS)	
<b>ALCANCE:</b>	la auditoria se realiza al servicio de consulta externa en especialidad psiquiátrica					
<b>LUGAR:</b>	clínica y unidad de salud mental VILLAMARIA					
<b>SERVICIO:</b>	consulta externa en especialidad psiquiátrica					
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>PARTICIPANTES</b>	<b>HORARIO</b>	<b>LUGAR</b>	<b>FECHA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	
Estándar Talento Humano	Jonathan Del Toro, Gerente General	8 am a 9 am	oficina de gerencia	10/09/2014		
Estándar De Infraestructura	Jonathan Del Toro, Gerente General	9 am a 10 am	consultorio de psiquiatria	10/09/2014		
Estándar De Dotación y Medicamentos	Jonathan Del Toro, Regente De Farmacia	10 am a 11 m	Farmacia	10/09/2014		
Estándar Medicamentos, dispositivos médicos y otros insumos	Jonathan Del Toro, Regente De Farmacia	11 pm a 12 pm	Farmacia	10/09/2014		
Estándar procesos Prioritarios	Jonathan Del Toro, Médico psiquiatra	2 pm a 3 pm	consultorio de psiquiatria	10/09/2014		
Estándar Historias Clínicas y Registros	Jonathan Del Toro, Médico psiquiatra	3 pm a 4pm	consultorio de psiquiatria	10/09/2014		
<b>OBSERVACIONES:</b>						
<b>APROBACION:</b>	<b>CARGO</b>		<b>FECHA</b>		<b>FIRMA ( Nombre )</b>	
	gerente general		10	9	14	
<b>AUDITOR:</b>	<b>CARGO</b>		<b>FECHA</b>		<b>FIRMA ( Nombre )</b>	
	Jonathan del toro		10	9	14	


Al principio de la auditoria, se llevó acabo el registro del formato de reunión de apertura, en este se detalla el cargo y el nombre de los participantes de la misma. (Ver formato 15)

### Formato 15. Reunión De Apertura Del Servicio Consulta Externa Especializada Psiquiátrica

	<b>REUNION DE APERTURA</b>		<b>Código:</b>	RACV - 031401		
			<b>versión:</b>	1		
			<b>página:</b>	1 de 1		
<b>LUGAR:</b>	Oficina De Gerencia	<b>FECHA:</b>				
		10	9	14		
<b>ALCANCE:</b>	El Servicio De Consulta Externa Especialidad Psiquiátrica	<b>HORA:</b>				
		8 hr	2 min	am		
<b>PROCESO:</b>	Consulta Externa Especialidad Psiquiátrica					
<b>OBJETIVO:</b>	Dar Inicio Al Proceso De Auditoria Para Verificar Que Las Acciones Realizados Por Las Directivas De La Institución Dan Cumplimiento A Los Criterios Incumplidos En La Autoevaluación					
<b>PARTICIPANTES</b>						
<b>NOMBRE</b>		<b>CARGO</b>			<b>FIRMA</b>	
Jonathan Del Toro		Auditor Encargado (Practicante)				
Piedad Del Rocío Villanueva		Gerente General				
Adrián Villanueva		Médico Psiquiatra				
Helda Suarez Ayala		Regente De Farmacia				
<b>GERENTE:</b>				<b>SUBGERENTE:</b>		
Sr. Piedad Del Rocío Villanueva				Dr. Adrián Villanueva		
<b>AUDITOR LIDER:</b>				<b>AUDITOR:</b>		
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)				Jonathan Del Toro		

Igualmente al finalizar la auditoria se realizó el diligenciamiento del formato cierre de auditoria, en dicha forma se registran los hallazgos encontrados en el servicio auditado. (Ver formato 16)

### Formato 16. Reunión De Cierre Del Servicio Consulta Externa Especializada Psiquiátrica

	<b>REUNION DE CIERRE</b>		<b>Código:</b>	RCCV - 031401	
			<b>versión:</b>	1	
			<b>página:</b>	1 de 1	
<b>LUGAR:</b>	consultorio de psiquiatría		<b>FECHA:</b>		
			10	9	14
<b>ALCANCE:</b>	aplica para el servicio de consulta externa en especialidad psiquiátrica		<b>HORA:</b>		
			3 hr	38 min	pm
<b>PROCESO:</b>	consulta externa en especialidad psiquiátrica				
<b>OBJETIVO:</b>	dar cierre al proceso de auditoria por el cual se verifico que las acciones realizadas por las directivas de la institución dan cumplimiento a los criterios incumplidos en la autoevaluación				
<b>CONFORMIDADES:</b>					
se verificaron todos los estándares y se evidencia conformidad en todos los criterios					
<b>NO CONFORMIDADES MAYORES:</b>					
no presenta no conformidades mayores					
<b>NO CONFORMIDADES MENORES:</b>					
no presenta no conformidades menores					
<b>CONCLUSIONES:</b>					
en conclusión se evidencia que la clínica cumple con todos los requisitos exigidos en el servicio consulta externa en especialidad psiquiátrica, como también el alto compromiso por parte de la institución					
<b>OBSERVACIONES:</b>					
<b>PROGRAMACION DE REUNION DE CIERRE</b>					
Fecha Límite Para La Presentación Del Plan De Mejoramiento			<b>FECHA</b>		
			30	9	14

Formato 16. Continuación	
<b>GERENTE:</b>	<b>SUBGERENTE:</b>
Sr. Piedad Del Roció Villanueva	Dr. Adrián Villanueva
<b>AUDITOR LIDER:</b>	<b>RESPONDABLE DEL PROCESO:</b>
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)	Jonathan Del Toro

➤ **Auditoria Para El Servicio Consulta Externa Especialidad Neurológica.**  
 El siguiente servicio auditado fue el de consulta externa especializada en neurología, para lograr tal fin en forma ordenada se diseñó el plan de auditoria el cual se muestra en la tabla 15; al terminar el proceso, se encontró que el mismo cumple con todos los requisitos planteados en la herramienta diseñada.

**Tabla 15. Plan De Auditoria De Consulta Externa Especialidad Neurológica**



		PLAN DE AUDITORÍA			Código:	PIACV - 031401
					versión:	1
					página:	1 de 1
<b>OBJETIVOS:</b>	dar seguimiento a las acciones realizadas por parte de las directivas de la institución				<b>AUDITOR LIDER</b>	
<b>ALCANCE:</b>	la auditoria se realiza al servicio de consulta externa en Especialidad Neurológica				ESTUDIANTE DE INGENIERIA INDUSTRIAL JONATHAN DEL TORO (UIS)	
<b>LUGAR:</b>	clínica y unidad de salud mental VILLAMARIA					
<b>SERVICIO:</b>	Consulta Externa Especialidad Neurológica					
ACTIVIDADES	PARTICIPANTES	HORARIO	LUGAR	FECHA	OBSERVACIONES	
Estándar Talento Humano	Jonathan Del Toro, Gerente General	8 am a 9 am	oficina de gerencia	11/09/2014		
Estándar De Infraestructura	Jonathan Del Toro, Gerente General	9 am a 10 am	Consultorio de neurología	11/09/2014		
Estándar De Dotación y Medicamentos	Jonathan Del Toro, Regente De Farmacia	10 am a 11 m	Farmacia	11/09/2014		
Estándar Medicamentos, dispositivos	Jonathan Del Toro, Regente De Farmacia	11 pm a 12 pm	Farmacia	11/09/2014		

Tabla 15. Continuación					
Estándar procesos Prioritarios	Jonathan Del Toro. Medico neurólogo	2 pm a 3 pm	consultorio de neurología	11/09/2014	
Estándar Historias Clínicas y Registros	Jonathan Del Toro. Medico neurólogo	3 pm a 4pm	consultorio de neurología	11/09/2014	
<b>OBSERVACIONES:</b>					
<b>APROBACION:</b>	<b>CARGO</b>	<b>FECHA</b>			<b>FIRMA ( Nombre )</b>
	gerente general	11	9	14	
<b>AUDITOR:</b>	<b>CARGO</b>	<b>FECHA</b>			<b>FIRMA ( Nombre )</b>
	Jonathan del toro	11	9	14	

Al dar inicio a la tarea propuesta, se diligencio el formato 17 por medio del cual se menciona el personal que involucrado en tal labor.

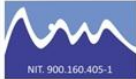
### Formato 17. Reunión De Apertura Del Servicio Consulta Externa En Especialidad Neurológica

	<b>REUNION DE APERTURA</b>			<b>Código:</b>	RACV - 031401
				<b>versión:</b>	1
				<b>página:</b>	1 de 1
<b>LUGAR:</b>	oficina de gerencia	<b>FECHA:</b>			
		11	9	14	
<b>ALCANCE:</b>	el servicio de Consulta Externa Especialidad Neurológica	<b>HORA:</b>			
		7 hr	58 min	am	
<b>PROCESO:</b>	Consulta Externa Especialidad Neurológica				
<b>OBJETIVO:</b>	dar inicio al proceso de auditoría para verificar que las acciones realizados por las directivas de la institución dan cumplimiento a los criterios incumplidos en la autoevaluación				
<b>PARTICIPANTES</b>					
<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>			
Jonathan del toro	auditor encargado (practicante)				

Formato 17. Continuación		
Piedad Del Rocío Villanueva	gerente general	
Ivan Mauricio Peña	medico neurólogo	
helda Suarez Ayala	regente de farmacia	
<b>GERENTE:</b>		<b>SUBGERENTE:</b>
Sr. Piedad Del Rocío Villanueva		Dr. Adrián Villanueva
<b>AUDITOR LIDER:</b>		<b>AUDITOR:</b>
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)		Jonathan Del Toro

De igual forma, al culminar la actividad se registraron los hallazgos encontrados en el formato de reunión de cierre, (ver formato 18)

### Formato 18. Reunión De Cierre Del Servicio Consulta Externa En Especialidad Neurológica

 CLINICA Y UNIDAD DE SALUD MENTAL <b>VILLAMARIA LTDA</b>	<b>REUNION DE CIERRE</b>		<b>Código:</b>	RCCV - 031401		
			<b>versión:</b>	1		
			<b>página:</b>	1 de 1		
<b>LUGAR:</b>	consultorio de neurología		<b>FECHA:</b>			
			11	9	14	
<b>ALCANCE:</b>	aplica para el servicio de Consulta Externa Especialidad Neurológica		<b>HORA:</b>			
			4 hr	5 min	pm	
<b>PROCESO:</b>	Consulta Externa Especialidad Neurológica					
<b>OBJETIVO:</b>	dar cierre al proceso de auditoria por el cual se verifico que las acciones realizados por las directivas de la institución dan cumplimiento a los criterios incumplidos en la autoevaluación					
<b>CONFORMIDADES:</b>						
se verificaron todos los estándares y se evidencia conformidad en todos los criterios						
<b>NO CONFORMIDADES MAYORES:</b>						
no presenta no conformidades mayores						

<b>Formato 18. Continuación</b>		
<b>NO CONFORMIDADES MENORES:</b>		
no presenta no conformidades menores		
<b>CONCLUSIONES:</b>		
en conclusión se evidencia que la clínica cumple con todos los requisitos exigidos en el servicio Consulta Externa Especialidad Neurológica, como también el alto compromiso por parte de la institución		
<b>OBSERVACIONES:</b>		
<b>PROGRAMACION DE REUNION DE CIERRE</b>		
Fecha límite para la presentación del plan de mejoramiento	<b>FECHA</b>	
	30	9 14
<b>GERENTE:</b>	<b>SUBGERENTE:</b>	
Sr. Piedad Del Roció Villanueva	Dr. Adrián Villanueva	
<b>AUDITOR LIDER:</b>	<b>RESPONDABLE DEL PROCESO:</b>	
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)	Jonathan Del Toro	

- **Auditoria Para El Servicio Consulta Externa En Odontología.** Otro servicio auditado es el de consulta externa en odontología, en el proceso se encontró que éste cumple con los requisitos expuestos en el instrumento planteado, en siguiente tabla (tabla16) se evidencian las fecha y horas en la cuales se desarrollan las actividades.

**Tabla 16. Plan De Auditoria Del Servicio De Consulta Externa En Odontología**



 <b>CLÍNICA Y UNIDAD DE SALUD MENTAL VILLAMARIA LTDA</b>		<b>PLAN DE AUDITORÍA</b>			<b>Código:</b>	PIACV - 031401
					<b>versión:</b>	1
					<b>página:</b>	1 de 1
<b>OBJETIVOS:</b>	dar seguimiento a las acciones realizadas por parte de las directivas de la institución				<b>AUDITOR LIDER</b>	
<b>ALCANCE:</b>	la auditoria se realiza al servicio de consulta externa en odontología				ESTUDIANTE DE INGENIERIA INDUSTRIAL JONATHAN DEL TORO (UIS)	
<b>LUGAR:</b>	clínica y unidad de salud mental VILLAMARIA					
<b>SERVICIO:</b>	Consulta Externa en odontología					
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>PARTICIPANTES</b>	<b>HORARIO</b>	<b>LUGAR</b>	<b>FECHA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	

Tabla 16. Continuación					
Estándar Talento Humano	Jonathan Del Toro, Gerente General	8 am a 9 am	oficina de gerencia	12/09/2014	
Estándar De Infraestructura	Jonathan Del Toro, Gerente General	9 am a 10 am	Consultorio odontológico	12/09/2014	
Estándar De Dotación y Medicamentos	Jonathan Del Toro, Regente De Farmacia	10 am a 11 m	Farmacia	12/09/2014	
Estándar Medicamentos, dispositivos médicos y otros insumos	Jonathan Del Toro, Regente De Farmacia	11 pm a 12 pm	Farmacia	12/09/2014	
Estándar procesos Prioritarios	Jonathan Del Toro. Odontóloga	2 pm a 3 pm	consultorio odontológico	12/09/2014	
Estándar Historias Clínicas y Registros	Jonathan Del Toro. Odontóloga	3 pm a 4pm	consultorio odontológico	12/09/2014	
<b>OBSERVACIONES:</b>					
<b>APROBACION:</b>	<b>CARGO</b>	<b>FECHA</b>			<b>FIRMA ( Nombre )</b>
	gerente general	12	9	14	
<b>AUDITOR:</b>	<b>CARGO</b>	<b>FECHA</b>			<b>FIRMA ( Nombre )</b>
	Jonathan del toro	12	9	14	


Al momento de dar apertura a la labor se diligencio el formato 19 en el cual se documentaron los participantes del mismo quienes colaboraron en cada una de las tareas asignadas.

## Formato 19. Reunión De Apertura Del Servicio Consulta Externa Odontología

	<b>REUNION DE APERTURA</b>		<b>Código:</b>	RACV - 031401
			<b>versión:</b>	1
			<b>página:</b>	1 de 1
<b>LUGAR:</b>	oficina de gerencia	<b>FECHA:</b>		
		12	9	14
<b>ALCANCE:</b>	el servicio de Consulta Odontológica	<b>HORA:</b>		
		8 hr	2 min	am
<b>PROCESO:</b>	Consulta Odontológica			
<b>OBJETIVO:</b>	dar inicio al proceso de auditoría para verificar que las acciones realizadas por las directivas de la institución dan cumplimiento a los criterios incumplidos en la autoevaluación			
<b>PARTICIPANTES</b>				
<b>NOMBRE</b>		<b>CARGO</b>		<b>FIRMA</b>
Jonathan del toro		auditor encargado (practicante)		
Piedad Del Rocío Villanueva		gerente general		
		odontóloga		
helda Suarez Ayala		regente de farmacia		
<b>GERENTE:</b>			<b>SUBGERENTE:</b>	
Sr. Piedad Del Rocío Villanueva			Dr. Adrián Villanueva	
<b>AUDITOR LIDER:</b>			<b>AUDITOR:</b>	
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)			Jonathan Del Toro	

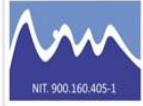
De igual forma al término de la diligencia se registraron los hallazgos en el formato 20, en el mismo se muestra que el servicio verificado presenta conformidad en su totalidad.

## Formato 20. Reunión De Cierre Del Servicio Consulta Externa Odontología

		<b>REUNION DE CIERRE</b>		<b>Código:</b>	RCCV - 031401
				<b>versión:</b>	1
				<b>página:</b>	1 de 1
<b>LUGAR:</b>	consultorio odontológico	<b>FECHA:</b>			
		12	9	14	
<b>ALCANCE:</b>	aplica para el servicio de Consulta Externa en odontología	<b>HORA:</b>			
		3 hr	45 min	pm	
<b>PROCESO:</b>	Consulta Externa en odontología				
<b>OBJETIVO:</b>	dar cierre al proceso de auditoria por el cual se verifico que las acciones realizados por las directivas de la institución dan cumplimiento a los criterios incumplidos en la autoevaluación				
<b>CONFORMIDADES:</b>					
se verificaron todos los estándares y se evidencia conformidad en todos los criterios					
<b>NO CONFORMIDADES MAYORES:</b>					
no presenta no conformidades mayores					
<b>NO CONFORMIDADES MENORES:</b>					
no presenta no conformidades menores					
<b>CONCLUSIONES:</b>					
en conclusión se evidencia que la clínica cumple con todos los requisitos exigidos en el servicio Consulta Externa en odontología, como también el alto compromiso por parte de la institución					
<b>OBSERVACIONES:</b>					
<b>PROGRAMACION DE REUNION DE CIERRE</b>					
Fecha límite para la presentación del plan de mejoramiento				<b>FECHA</b>	
				30	9 14
<b>GERENTE:</b>			<b>SUBGERENTE:</b>		
Sr. Piedad Del Rocío Villanueva			Dr. Adrián Villanueva		
<b>AUDITOR LIDER:</b>			<b>RESPONSABLE DEL PROCESO:</b>		
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)			Jonathan Del Toro		

- **Auditoria Para El Servicio Hospitalización En Unidad Mental.** La auditoría del servicio hospitalización en unidad mental, tuvo lugar en la fechas contenidas en la tabla de plan de auditoria (ver tabla 17).

**Tabla 17. Plan De Auditoria Del Servicio Hospitalización En Unidad Mental**

 <b>CLÍNICA Y UNIDAD DE SALUD MENTAL VILLAMARIA LTDA</b>		<b>PLAN DE AUDITORÍA</b>			<b>Código:</b>	PIACV - 031401
					<b>versión:</b>	1
					<b>página:</b>	1 de 1
<b>OBJETIVOS:</b>	dar seguimiento a las acciones realizadas por parte de las directivas de la institución				<b>AUDITOR LIDER</b>	
<b>ALCANCE:</b>	la auditoria se realiza al servicio en Hospitalización En Unidad Mental				ESTUDIANTE DE INGENIERIA INDUSTRIAL JONATHAN DEL TORO (UIS)	
<b>LUGAR:</b>	clínica y unidad de salud mental VILLAMARIA					
<b>SERVICIO:</b>	Hospitalización En Unidad Mental					
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>PARTICIPANTES</b>	<b>HORARIO</b>	<b>LUGAR</b>	<b>FECHA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	
Estándar Talento Humano	Jonathan Del Toro, Gerente General	8 am a 9 am	oficina de gerencia	13/09/2014		
Estándar De Infraestructura	Jonathan Del Toro, Gerente General	9 am a 12 am	Cuartos	13/09/2014		
Estándar De Dotación y Medicamentos	Jonathan Del Toro, Regente De Farmacia	2 am a 4	Farmacia	13/09/2014		
Estándar Medicamentos, dispositivos médicos y otros insumos	Jonathan Del Toro, Regente De Farmacia	4 pm a 6 pm	Farmacia	13/09/2014		
Estándar procesos Prioritarios	Jonathan Del Toro, Jefe de enfermería	8 pm a 11 pm	estación de enfermería	14/09/2014		
Estándar Historias Clínicas y Registros	Jonathan Del Toro, Jefe de enfermería	2 pm a 3pm	estación de enfermería	14/09/2014		
Interdependencia	Jonathan Del Toro, Jefe de enfermería	3 pm a 4pm	estación de enfermería	14/09/2014		
<b>OBSERVACIONES:</b>						
<b>APROBACION:</b>	<b>CARGO</b>		<b>FECHA</b>			<b>FIRMA ( Nombre )</b>
	gerente general		13	9	14	
<b>AUDITOR:</b>	<b>CARGO</b>		<b>FECHA</b>			<b>FIRMA ( Nombre )</b>
	Jonathan del toro		13	9	14	


Al principio del proceso se diligenció el formato de reunión de apertura, esto con el fin de registrar los participantes de la misma, dicha evidencia se muestra en el formato 21 del presente documento.

### Formato 21. Reunión De Apertura Del Servicio Hospitalización En Unidad Mental

	<b>REUNION DE APERTURA</b>		<b>Código:</b>	RACV - 031401		
			<b>versión:</b>	1		
			<b>página:</b>	1 de 1		
<b>LUGAR:</b>	oficina de gerencia		<b>FECHA:</b>			
			13	9	14	
<b>ALCANCE:</b>	el servicio de Hospitalización En Unidad Mental		<b>HORA:</b>			
			8 hr	7 min	am	
<b>PROCESO:</b>	Hospitalización En Unidad Mental					
<b>OBJETIVO:</b>	dar inicio al proceso de auditoría para verificar que las acciones realizados por las directivas de la institución dan cumplimiento a los criterios incumplidos en la autoevaluación					
<b>PARTICIPANTES</b>						
<b>NOMBRE</b>		<b>CARGO</b>		<b>FIRMA</b>		
Jonathan del toro		auditor encargado (practicante)				
Piedad Del Rocío Villanueva		gerente general				
Ana Sánchez		jefe de enfermería				
Helda Suarez Ayala		regente de farmacia				
<b>GERENTE:</b>			<b>SUBGERENTE:</b>			
Sr. Piedad Del Rocío Villanueva			Dr. Adrián Villanueva			
<b>AUDITOR LIDER:</b>			<b>AUDITOR:</b>			
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)			Jonathan Del Toro			

De igual forma, al culminar la auditoria se registraron los hallazgos encontrados como se muestra en el formato 22; el servicio de hospitalización en unidad mental presenta una no conformidad mayor, ya que, el personal encargado no cuenta con el certificado de atención a pacientes de salud mental.

## Formato 22. Reunión De Cierre Del Servicio Hospitalización En Unidad Mental

	<b>REUNION DE CIERRE</b>		<b>Código:</b>	RCCV - 031401	
			<b>versión:</b>	1	
			<b>página:</b>	1 de 1	
<b>LUGAR:</b>	estación de enfermería		<b>FECHA:</b>		
			14	9	14
<b>ALCANCE:</b>	aplica para el servicio de hospitalización en unidad mental		<b>HORA:</b>		
			4 hr	5 min	pm
<b>PROCESO:</b>	hospitalización en unidad mental				
<b>OBJETIVO:</b>	dar cierre al proceso de auditoría por el cual se verificó que las acciones realizadas por las directivas de la institución dan cumplimiento a los criterios incumplidos en la autoevaluación				
<b>CONFORMIDADES:</b>					
se evidencian conformidad en los siguientes estándares: dotación, infraestructura, Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos, Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros e Interdependencia					
<b>NO CONFORMIDADES MAYORES:</b>					
en la auditoría se encontró que el personal no cuenta con el certificado de atención a pacientes de salud mental					
<b>NO CONFORMIDADES MENORES:</b>					
no presenta no conformidades menores					
<b>CONCLUSIONES:</b>					
en conclusión se evidencia que la clínica cumple con la mayoría de los requisitos exigidos en el servicio de hospitalización en unidad mental					
<b>OBSERVACIONES:</b>					
<b>PROGRAMACION DE REUNION DE CIERRE</b>					
Fecha límite para la presentación del plan de mejoramiento			<b>FECHA</b>		
			30	9	14
<b>GERENTE:</b>			<b>SUBGERENTE:</b>		
Sr. Piedad Del Rocío Villanueva			Dr. Adrián Villanueva		
<b>AUDITOR LIDER:</b>			<b>RESPONSABLE DEL PROCESO:</b>		
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)			Jonathan Del Toro		

➤ **Auditoria Para El Servicio Internación Parcial En Hospitalización.** En la tabla 18, se muestra el cronograma diseñado para tener orden en el proceso de auditoria en el servicio de Internación Parcial En Hospitalización de la clínica y unidad de salud mental VILLAMARIA.


**Tabla 18. Plan De Auditoria Del Servicio Internación Parcial En Hospitalización**

		<b>PLAN DE AUDITORÍA</b>				<b>Código:</b>	PIACV - 031401
						<b>versión:</b>	1
						<b>página:</b>	1 de 1
<b>OBJETIVOS:</b>	Dar Seguimiento A Las Acciones Realizadas Por Parte De Las Directivas De La Institución				<b>AUDITOR LIDER</b>		
<b>ALCANCE:</b>	La Auditoria Se Realiza Al Servicio En Internación Parcial En Hospitalización				ESTUDIANTE DE INGENIERIA INDUSTRIAL JONATHAN DEL TORO (UIS)		
<b>LUGAR:</b>	Clínica Y Unidad De Salud Mental VILLAMARIA						
<b>SERVICIO:</b>	Internación Parcial En Hospitalización						
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>PARTICIPANTES</b>	<b>HORARIO</b>	<b>LUGAR</b>	<b>FECHA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>		
Estándar Talento Humano	Jonathan Del Toro, Gerente General	8 am a 9 am	oficina de gerencia	15/09/2014			
Estándar De Infraestructura	Jonathan Del Toro, Gerente General	9 am a 12 am	Cuartos	15/09/2014			
Estándar De Dotación y Medicamentos	Jonathan Del Toro, Regente De Farmacia	2 am a 4	Farmacia	15/09/2014			
Estándar Medicamentos, dispositivos médicos y otros insumos	Jonathan Del Toro, Regente De Farmacia	4 pm a 6 pm	Farmacia	15/09/2014			
Estándar procesos Prioritarios	Jonathan Del Toro, Jefe de enfermería	8 pm a 11 pm	estación de enfermería	16/09/2014			
Estándar Historias Clínicas y Registros	Jonathan Del Toro, Jefe de enfermería	2 pm a 3pm	estación de enfermería	16/09/2014			
Interdependencia	Jonathan Del Toro, Jefe de enfermería	3 pm a 4pm	estación de enfermería	16/09/2014			
<b>OBSERVACIONES:</b>							
<b>APROBACION:</b>	<b>CARGO</b>	<b>FECHA</b>	<b>FIRMA ( Nombre )</b>				

	gerente general	15	9	14	
<b>AUDITOR:</b>	<b>CARGO</b>	<b>FECHA</b>			<b>FIRMA ( Nombre )</b>
	Jonathan del toro	15	9	14	

En el formato 23, se evidencia la participación del personal encargado que debe garantizar el cumplimiento de los requisitos.

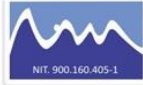
### Formato 23. Reunión De Apertura En El Servicio Internación Parcial En Hospitalización

	<b>REUNION DE APERTURA</b>			<b>Código:</b>	RACV - 031401
				<b>versión:</b>	1
				<b>página:</b>	1 de 1
<b>LUGAR:</b>	Oficina De Gerencia			<b>FECHA:</b>	
		15	9	14	
<b>ALCANCE:</b>	El Servicio De Internación Parcial En Hospitalización			<b>HORA:</b>	
		8 hr	15 min	am	
<b>PROCESO:</b>	Internación Parcial En Hospitalización				
<b>OBJETIVO:</b>	Dar Inicio Al Proceso De Auditoria Para Verificar Que Las Acciones Realizados Por Las Directivas De La Institución Dan Cumplimiento A Los Criterios Incumplidos En La Autoevaluación				
<b>PARTICIPANTES</b>					
<b>NOMBRE</b>		<b>CARGO</b>		<b>FIRMA</b>	
Jonathan Del Toro		Auditor Encargado (Practicante)			
Piedad Del Rocío Villanueva		Gerente General			
Ana Sánchez		Jefe De Enfermería			
Helda Suarez Ayala		Regente De Farmacia			
<b>GERENTE:</b>			<b>SUBGERENTE:</b>		
Sr. Piedad Del Rocío Villanueva			Dr. Adrián Villanueva		
<b>AUDITOR LIDER:</b>			<b>AUDITOR:</b>		
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)			Jonathan Del Toro		

Una vez terminado el proceso de auditoría, se registraron en el formato de reunión de cierre (ver formato 24) las no conformidades encontradas; al verificar el estándar de infraestructura, se halló que las puertas de los cuartos abren hacia

adentro y algunas de las puertas de los baños cuenta con seguros en el sistema de cierre calificándose esto como una no conformidad menor.

## Formato 24. Reunión De Cierre En El Servicio Internación Parcial En Hospitalización

 CLÍNICA Y UNIDAD DE SALUD MENTAL <b>VILLAMARIA</b> LTDA	<b>REUNION DE CIERRE</b>		<b>Código:</b>	RCCV - 031401		
			<b>versión:</b>	1		
			<b>página:</b>	1 de 1		
<b>LUGAR:</b>	Estación De Enfermería		<b>FECHA:</b>			
			16	9	14	
<b>ALCANCE:</b>	Aplica Para El Servicio De Internación Parcial En Hospitalización		<b>HORA:</b>			
			4 hr	15 min	pm	
<b>PROCESO:</b>	Internación Parcial En Hospitalización					
<b>OBJETIVO:</b>	Dar Cierre Al Proceso De Auditoria Por El Cual Se Verifico Que Las Acciones Realizados Por Las Directivas De La Institución Dan Cumplimiento A Los Criterios Incumplidos En La Autoevaluación					
<b>CONFORMIDADES:</b>						
Se Evidencian Conformidad En Los Siguietes Estándares: Talento Humano, Dotación, Medicamentos, Dispositivos Médicos E Insumos, Procesos Prioritarios, Historia Clínica Y Registros E Interdependencia						
<b>NO CONFORMIDADES MAYORES:</b>						
No Presenta No Conformidades Mayores						
<b>NO CONFORMIDADES MENORES:</b>						
Se Verifico Y Las Puertas De Los Cuartos Abren Hacia Adentro Y Algunas De Las Puertas De Los Baños Cuenta Con Seguros En El Sistema De Cierre						
<b>CONCLUSIONES:</b>						
En conclusión Se Evidencia Que La Clínica Cumple Con La Mayoría De Los Requisitos Exigidos En El Servicio De Internación Parcial En Hospitalización						
<b>OBSERVACIONES:</b>						
<b>PROGRAMACION DE REUNION DE CIERRE</b>						
Fecha límite para la presentación del plan de mejoramiento					<b>FECHA</b>	

	30	9	14
<b>GERENTE:</b>	<b>SUBGERENTE:</b>		
Sr. Piedad Del Roció Villanueva	Dr. Adrián Villanueva		
<b>AUDITOR LIDER:</b>	<b>RESPONDABLE DEL PROCESO:</b>		
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)	Jonathan Del Toro		

➤ **Auditoria Para El Servicio Farmacéutico Media Y Alta Complejidad.** El servicio farmacéutico de media y alta complejidad fue auditado entre las fecha 17 y 18 de sep. De 2014 como se ilustra en el plan de auditoria, (ver tabla19)

**Tabla 19. Plan De Auditoria Del Servicio Farmacéutico Mediana Y Alta Complejidad**

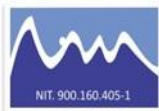

 CLINICA Y UNIDAD DE SALUD MENTAL <b>VILLAMARIA LTDA</b>	<b>PLAN DE AUDITORÍA</b>				<b>Código:</b>	PIACV - 031401
					<b>versión:</b>	1
					<b>página:</b>	1 de 1
<b>OBJETIVOS:</b>	dar seguimiento a las acciones realizadas por parte de las directivas de la institución				<b>AUDITOR LIDER</b>  ESTUDIANTE DE INGENIERIA INDUSTRIAL JONATHAN DEL TORO (UIS)	
<b>ALCANCE:</b>	la auditoria se realiza al servicio Farmacéutico Media Y Alta Complejidad					
<b>LUGAR:</b>	clínica y unidad de salud mental VILLAMARIA					
<b>SERVICIO:</b>	Servicio Farmacéutico Media Y Alta Complejidad					
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>PARTICIPANTES</b>	<b>HORARIO</b>	<b>LUGAR</b>	<b>FECHA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	
Estándar Talento Humano	Jonathan Del Toro, Gerente General	8 am a 9 am	oficina de gerencia	17/09/2014		
Estándar De Infraestructura	Jonathan Del Toro, Gerente General	9 am a 12 am	Farmacia	17/09/2014		
Estándar De Dotación y Medicamentos	Jonathan Del Toro, Regente De Farmacia	2 am a 4	Farmacia	17/09/2014		
Estándar Medicamentos, dispositivos médicos y otros insumos	Jonathan Del Toro, Regente De Farmacia	4 pm a 6 pm	Farmacia	17/09/2014		
Estándar procesos Prioritarios	Jonathan Del Toro. Químico farmacéutico	8 pm a 11 pm	Farmacia	18/09/2014		

Tabla 19. Continuación					
Estándar Historias Clínicas y Registros	Jonathan Del Toro. Químico farmacéutico	2 pm a 3pm	Farmacia	18/09/2014	
<b>OBSERVACIONES:</b>					
<b>APROBACION:</b>	<b>CARGO</b>	<b>FECHA</b>			<b>FIRMA ( Nombre )</b>
	gerente general	17	9	14	
<b>AUDITOR:</b>	<b>CARGO</b>	<b>FECHA</b>			<b>FIRMA ( Nombre )</b>
	Jonathan del toro	17	9	14	


Al inicio de la misma, se registraron los participantes del proceso en el formato reunión de apertura el cual se puede detallar en el (formato 25)

### Formato 25. Reunión De Apertura En El Servicio Farmacéutico Mediana Y Alta Complejidad

	<b>REUNION DE APERTURA</b>			<b>Código:</b>	RACV - 031401
				<b>versión:</b>	1
				<b>página:</b>	1 de 1
<b>LUGAR:</b>	oficina de gerencia	<b>FECHA:</b>			
		17	9	14	
<b>ALCANCE:</b>	el servicio Farmacéutico Media Y Alta Complejidad	<b>HORA:</b>			
		8 hr	0 min	am	
<b>PROCESO:</b>	Servicio Farmacéutico Media Y Alta Complejidad				
<b>OBJETIVO:</b>	dar inicio al proceso de auditoría para verificar que las acciones realizadas por las directivas de la institución dan cumplimiento a los criterios incumplidos en la autoevaluación				
<b>PARTICIPANTES</b>					
<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>			
Jonathan del toro	auditor encargado (practicante)				
Piedad Del Rocío Villanueva	gerente general				
José Jesús Mercado	químico farmacéutico				
helda Suarez Ayala	regente de farmacia				
<b>GERENTE:</b>			<b>SUBGERENTE:</b>		
Sr. Piedad Del Rocío Villanueva			Dr. Adrián Villanueva		
<b>AUDITOR LIDER:</b>			<b>AUDITOR:</b>		
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)			Jonathan Del Toro		

De igual manera, al final de la actividad se documentaron los hallazgos en el formato de cierre de reunión (ver formato 26) en cual se muestra que la clínica y unidad de salud mental cumple con todos los criterios evaluados presentando conformidad total del servicio.

### Formato 26. Reunión De Cierre En El Servicio Farmacéutico Mediana Y Alta Complejidad

		<b>REUNION DE CIERRE</b>		<b>Código:</b>	RCCV - 031401
				<b>versión:</b>	1
				<b>página:</b>	1 de 1
<b>LUGAR:</b>	farmacia			<b>FECHA:</b>	
		18	9	14	
<b>ALCANCE:</b>	aplica para el servicio de farmacéutico de media y alta complejidad			<b>HORA:</b>	
		2 hr	57 min	pm	
<b>PROCESO:</b>	servicio farmacéutico de media y alta complejidad				
<b>OBJETIVO:</b>	dar cierre al proceso de auditoria por el cual se verifico que las acciones realizados por las directivas de la institución dan cumplimiento a los criterios incumplidos en la autoevaluación				
<b>CONFORMIDADES:</b>					
se verificaron todos los estándares y se evidencia conformidad en todos los criterios					
<b>NO CONFORMIDADES MAYORES:</b>					
no presenta no conformidades mayores					
<b>NO CONFORMIDADES MENORES:</b>					
no presenta no conformidades menores					
<b>CONCLUSIONES:</b>					
en conclusión se evidencia que la clínica cumple con todos los requisitos exigidos en el servicio farmacéutico de media y alta complejidad, como también el alto compromiso por parte de la institución					
<b>OBSERVACIONES:</b> _____					

Formato 26. Continuación			
PROGRAMACION DE REUNION DE CIERRE			
Fecha límite para la presentación del plan de mejoramiento			FECHA
			30
GERENTE:		SUBGERENTE:	
Sr. Piedad Del Roció Villanueva		Dr. Adrián Villanueva	
AUDITOR LIDER:		RESPONDABLE DEL PROCESO:	
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)		Jonathan Del Toro	

- **Auditoria Para El Servicio Toma De Muestras De Laboratorio Clínico.** El servicio toma de muestras de laboratorio clínico fue el antepenúltimo servicio auditado, en la tabla 20 se muestran las fechas y las horas en las cuales se realizaron las verificaciones de cada estándar.

**Tabla 20. Plan De Auditoria Para Toma De Muestras De Laboratorio Clínico**

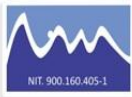
		PLAN DE AUDITORÍA				Código:	PIACV - 031401
						versión:	1
						página:	1 de 1
OBJETIVOS:	dar seguimiento a las acciones realizadas por parte de las directivas de la institución					AUDITOR LIDER	
ALCANCE:	la auditoria se realiza al servicio de Toma De Muestras De Laboratorio Clínico					ESTUDIANTE DE INGENIERIA INDUSTRIAL JONATHAN DEL TORO (UIS)	
LUGAR:	clínica y unidad de salud mental VILLAMARIA						
SERVICIO:	Toma De Muestras De Laboratorio Clínico						
ACTIVIDADES	PARTICIPANTES	HORARIO	LUGAR	FECHA	OBSERVACIONES		
Estándar Talento Humano	Jonathan Del Toro, Gerente General	4 pm a 5pm	oficina de gerencia	20/09/2014			
Estándar De Infraestructura	Jonathan Del Toro, Gerente General	5 pm a 6pm	Laboratorio	20/09/2014			
Estándar De Dotación y Medicamentos	Jonathan Del Toro, Regente De Farmacia	8 am a 10am	Farmacia	21/09/2014			
Estándar Medicamentos, dispositivos médicos y otros insumos	Jonathan Del Toro, Regente De Farmacia	10 am a 12 m	Farmacia	21/09/2014			

**Tabla 20. Continuación**

Estándar procesos Prioritarios	Jonathan Del Toro. Bacterióloga	2 pm a 4 pm	laboratorio	21/09/2014	
Estándar Historias Clínicas y Registros	Jonathan Del Toro. Bacterióloga	4 pm a 5pm	laboratorio	21/09/2014	
Interdependencia	Jonathan Del Toro. Bacterióloga	5 pm a 6 pm	laboratorio	21/09/2014	
<b>OBSERVACIONES:</b>					
<b>APROBACION:</b>	<b>CARGO</b>	<b>FECHA</b>			<b>FIRMA ( Nombre )</b>
	gerente general	20	9	14	
<b>AUDITOR:</b>	<b>CARGO</b>	<b>FECHA</b>			<b>FIRMA ( Nombre )</b>
	Jonathan del toro	20	9	14	

Al iniciar el proceso y para tener registro de los participantes de la misma se diligencio el formato reunión de apertura que se muestra en el formato 27.


**Formato 27. Reunión De Apertura Para Toma De Muestras De Laboratorio Clínico**

 <p>CLÍNICA Y UNIDAD DE SALUD MENTAL <b>VILLAMARIA LTDA</b> NIT. 900.160.405-1</p>	<b>REUNION DE APERTURA</b>			<b>Código:</b>	RACV - 031401
				<b>versión:</b>	1
				<b>página:</b>	1 de 1
<b>LUGAR:</b>	oficina de gerencia			<b>FECHA:</b>	
				19	9 14
<b>ALCANCE:</b>	el servicio Toma De Muestras De Laboratorio Clínico			<b>HORA:</b>	
				8 hr	12 min am
<b>PROCESO:</b>	Toma De Muestras De Laboratorio Clínico				
<b>OBJETIVO:</b>	dar inicio al proceso de auditoría para verificar que las acciones realizados por las directivas de la institución dan cumplimiento a los criterios incumplidos en la autoevaluación				
<b>PARTICIPANTES</b>					
<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>			<b>FIRMA</b>	
Jonathan del toro	auditor encargado (practicante)				
Piedad Del Rocío Villanueva	gerente general				

Formato 27. Continuación		
Lupe Villanueva Vera	bacterióloga	
helda Suarez Ayala	regente de farmacia	
<b>GERENTE:</b>		<b>SUBGERENTE:</b>
Sr. Piedad Del Roció Villanueva		Dr. Adrián Villanueva
<b>AUDITOR LIDER:</b>		<b>AUDITOR:</b>
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)		Jonathan Del Toro

Una vez terminada la auditoria, se documentaron los hallazgos en el formato reunión de cierre (ver formato 28); en dicho servicio se identificó que el personal encargado de la toma de muestras no cuenta con el certificado que demuestre que están capacitados para dicho fin, por ende la valoración dada es de no conformidad mayor.

### Formato 28. Reunión De Cierre Para Toma De Muestras De Laboratorio Clínico

 CLINICA Y UNIDAD DE SALUD MENTAL <b>VILLAMARIA</b> LTDA <small>NIT. 900.160.405-1</small>	<b>REUNION DE CIERRE</b>	<b>Código:</b>	RCCV - 031401		
		<b>versión:</b>	1		
		<b>página:</b>	1 de 1		
<b>LUGAR:</b>	laboratorio	<b>FECHA:</b>			
		21	9	14	
<b>ALCANCE:</b>	aplica para el servicio de Toma De Muestras De Laboratorio Clínico	<b>HORA:</b>			
		5 hr	40 min	pm	
<b>PROCESO:</b>	Toma De Muestras De Laboratorio Clínico				
<b>OBJETIVO:</b>	dar cierre al proceso de auditoria por el cual se verifico que las acciones realizados por las directivas de la institución dan cumplimiento a los criterios incumplidos en la autoevaluación				
<b>CONFORMIDADES:</b>					
se evidencian conformidad en los siguientes estándares: dotación, Medicamentos, infraestructura, Dispositivos Médicos e Insumos, Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros e Interdependencia					
<b>NO CONFORMIDADES MAYORES:</b>					
se verificaron las hojas de vida del personal y no cuentan con el certificado de toma de muestras no					

<b>Formato 28. Continuación</b>		
<b>NO CONFORMIDADES MENORES:</b>		
presenta no conformidades mayores		
<b>CONCLUSIONES:</b>		
en conclusión se evidencia que la clínica cumple con la mayoría de los requisitos exigidos en el servicio de Toma De Muestras De Laboratorio Clínico		
<b>OBSERVACIONES:</b>		
<b>PROGRAMACION DE REUNION DE CIERRE</b>		
Fecha límite para la presentación del plan de mejoramiento	<b>FECHA</b>	
	30	9 14
<b>GERENTE:</b>	<b>SUBGERENTE:</b>	
Sr. Piedad Del Roció Villanueva	Dr. Adrián Villanueva	
<b>AUDITOR LIDER:</b>	<b>RESPONDABLE DEL PROCESO:</b>	
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)	Jonathan Del Toro	

- **Auditoria Para El Servicio Urgencias Media Y Alta Complejidad.** El último servicio auditado fue toma de muestras de laboratorio clínico, el plan de auditoría que se diseñó para el orden del proceso es el que se ilustra en la tabla 21

**Tabla 21. Plan De Auditoria Para Urgencia De Media Y Alta Complejidad**

 CLÍNICA Y UNIDAD DE SALUD MENTAL <b>VILLAMARIA LTDA</b> <small>NIT. 900.160.405-1</small>	<b>PLAN DE AUDITORÍA</b>				<b>Código:</b>	PIACV - 031401
					<b>versión:</b>	1
					<b>página:</b>	1 de 1
<b>OBJETIVOS:</b>	dar seguimiento a las acciones realizadas por parte de las directivas de la institución				<b>AUDITOR LIDER</b>	
<b>ALCANCE:</b>	la auditoria se realiza al servicio de Urgencias Media Y Alta Complejidad				ESTUDIANTE DE INGENIERIA INDUSTRIAL JONATHAN DEL TORO (UIS)	
<b>LUGAR:</b>	clínica y unidad de salud mental VILLAMARIA					
<b>SERVICIO:</b>	Urgencias Media Y Alta Complejidad					
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>PARTICIPANTES</b>	<b>HORARIO</b>	<b>LUGAR</b>	<b>FECHA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	
Estándar Talento Humano	Jonathan Del Toro, Gerente General	8 am a 9 am	oficina de gerencia	19/09/2014		

Tabla 21. Continuación					
Estándar De Infraestructura	Jonathan Del Toro, Gerente General	9 am a 12 am	Urgencias	19/09/2014	
Estándar De Dotación y Medicamentos	Jonathan Del Toro, Regente De Farmacia	2 am a 4	Farmacia	19/09/2014	
Estándar Medicamentos, dispositivos médicos y otros insumos	Jonathan Del Toro, Regente De Farmacia	4 pm a 6 pm	Farmacia	20/09/2014	
Estándar procesos Prioritarios	Jonathan Del Toro, Jefe de enfermería	8 pm a 11 pm	estación de enfermería	20/09/2014	
Estándar Historias Clínicas y Registros	Jonathan Del Toro, Jefe de enfermería	2 pm a 3pm	estación de enfermería	20/09/2014	
Interdependencia	Jonathan Del Toro, Jefe de enfermería	3 pm a 4pm	estación de enfermería	20/09/2014	
<b>OBSERVACIONES:</b>					
<b>APROBACION:</b>	<b>CARGO</b>	<b>FECHA</b>			<b>FIRMA ( Nombre )</b>
	gerente general	19	9	14	
<b>AUDITOR:</b>	<b>CARGO</b>	<b>FECHA</b>			<b>FIRMA ( Nombre )</b>
	Jonathan del toro	19	9	14	


Al inicio de la auditoria, se realizó la reunión de apertura donde se registraron los integrantes que hicieron parte del proceso, en el formato 29 se muestra el nombre y el cargo de los mismos.

## Formato 29. Reunión De Apertura Para Urgencia De Media Y Alta Complejidad

	<b>REUNION DE APERTURA</b>		<b>Código:</b>	RACV - 031401
			<b>versión:</b>	1
			<b>página:</b>	1 de 1
<b>LUGAR:</b>	oficina de gerencia	<b>FECHA:</b>		
		21	9	14
<b>ALCANCE:</b>	el servicio de Urgencias Media Y Alta Complejidad	<b>HORA:</b>		
		8 hr	20 min	am
<b>PROCESO:</b>	Urgencias Media Y Alta Complejidad			
<b>OBJETIVO:</b>	dar inicio al proceso de auditoría para verificar que las acciones realizadas por las directivas de la institución dan cumplimiento a los criterios incumplidos en la autoevaluación			
<b>PARTICIPANTES</b>				
<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>		
Jonathan del toro	auditor encargado (practicante)			
Piedad Del Rocío Villanueva	gerente general			
Ana Sánchez	jefe de enfermería			
helda Suarez Ayala	regente de farmacia			
<b>GERENTE:</b>		<b>SUBGERENTE:</b>		
Sr. Piedad Del Rocío Villanueva		Dr. Adrián Villanueva		
<b>AUDITOR LIDER:</b>		<b>AUDITOR:</b>		
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)		Jonathan Del Toro		

De igual forma, al finalizar la jornada se realizó la reunión de cierre y se documentaron los hallazgos en el formato 30, dicho servicio presenta una no conformidad menor ya que el Médico General no cuenta con el certificado de soporte vital avanzado.

## Formato 30. Reunión De Cierre Para Urgencia De Media Y Alta Complejidad

 <b>VILLAMARIA</b> LTDA <small>CLÍNICA Y UNIDAD DE SALUD MENTAL</small> <small>NIT. 900.160.405-1</small>		<b>REUNION DE CIERRE</b>		<b>Código:</b>	RCCV - 031401	
				<b>versión:</b>	1	
				<b>página:</b>	1 de 1	
<b>LUGAR:</b>	estación de enfermería			<b>FECHA:</b>		
				20	9	14
<b>ALCANCE:</b>	aplica para el servicio de Urgencias Media Y Alta Complejidad			<b>HORA:</b>		
				4 hr	22 min	pm
<b>PROCESO:</b>	Urgencias Media Y Alta Complejidad					
<b>OBJETIVO:</b>	dar cierre al proceso de auditoria por el cual se verifico que las acciones realizados por las directivas de la institución dan cumplimiento a los criterios incumplidos en la autoevaluación					
<b>CONFORMIDADES:</b>						
se evidencian conformidad en los siguientes estándares: dotación, Medicamentos, infraestructura, Dispositivos Médicos e Insumos, Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros e Interdependencia						
<b>NO CONFORMIDADES MAYORES:</b>						
no presenta no conformidades mayores						
<b>NO CONFORMIDADES MENORES:</b>						
se verifico la hoja de vida del médico general y no cuenta con certificado en soporte vital avanzado						
<b>CONCLUSIONES:</b>						
en conclusión se evidencia que la clínica cumple con la mayoría de los requisitos exigidos en el servicio de Urgencias Media Y Alta Complejidad						
<b>OBSERVACIONES:</b>						
<b>PROGRAMACION DE REUNION DE CIERRE</b>						
Fecha límite para la presentación del plan de mejoramiento				<b>FECHA</b>		
				30	9	14
<b>GERENTE:</b>			<b>SUBGERENTE:</b>			
Sr. Piedad Del Roció Villanueva			Dr. Adrián Villanueva			
<b>AUDITOR LIDER:</b>			<b>RESPONDABLE DEL PROCESO:</b>			
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)			Jonathan Del Toro			


**7.2.5 Establecimiento de recomendaciones para el ajuste de las no conformidades evidenciadas en la auditoría interna.** En la auditoría realizada se encontraron 7 no conformidades en total, 5 de ellas son no conformidades menores y las 2 restantes son no conformidades mayores como se ilustra en la tabla 22

**Tabla 22. Relación De No Conformidades en la auditoría**


<b>RELACIÓN DE NO CONFORMIDADES</b>			
<b>Servicio</b>	<b>T. De No Conformidades Menores</b>	<b>T. De No Conformidades Mayores</b>	<b>Total De No Conformidades Por Servicio</b>
Todos Los Servicios	1	1	2
Consulta Externa General	0	0	0
Consulta Externa Terapia Ocupacional	0	0	0
Consulta Externa En Psicología	0	0	0
Consulta Externa En Especialidad Psiquiátrica	0	0	0
Consulta Externa En Especialidad Neurológica	0	0	0
Consulta Externa Odontológica	0	0	0
Hospitalización En Unidad Mental	0	1	1
Internación Parcial En Hospitalización	2	0	2
Servicio Farmacéutico	0	0	0
Toma De Muestras	1	0	1
Urgencias	1	0	1
<b>TOTAL DE NO CONFORMIDADES</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>7</b>

A continuación se muestran los formatos en los cuales se informa a la gerencia formalmente de las no conformidades encontradas junto con las acciones recomendadas a implementar.(ver formato 31, 32, 33, 34, 35)


## Formato 31. Informe De Gerencia Para El Ítem Todos Los Servicios

	<b>INFORME GERENCIAL</b>	<b>Código:</b>	IGCV - 031401		
		<b>versión:</b>	1		
		<b>página:</b>	1 de 1		
<b>LUGAR:</b>	estación de enfermería	<b>FECHA AUDITORIA:</b>			
		5	9	14	
<b>ALCANCE:</b>	todos los servicios en primera instancia	<b>FECHA INFORME:</b>			
		30	9	14	
<b>PROCESO:</b>	todos los servicios				
<b>OBJETIVO:</b>	informar a las directivas de la clínica sobre el proceso de auditoría en el cual se verifico que las acciones realizadas dan cumplimiento a los criterios incumplidos en la autoevaluación				
<b>PARTICIPANTES</b>					
<b>NOMBRE</b>			<b>CARGO</b>		
Jonathan del toro			auditor encargado (practicante)		
Piedad Del Rocío Villanueva			gerente general		
Ana mercedes Sánchez			jefe de enfermería		
Helda Suarez Ayala			regente de farmacia		
<b>CONFORMIDADES:</b>					
se evidencian conformidad en los siguientes estándares: talento humano, dotación, Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos e Historia Clínica y Registros					
<b>NO CONFORMIDADES MAYORES:</b>					
se encontró que la clínica no cuenta con el paquete de manejo de derrames					
<b>ACCIONES A IMPLEMENTAR</b>		<b>RESPONDABLE</b>	<b>FECHA</b>		
diseñar un paquete de manejo de derrame y establecer un lugar específico para el mismo		jefe de enfermería	5	10	14
<b>NO CONFORMIDADES MENORES:</b>					
en la auditoría realizada se encontró que algunos de los interruptores no cuentan con las cubiertas protectoras					
<b>ACCIONES A IMPLEMENTAR</b>		<b>RESPONDABLE</b>	<b>FECHA</b>		
cambiar los interruptores existentes por unos que no permita el retiro de la cubierta		gerente general	3	10	14
<b>AUDITOR LIDER:</b>			<b>AUDITOR :</b>		
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)			Jonathan Del Toro		


## Formato 32. Informe De Gerencia Para El Servicio Hospitalización En Unidad Mental

 <b>CLINICA Y UNIDAD DE SALUD MENTAL</b> <b>VILLAMARIA LTDA</b>	<b>INFORME GERENCIAL</b>		<b>Código:</b>	IGCV - 031401		
			<b>versión:</b>	1		
			<b>página:</b>	1 de 1		
<b>LUGAR:</b>	estación de enfermería		<b>FECHA AUDITORIA:</b>			
			13	9	14	
<b>ALCANCE:</b>	aplica para el servicio de hospitalización en unidad mental		<b>FECHA INFORME:</b>			
			30	9	14	
<b>PROCESO:</b>	hospitalización en unidad mental					
<b>OBJETIVO:</b>	informar a las directivas de la clínica sobre el proceso de auditoria en el cual se verifico que las acciones realizadas dan cumplimiento a los criterios incumplidos en la autoevaluación					
<b>PARTICIPANTES</b>						
<b>NOMBRE</b>			<b>CARGO</b>			
Jonathan del toro			auditor encargado (practicante)			
Piedad Del Rocío Villanueva			gerente general			
Ana mercedes Sánchez			jefe de enfermería			
helda Suarez Ayala			regente de farmacia			
<b>CONFORMIDADES:</b>						
se evidencian conformidad en los siguientes estándares: dotación, infraestructura, Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos, Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros e Interdependencia						
<b>NO CONFORMIDADES MAYORES:</b>						
en la auditoria se encontró que el personal no cuenta con el certificado de atención a pacientes de salud mental						
<b>ACCIONES A IMPLEMENTAR</b>			<b>RESPONDABLE</b>	<b>FECHA</b>		
gestionar la certificación del personal en atención a paciente de salud mental			gerente general	15	10	14
<b>NO CONFORMIDADES MENORES:</b>						
no presenta no conformidades menores						
<b>ACCIONES A IMPLEMENTAR</b>			<b>RESPONDABLE</b>	<b>FECHA</b>		
<b>AUDITOR LIDER:</b>			<b>AUDITOR :</b>			
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)			Jonathan Del Toro			


### Formato 33. Informe De Gerencia Para El Servicio Internación Parcial En Hospitalización

	<b>INFORME GERENCIAL</b>		<b>Código:</b>	IGCV - 031401		
			<b>versión:</b>	1		
			<b>página:</b>	1 de 1		
<b>LUGAR:</b>	estación de enfermería		<b>FECHA AUDITORIA:</b>			
			15	9	14	
<b>ALCANCE:</b>	aplica para el servicio de Internación Parcial En Hospitalización		<b>FECHA INFORME:</b>			
			30	9	14	
<b>PROCESO:</b>	Internación Parcial En Hospitalización					
<b>OBJETIVO:</b>	informar a las directivas de la clínica sobre el proceso de auditoria en el cual se verifico que las acciones realizadas dan cumplimiento a los criterios incumplidos en la autoevaluación					
<b>PARTICIPANTES</b>						
<b>NOMBRE</b>			<b>CARGO</b>			
Jonathan del toro			auditor encargado (practicante)			
Piedad Del Rocío Villanueva			gerente general			
Ana mercedes Sánchez			jefe de enfermería			
helda Suarez Ayala			regente de farmacia			
<b>CONFORMIDADES:</b>						
se evidencian conformidad en los siguientes estándares: talento humano, dotación, Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos, Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros e Interdependencia						
<b>NO CONFORMIDADES MAYORES:</b>						
no presenta no conformidades mayores						
<b>ACCIONES A IMPLEMENTAR</b>		<b>RESPONDABLE</b>		<b>FECHA</b>		
<b>NO CONFORMIDADES MENORES:</b>						
se verifico y las puertas de los cuartos abren hacia adentro y algunas de las puertas de los baños cuenta con seguros en el sistema de cierre						
<b>ACCIONES A IMPLEMENTAR</b>		<b>RESPONDABLE</b>		<b>FECHA</b>		
Girar las puertas para que abran hacia afuera y cambiar el sistema de cierre por uno que no cuente con seguro		gerente general		20	10	14
<b>AUDITOR LIDER:</b>			<b>AUDITOR :</b>			
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)			Jonathan Del Toro			

## Formato 34. Informe De Gerencia Para El Servicio Toma De Laboratorio Clínico


 <b>CLÍNICA Y UNIDAD DE SALUD MENTAL</b> <b>VILLAMARIA LTDA</b>	<b>INFORME GERENCIAL</b>	<b>Código:</b>	IGCV - 031401		
		<b>versión:</b>	1		
		<b>página:</b>	1 de 1		
<b>LUGAR:</b>	laboratorio	<b>FECHA AUDITORIA:</b>			
		19	9	14	
<b>ALCANCE:</b>	aplica para el servicio de Toma De Muestras De Laboratorio Clínico	<b>FECHA INFORME:</b>			
		30	9	14	
<b>PROCESO:</b>	Toma De Muestras De Laboratorio Clínico				
<b>OBJETIVO:</b>	informar a las directivas de la clínica sobre el proceso de auditoria en el cual se verifico que las acciones realizadas dan cumplimiento a los criterios incumplidos en la autoevaluación				
<b>PARTICIPANTES</b>					
<b>NOMBRE</b>			<b>CARGO</b>		
Jonathan del toro			auditor encargado (practicante)		
Piedad Del Rocío Villanueva			gerente general		
Lupe Villanueva Vera			bacterióloga		
helda Suarez Ayala			regente de farmacia		
<b>CONFORMIDADES:</b>					
se evidencian conformidad en los siguientes estándares: dotación, Medicamentos, infraestructura, Dispositivos Médicos e Insumos, Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros e Interdependencia					
<b>NO CONFORMIDADES MAYORES:</b>					
no presenta no conformidades mayores					
<b>ACCIONES A IMPLEMENTAR</b>		<b>RESPONDABLE</b>		<b>FECHA</b>	
<b>NO CONFORMIDADES MENORES:</b>					
se verificaron las hojas de vida del personal y no cuentan con el certificado de toma de muestras					
<b>ACCIONES A IMPLEMENTAR</b>		<b>RESPONDABLE</b>		<b>FECHA</b>	
gestionar la certificación del personal en lo referente a toma de muestras		bacterióloga		15	10 14
<b>AUDITOR LIDER:</b>			<b>AUDITOR :</b>		
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)			Jonathan Del Toro		

## Formato 35. Informe De Gerencia Para El Servicio Urgencias Media Y Alta Complejidad

		<b>INFORME GERENCIAL</b>		<b>Código:</b>	IGCV - 031401			
				<b>versión:</b>	1			
				<b>página:</b>	1 de 1			
<b>LUGAR:</b>	estación de enfermería			<b>FECHA AUDITORIA:</b>				
				21	9	14		
<b>ALCANCE:</b>	aplica para el servicio de Urgencias Media Y Alta Complejidad			<b>FECHA INFORME:</b>				
				30	9	14		
<b>PROCESO:</b>	Urgencias Media Y Alta Complejidad							
<b>OBJETIVO:</b>	informar a las directivas de la clínica sobre el proceso de auditoria en el cual se verifico que las acciones realizadas dan cumplimiento a los criterios incumplidos en la autoevaluación							
<b>PARTICIPANTES</b>								
<b>NOMBRE</b>				<b>CARGO</b>				
Jonathan del toro				auditor encargado (practicante)				
Piedad Del Rocío Villanueva				gerente general				
Ana mercedes Sánchez				jefe de enfermería				
helda Suarez Ayala				regente de farmacia				
<b>CONFORMIDADES:</b>								
se evidencian conformidad en los siguientes estándares: dotación, Medicamentos, infraestructura, Dispositivos Médicos e Insumos, Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros e Interdependencia								
<b>NO CONFORMIDADES MAYORES:</b>								
no presenta no conformidades mayores								
<b>ACCIONES A IMPLEMENTAR</b>				<b>RESPONDABLE</b>		<b>FECHA</b>		
<b>NO CONFORMIDADES MENORES:</b>								
se verifico la hoja de vida del médico general y no cuenta con certificado en soporte vital avanzado								
<b>ACCIONES A IMPLEMENTAR</b>				<b>RESPONDABLE</b>		<b>FECHA</b>		
gestionar la certificación del médico general en soporte vital avanzado				gerente general		15	10	14
<b>AUDITOR LIDER:</b>				<b>AUDITOR :</b>				
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)				Jonathan Del Toro				

Finalmente y después de haber transcurrido los tiempos estipulados, se realizó una segunda auditoria y se encontró que la mayoría de las acciones recomendadas fueran realizadas satisfactoriamente, se gestionaron las certificaciones faltantes en el personal y se diseñó y creo el paquete de manejo de derrames, sin embargo, no se modificaron las puertas para que abran hacia afuera, por ende se registraron los hallazgos y se dio seguimiento a la no conformidad presentada. (Ver formato 36).

### Formato 36. Informe De Seguimiento Del Servicio Internación Parcial En Hospitalización

		<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>				<b>Código:</b>	ISCV - 031401		
						<b>versión:</b>	1		
						<b>página:</b>	1 de 1		
<b>LUGAR:</b>	habitaciones	<b>AUDITORIA No</b>	<b>FECHA DE AUDITORIA</b>			<b>FECHA DE VERIFICACION</b>			
<b>AUDITOR:</b>	Jonathan del toro	2	15	9	14	20	10	14	
<b>PROCESO:</b>	Internación Parcial En Hospitalización								
<b>ALCANCE:</b>	aplica para el servicio de Internación Parcial En Hospitalización								
<b>OBJETIVO:</b>	realizar seguimiento a las acciones no implantadas que impiden la conformidad total del servicio								
<b>NO CONFORMIDADES MAYORES:</b>									
<b>ACCION IMPLEMENTADA</b>			<b>RESPONDABLE</b>			<b>SEGUIMIENTO A LA EFICIENCIA</b>			
<b>NO CONFORMIDADES MENORES:</b>									
<b>ACCION IMPLEMENTADA</b>			<b>RESPONDABLE</b>			<b>SEGUIMIENTO A LA EFICIENCIA</b>			
Girar las puertas para que abran hacia afuera y cambiar el sistema de cierre por uno que no cuente con seguro			gerente general			no se realiza el giro de las puertas y se cambian algunos sistemas de cierre			
<b>¿SE CIERRA CICLO DE AUDITORIA?</b>			<b>SI</b>			<b>NO</b>			
						x			
<b>CONCLUSIONES Y/O OBSERVACIONES</b>									
se observa que la acción implementada se torna compleja debido a la gran inversión que se debe realizar pues existente gran cantidad de puertas que abren hacia adentro									
<b>GERENTE:</b>				<b>SUBGERENTE:</b>					
Sr. Piedad Del Roció Villanueva				Dr. Adrián Villanueva					
<b>AUDITOR LIDER:</b>				<b>RESPONDABLE DEL PROCESO:</b>					
Estudiante de Ingeniería Industrial (UIS)				Jonathan Del Toro Jonathan del toro					

A continuación se muestra el registro fotográfico de algunas de las acciones implementadas por parte de las directivas de la institución evidenciando el antes y el después de cada mejora realizada.( ver fotografías 1, 2, 3, 4, 5, 6)

**Fotografía 1. Institución Pintada**



**Antes**

**Después**

**Fotografía 2. Antideslizante En Rampa**



**Antes**

**Después**

**Fotografía 3. Barandas**



**Ante**

**Después**

**Fotografía 4. Señalización De farmacia 1**



**Ante**

**Después**

**Fotografía 5. Señalización de farmacia 2**



**Antes**

**Después**

## Fotografía 6. Deposito final de basuras



Antes

Después

**7.2.6 Capacitación del personal en lo referente al Sistema Único De Habilitación.** Para dar cumplimiento al sexto objetivo, el cual establece la capacitación del personal de la Clínica Y Unidad De Salud Mental VILLAMARIA en lo referente al Sistema Único De Habilitación; se diseñó y desarrolló una jornada de formación en esa área temática.

El objetivo principal de la capacitación fue dar a conocer el sistema único de habilitación y para qué sirve. Los temas abordados fueron los siguientes:

- ✓ Historia
- ✓ ¿Qué es la calidad en salud?
- ✓ ¿Qué es la habilitación?
- ✓ La auditoría para el mejoramiento de la calidad
- ✓ ¿Qué es el sistema único de habilitación SUH?
- ✓ ¿Quién se habilita?
- ✓ ¿Cuál es la estructura de la habilitación?

- ✓ ¿Cuáles son los estándares?
- ✓ Servicios a habilitar
- ✓ Qué es un plan de acción
- ✓ Planes de acción desarrollados

Las siguientes son las fases de la metodología implementada.

**7.2.6.1 Registro de participación en la capacitación.** Para realizar el registro de asistencia de la capacitación, se diseñó un formato (ver anexo 6) en cual contiene el nombre del expositor, hora, fecha, temas tratados, el objetivo, nombre, cargo y firma de los participantes.

El 98 % del personal asistió a la capacitación propuesta, siendo esto una muestra del compromiso por parte de las directivas de la institución.

**7.2.6.2 Desarrollo de la capacitación.** La jornada se llevó a cabo en las instalaciones de la institución el día 05/09/2014 de 2 pm a 6 pm, las directivas de la clínica aportaron los recursos requeridos para el éxito de la capacitación, el videobeam, el tablero y las copias requeridas.

Por medio de la cartelera informativa de la clínica se notificó al personal el lugar, la fecha y la hora de la capacitación, una vez iniciada la jornada se procedió a diligenciar el formato de asistencia, seguidamente se realizó la conferencia por parte del practicante quien al final de la misma aclaró todos y cada uno de los interrogantes de los participantes.

**7.2.6.3 Una vez culminado el tiempo de aclaración de dudas se dio inicio a la evaluación de los temas tratados. Evaluación de la capacitación.**

Para la evaluación de los temas abordados en la capacitación, se diseñó un formato (ver anexo 7) en el cual se plantean diferentes interrogantes que permitieron evidenciar si el personal comprendió los temas explicados.

En la tabla 23 se muestra el promedio de aciertos que obtuvo el personal por tema evaluado.

**Tabla 23. Relación De Temas Acertados**

<b>Temas A Evaluar</b>	<b>% De Aciertos Por Tema</b>
Historia	95%
¿Qué es la calidad en salud?	98%
¿Qué es la habilitación?	97%
¿La auditoría para el mejoramiento de la calidad es?	96%
¿Qué es el sistema único de habilitación SUH?	100%
¿Quién se habilita?	98%
¿Cuál es la estructura de la habilitación?	97%
¿Cuáles son los estándares?	98%
¿Qué es un plan de acción?	100%
¿De qué forma su trabajo aporta al desarrollo de los planes de acción diseñados?	100%

## 8. CONCLUSIONES

- ✓ Se concluye que el proceso de habilitación generó un gran impacto en la institución, aunque el alcance del presente proyecto no contemplaba los certificados de portafolio y autoevaluación emitidos por el ministerio de salud y protección social, se logró que la compañía alcanzara estos documentos obteniendo el aval para que la misma siga prestando los servicios. (Ver Anexos 8 y 9)
- ✓ Una vez verificados los estándares emitidos por el Ministerio De Salud Y Protección Social, se concluyó que la Clínica Y Unidad De Salud Mental VILLAMARIA debía ajustar todos y cada uno de los servicios ofertados para dar cumplimiento a lo exigido en la resolución 2003. En este proceso Es indispensable el compromiso por parte de las directivas de la institución para lograr el éxito del sistema de único de habilitación; como se evidencia en este trabajo el aporte de información, recursos y espacios fueron de gran ayuda para cumplir los objetivos propuestos.
- ✓ La institución debe enfoca sus esfuerzos en el estándar de procesos prioritarios, ya que este, es el que mayor falencia presentó aumentando con ello el riesgo de los pacientes, el cumplimiento de protocolos se debe afianzar para lograr disminuir la probabilidad de un evento negativo.
- ✓ Se concluye, que la Clínica Y Unidad De Salud Mental VILLAMARIA cuenta con el personal necesario e idóneo para cada uno de los servicios ofertados. La capacitación del personal en lo referente al SUH es indispensable para que la Clínica Y Unidad De Salud Mental VILLAMARIA cumpla a cabalidad con los criterios requeridos por cada uno de los estándares, ya que esta, busca sensibilizar a los colaboradores para que

tomen conciencia de las condiciones mínimas de seguridad y de manejo del riesgo en los pacientes.

- ✓ La infraestructura es un aspecto importante en una empresa prestadora de salud, la Clínica y unida de salud mental VILLAMARIA, cuenta con las áreas y ambientes idóneos para prestar los servicios cómodamente a sus usuarios. Las directivas de la institución con el ánimo de prestar sus servicios con calidad y eficacia, dota cada uno de sus servicios con los elementos pertinentes y necesarios que estos requieren. No obstante, el estándar de procesos prioritarios, es el que mayor falencia presentó aumentando con ello el riesgo de los pacientes, por lo cual se requieren protocolos adecuados para lograr disminuir la probabilidad de un evento negativo.
  
- ✓ El Ministerio De Salud Y Protección Social, ha establecido como obligatorio el proceso de autoevaluación dentro del componente de habilitación de las instituciones de salud, con el cual establece condiciones o estándares mínimos que fomenten la seguridad a los pacientes frente a los riesgos potenciales asociados a la atención en salud. Así, el Ministerio De Salud Y Protección Social Por Medio de la habilitación procura garantizar la estandarización de los servicios en el país. Se llega a la conclusión que las instituciones de salud pueden hacer uso del ciclo P.H.V.A para desarrollar procesos que permitan prestar servicios de calidad con eficacia, eficiencia y efectividad. Un punto de partida en este proceso es la autoevaluación que permite verificar un conjunto de requisitos indispensable para que las instituciones prestadoras de salud puedan ser habilitadas para ofertar y prestar sus servicios.

## 9. RECOMENDACIONES

Las directivas de la clínica debe gestionar y garantizar el cumplimiento del ciclo P.H.V.A existente en el PAMEC institucional para que la misma siga en el proceso de mejora continua y así aumentar la calidad y las expectativas de los clientes. En este proceso el presente trabajo aporta con la identificación de áreas de mejoramiento que se pueden resumir en las siguientes recomendaciones:

- ✓ Ejecutar rigurosamente el cronograma de capacitaciones de los protocolos desarrollados y generar más temas y actividades que contribuyan al mejoramiento continuo.
- ✓ Se recomienda mejorar el sistema de vigilancia y seguridad de la institución instalando un circuito cerrado de televisión que permita el monitoreo constante de las instalaciones y de los pacientes con intento de fuga.
- ✓ La recolección de los diferentes residuos es un proceso diario que aporta a la higiene de la institución, este debe tener un control de peso el cual se registrará oportunamente para permitir el monitoreo de los desechos emitidos.
- ✓ La comunicación, el acceso inmediato a la documentación y el registro de las historias clínicas es un aspecto importante en organización, se recomienda que el software clínico sea actualizado y modificado para que permita que las solicitudes emitidas para el reabastecimiento del carro de paro sea de forma más eficiente y eficaz.

- ✓ Toda IPS que ofrezcan el servicio de urgencias y hospitalización entre otros, deben garantizar el suministro de agua y energía eléctrica en todo momento, aunque la clínica cuenta con planta eléctrica para emergencias esta no se encuentra en lugar definido, se recomienda destinar un área segura y exclusiva para la instalación de la misma.
  
- ✓ Con el fin de evacuar las instalaciones con rapidez en momentos de emergencias, y para la fácil maniobra de los pacientes, camillas y cillas de ruedas, se recomienda que las puertas de los cuartos abran hacia afuera, para ello, las directivas de la institución deben gestionar y destinar un presupuesto para la remoción y reinstalación de las mismas con apertura en sentido opuesto.

## BIBLIOGRAFÍA

BERNAL, Jorge Jimeno. Ciclo PDCA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar): El círculo de Deming de mejora continua [online], ago. 23 de 2013 [citado 17 de julio de 2014], < <http://www.pdcahome.com/5202/ciclo-pdca-planificar-hacer-controlar-y-actuar-el-circulo-de-demming-de-mejora-continua/>>

BOHORQUEZ, Bibiana Y JIMENES Carolina. Verificación De Estándares De Habilitación En Una IPS Clínica Pediátrica De Segundo Nivel De Complejidad Ubicada En La Ciudad De Bogotá D.C... Bogotá D.C. Universidad EAN, Facultad De Posgrado, Auditoria Y Garantías De Calidad En Salud. 2012. 147 p.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 (3 de mayo de 2006) por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial. Bogotá D, C., no. 46.230. p. 1-19

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Herramientas metodológicas (2006) por la coordinación operativa de la red argentina de municipios y comunidades saludables. No. C1073ABA. p. 1-21

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 2003 (28 de mayo de 2014) Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá D, C., no. 48787. p. 1-207

HABILITACIÓN ACTIVA S.A.S. ¿Qué es el PAMEC? [online], Habilitación Activa. [Bogotá: Colombia] Habilitación Activa, Abril 5 de 2013 [citado 17 de julio de

2014], Disponible en Internet: <http://habilitacionactiva.com/index.php/auditoria-pamec/que-es-el-pamec>

HERNANDEZ, R; FERNADEZ, C. y BAPTISTA, M. Metodología de la investigación 5ta edi. México D.F, McGraw Hill 2012 págs., 4-7-119

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN. Directrices para la auditoria de sistemas de gestión ISO 19011 2ed. Suiza 2011. 59 p.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN. Documentación, presentación de tesis, trabajo de grado y otros trabajos de investigación NTC1486 6ed. Bogotá: Icontec 2008. 42 p.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN. Referencias documentación para fuetes de información electrónica NTC 4490. 1ed Bogotá: Icontec 1998. 27 p.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN. Referencias bibliográficas. Contenido, forma y estructura NTC 5613 2ed. Bogotá: Icontec 2008. 38 p.

INSTITUTO INTERNACIONAL DE INTEGRACIÓN, el muestreo [pdf], [citado 17 de julio de 2014], [http:// www.estadistica.mat.uson.mx/Material/elmuestreo.pdf](http://www.estadistica.mat.uson.mx/Material/elmuestreo.pdf)

INSTITUTO INTERNACIONAL DE INTEGRACIÓN, investigación cualitativa [pdf], 16 de Agosto del 2012, [citado 17 de julio de 2014], [http:// www.iiicab.org.bo/Docs/doctorado/.../M2.../investigacion-cualitativa.pdf](http://www.iiicab.org.bo/Docs/doctorado/.../M2.../investigacion-cualitativa.pdf)

MEZO JOSU, estadística, [pdf], 29 de noviembre de 2010, [citado 17 de julio de 2014], <http://www.uclm.es/profesorado/jmezo/estadistica/t2.pdf>

MORENO, Erika Yolima. Diseño, Documentación, Implementación Y Evaluación Del Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad De La Atención De Salud Para La Habilitación Del Hospital San José Basado En El Decreto 1011 De 2006. Trabajo De Grado De Ingeniería Industrial. Bucaramanga, Universidad Industrial De Santander. Facultad De Ciencias Fisicomecanicas, Escuela De Estudios Industriales Y Empresariales, 2007. 205 p.

ZAMBRANO, Diana Marcela. Implementación del sistema único de habilitación en UNIVER ópticas. Trabajo De Grado De Ingeniería Industrial. Bucaramanga, Universidad Industrial De Santander. Facultad De Ciencias Fisicomecanicas, Escuela De Estudios Industriales Y Empresariales, 2007. 144 p.