

**ANÁLISIS, DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA NTC ISO
9001:2000 EN EL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA**

**RAUL ALEXANDER BAUTISTA ROJAS
CARLOS ARIEL MENDOZA CELY**



**ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO-MECÁNICAS
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
BUCARAMANGA
2009**

**ANÁLISIS, DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA NTC ISO
9001:2000 EN EL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA**

**RAUL ALEXANDER BAUTISTA ROJAS
CARLOS ARIEL MENDOZA CELY**

**Trabajo de grado para optar al título de
INGENIERO INDUSTRIAL**

**DIRECTOR
ING. WILLIAM HOYOS TORRES**

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

2009

DEDICATORIAS

A Dios por ser la guía que nunca me falla.

A mi madre por todo su amor hacia mí que me animó en los momentos más difíciles de mi carrera.

A mi padre por su apoyo incondicional y constante.

A mis hermanos por su valiosa compañía

A todos aquellos que creyeron en mí, amigos y demás familiares

CARLOS ARIEL MENDOZA CELY

A Dios por iluminar mi camino.

A mi madre por brindarme todo su apoyo y amor incondicional.

A mi hermano por ser una gran compañía en mi vida.

Y a todos aquellos que creyeron en mis capacidades, mis amigos y demás familiares.

RAUL ALEXANDER BAUTISTA ROJAS

AGRADECIMIENTOS

Los autores del presente trabajo de grado ofrecen sus agradecimientos a:

A la Universidad Industrial de Santander por habernos brindado la posibilidad de formarnos como Ingenieros Industriales.

A todo el personal del Centro Oncológico Ltda., que nos acogieron como unos miembros más de su familia y nos ofrecieron toda la confianza y apoyo para el desarrollo del presente trabajo de grado.

A la ingeniera María Cecilia Méndez, Directora de Calidad y Control Interno del Centro Oncológico Ltda., por brindarnos todos sus conocimientos y experiencias que fueron de gran ayuda en el desarrollo del trabajo.

Al profesor e ingeniero William Hoyos Torres que como director de proyecto, nos brindó todo su apoyo, orientación y comprensión para la realización del proyecto.

A Gloria Amparo Pino Díaz por su amistad incondicional y animo constante.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	19
1. GENERALIDADES DEL PROYECTO	20
1.1. ALCANCE.....	20
1.2. OBJETIVO GENERAL.....	20
1.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
2. MARCO TEÓRICO	22
2.1. GENERALIDADES DE ONCOLOGÍA.....	22
2.1.1. TUMORES BENIGNOS	22
2.1.2. TUMORES MALIGNOS	23
2.1.3. ALGUNAS CAUSAS DE CÁNCER.....	24
2.1.4. CÓMO SE PRESENTA EL CÁNCER	26
2.1.5. SÍNTOMAS DE CÁNCER.....	26
2.1.6. DETECCIÓN DE CÁNCER.....	27
2.2. GENERALIDADES DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.	28
2.2.1. Principios de gestión de la calidad.....	28
2.2.2. ENFOQUE BASADO EN PROCESOS.....	29
2.3. GENERALIDADES DE NORMALIZACIÓN E ISO	32
2.4. ANTECEDENTES DE LAS NORMAS ISO 9000	33
2.4.1. NORMAS ISO 9000 VERSIÓN 2000	34
3. GENERALIDADES DE LA EMPRESA	36
3.1. UBICACIÓN.....	36
3.2. MISIÓN	36
3.3. VISIÓN.....	37
3.4. SERVICIOS Y PROGRAMAS.....	37
3.5. PRINCIPIOS CORPORATIVOS	37
3.6. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	38
4. RECONOCIMIENTO SITUACIONAL DE LA EMPRESA.....	40
4.1. CONOCIMIENTO DE LA EMPRESA.....	40

4.2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA. RESPECTO A LOS REQUISITOS ISO 9001 VERSIÓN 2000	40
4.3. Análisis del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad según la norma NTC ISO 9001:2000	54
5. PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA	57
5.1. REPRESENTANTE DE CALIDAD ANTE LA DIRECCIÓN	57
5.2. COMITÉ DE CALIDAD	57
5.3. CÍRCULOS DE CALIDAD	58
5.4. ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	59
5.5. IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	59
5.6. DIAGNÓSTICO DE LOS PROCESOS	61
5.7. CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS – PLANIFICACIÓN DE LOS PROCESOS	63
5.7.1. Identificación de Clientes y Partes Interesadas.	65
5.7.2. Definición de los Requisitos de los Clientes y Partes Interesadas.....	66
5.7.3. Indicadores de Calidad.	70
5.8. FILOSOFÍA DE LA CALIDAD	70
5.8.1. Política de Calidad.	72
5.8.2. Objetivos de Calidad	73
6. DESARROLLO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	75
6.1. DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	75
6.1.1. Estructura de la documentación	75
6.1.2. Formatos de Registros.....	77
6.2. CONTROL DE DOCUMENTOS	79
6.3. DOCUMENTACIÓN DE LA NORMA	81
6.4. MANUAL DE FUNCIONES Y DICCIONARIO DE COMPETENCIAS	81
6.5. MANUAL DE CALIDAD	89
7. IMPLEMENTACIÓN	91

7.1. APLICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS	91
7.2. SOCIALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN	92
7.3. SERVICIO NO CONFORME, ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS 93	
7.4. MEDICIÓN DE PROCESOS.....	100
8. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	105
8.1. AUDITORÍAS INTERNAS.....	105
8.1.1. Planificación de la Auditoría.....	105
8.1.2. Ejecución de las auditorías.....	107
8.1.3. Hallazgos de la auditoría.....	108
8.2. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	108
8.3. IMPACTO DE LAS AUDITORÍAS Y LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	109
8.4. RESULTADO DE AUDITORÍAS	110
8.5. MEJORA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	114
8.6. PLAN DE ACCIONES POSTERIOR A LAS AUDITORÍAS INTERNAS...	114
9. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN FINAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN EL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA A PARTIR DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000.....	116
9.1.1. Análisis del diagnóstico final del Sistema de Gestión de Calidad según la norma NTC ISO 9001:2000	135
CONCLUSIONES	138
RECOMENDACIONES	140
BIBLIOGRAFÍA.....	141
ANEXOS	142

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. CARACTERÍSTICAS DE TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS	24
Tabla 2. ALGUNAS CAUSAS DEL CÁNCER	25
Tabla 3. Diagnóstico del Sistema de Gestión de Calidad Basado en la Norma NTC ISO 9001:2000	41
Tabla 4. Aspectos Relevantes de la Misión y la Norma NTC ISO 9001:2000 para la definición de la Política de Calidad del Centro Oncológico Ltda.	73
Tabla 5. Despliegue de la Política de Calidad en Objetivos de Calidad y en Indicadores de Calidad	74
Tabla 6. Indicador Pedidos Incompletos	101
Tabla 7. Indicador Porcentaje tiempo de entrega de medicamentos	102
Tabla 8. Indicador Porcentaje de Satisfacción del Usuario	103
Tabla 9. Resultado de la Primera Auditoría Interna de Calidad	110
Tabla 10. Resultado de la Segunda Auditoría Interna de Calidad.	112
Tabla 11. Diagnóstico Final del Sistema de Gestión de Calidad Basado en la Norma NTC ISO 9001:2000	116

LISTA DE ILUSTRACIONES

	Pág.
Ilustración 1: Modelo de un sistema de Gestión de la Calidad basado en procesos	31
Ilustración 2: Ciclo PHVA o Ciclo Deming.....	32
Ilustración 3: Estructura interna del Centro Oncológico Ltda.	39
Ilustración 4: Porcentaje de cumplimiento del Centro Oncológico respecto a los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000	54
Ilustración 5: Mapa de Procesos del Centro Oncológico Ltda.	61
Ilustración 6: Formato de Caracterización de Procesos.....	63
Ilustración 7: Estructura documental del Sistema de la Calidad.	77
Ilustración 8: Formato para el análisis de cargos.....	83
Ilustración 9: Producto o servicio no conforme	94
Ilustración 10: Encuesta de satisfacción al usuario.....	95
Ilustración 11: Recepción de Peticiones, Quejas, Reclamos y/o Sugerencias.	96
Ilustración 12: Reporte de sospecha de reacciones adversas a medicamentos....	97
Ilustración 13: Acciones Correctivas/Preventivas.	99
Ilustración 14: Tendencia del Indicador Pedidos Incompletos	102
Ilustración 15: Gráfica de Tendencia Indicador Tiempo de Entrega de Medicamentos.....	103
Ilustración 16: Gráfica de Tendencia Indicador Satisfacción del Usuario	104
Ilustración 17: Porcentaje de cumplimiento del Centro Oncológico respecto a los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000	136

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A: MANUAL DE CALIDAD.....	143
ANEXO B: CARACTERIZACIONES DE PROCESOS.....	159
ANEXO C: LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS	181
ANEXO D: HOJA DE VIDA INDICADORES	212
ANEXO E: DOCUMENTOS OBLIGATORIOS DE LA NORMA.....	218
ANEXO F: MANUAL DE FUNCIONES	274
ANEXO G: PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA.....	351
ANEXO H: PLAN DE AUDITORÍA INTERNA	358
ANEXO I: EJEMPLO LISTAS DE VERIFICACIÓN PARA LA AUDITORÍA INTERNA.....	367
ANEXO J: AUDITORÍA INTERNA	373
ANEXO K: MEDICIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD.....	388
ANEXO L: FORMULARIO DE SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN.....	397
ANEXO M: ACCIONES DE MEJORA.....	399

GLOSARIO

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

Acción Preventiva: Una acción emprendida para eliminar las causas de una no conformidad, de un defecto u otra situación no deseable potencial, para evitar que ocurra.

Atención de Salud: Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Auditoría: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar hasta qué punto cumple las políticas, procedimientos o requisitos de referencia.

Calidad: Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

Cliente: Organización o persona que recibe un producto (Consumidor, usuario final, minorista, beneficiado y comprador).

Conformidad: Cumplimiento de un requisito.

Documento: Información y su medio de soporte (Registro, especificación, procedimiento, documentado, dibujo, informe, norma).

Entidades Promotoras de Salud (EPS): Es una aseguradora. Se constituye como el módulo administrativo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Su función es la de administrar los servicios de salud y los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, delegados por el FOSYGA. Se encarga de inscribir, afiliar y carnetizar a la población beneficiaria, ya sea del régimen

contributivo o del régimen subsidiado (Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado EPSS), para garantizar en su favor los servicios contemplados por los diferentes planes obligatorios de salud con cargo al aseguramiento de la población beneficiaria y la prestación de servicios a través de la red de IPS en forma directa e indirecta.

Gestión de la calidad: Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad.

Glosa: Son las observaciones de tipo administrativo y técnico, realizadas a las cuentas de salud, mediante las cuales se objetan determinados valores cobrados.

Instituciones Prestadoras de Salud (IPS): Institución creada para prestar los servicios de salud a los afiliados y beneficiarios en el nivel de atención correspondiente. Debe tener como principios básicos la calidad y la eficiencia. Tiene autonomía administrativa, técnica y financiera.

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

Organización: Conjunto de personas e instalaciones con una disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones.

Prestadores de servicios de salud: Se considera como tales, las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especiales de pacientes.

POS (Plan Obligatorio de Salud): Es el conjunto de servicios de salud que todas las entidades promotoras de salud, EPS y EPSS deben prestarle a sus afiliados. Algunos de estos servicios son:

- Atención de urgencias de cualquier orden en todo el país.
- Consulta médica general y especializada.
- Hospitalización y cirugía en todos los casos que se requieran, por ejemplo:

- Consulta médica en psicología, optometrías y terapias
- Tratamiento de enfermedades como Cáncer y SIDA sin importar que las haya tenido antes de su afiliación.
- Consulta y tratamientos odontológicos, excluyendo ortodoncia, periodoncia y prótesis.
- Atención integral durante la maternidad, el parto y al recién nacido.
- Exámenes de laboratorio y rayos X.

Estos y otros servicios, así como los medicamentos esenciales, formulados con presentación genérica y no comercial, deben ser suministrados a los afiliados y sus beneficiarios sin costos adicionales.

Procedimiento: Forma específica para llevar a cabo una actividad o un proceso. Pueden estar documentados o no.

Quimioterapia: Consiste en usar agentes químicos (medicamentos) para el tratamiento de enfermedades neoplásicas malignas.

Registro: Documento que suministra evidencia objetiva de las actividades efectuadas o de los resultados alcanzados.

RIPS (Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS): Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicios, cuya denominación, estructura y características se han unificado y estandarizado para todas las entidades.

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

Verificación: Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.

RESUMEN

TÍTULO: ANÁLISIS, DISEÑO, DOCUMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA NTC ISO 9001:2000 EN EL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA*

AUTORES: BAUTISTA ROJAS, RAUL ALEXANDER**
MENDOZA CELY, CARLOS ARIEL**

PALABRAS CLAVES: Organización, Sistema de Gestión de la Calidad. Normas ISO 9000, Certificación.

DESCRIPCIÓN:

En el presente trabajo, se describe el análisis, diseño, documentación e implementación de un Sistema de Gestión de Calidad, en una empresa prestadora de servicios de salud (IPS), especializada en medicina oncológica.

Para empezar se hizo un reconocimiento general de toda la organización, con el fin de determinar el diagnóstico situacional de la organización con respecto a la norma NTC ISO 9001:2000 y tener un punto de partida para la definición de los procesos, sus caracterizaciones, sus responsables, estructurar los procedimientos y generar la documentación requerida para cada uno de ellos de acuerdo a la norma y a los requisitos legales impuestos por el Estado a la vez que se conformaban los equipos responsables de la evaluación, control y seguimiento del Sistema de Gestión de Calidad.

En el transcurso de la documentación también se redefinió la Misión, Visión y la Política de Calidad de la organización, con el fin de establecer los objetivos de calidad.

Posteriormente se procedió a la implementación del SGC, para lo cual se llevaron a cabo capacitaciones y acompañamientos al personal involucrado, con el fin de proceder a las auditorías internas de calidad, cuyos resultados fueron acciones correctivas y preventivas que se llevaron a cabo para poder llegar a la etapa final, la cual era la solicitud de la auditoría de certificación ante el ICONTEC y garantizar el mejoramiento continuo del Sistema.

* Proyecto de grado

** Facultad de Ingenierías Físico – mecánicas, Escuela de Estudios Industriales y Empresariales, Ingeniería Industrial, Ing. William Hoyos Torres, MBA. Ing. Maria Cecilia Mendez Bermudez

SUMMARY

TITLE: ANALYSIS, DESIGN, DOCUMENTATION AND IMPLEMENTATION OF A QUALITY MANAGEMENT SYSTEM BASED IN THE NORM NTC ISO 9001:2000 FOR CENTRO ONCOLÓGICO LTDA*

AUTHORS: BAUTISTA ROJAS, RAUL ALEXANDER**
MENDOZA CELY, CARLOS ARIEL**

KEY WORDS: Organization, Quality Management System, Norms ISO 9000, Certification.

DESCRIPTION:

In this paper, the analysis, design, documentation and implementation of a Quality Management System, of a company providing health services (IPS), which is specialized in medical oncology, is described.

To start, there was a general recognition throughout the organization in order to determine the situational diagnostic of the organization with respect to NTC ISO 9001:2000 standard and to have a starting point for defining the processes, their characterizations, their responsibilities, structure and procedures to generate the required documentation for each of them according to the rule and the legal requirements imposed by the State and in the same breath to compound teams responsible for assessment, controlling and monitoring the Quality Management System .

Throughout the documentation, it was also redefined the Mission, Vision and Quality Policy of the organization to establish quality objectives.

Subsequently, the QMS was implemented; therefore trainings and accompaniments were conducted to the personnel involved in order to proceed to internal audits of quality that resulted in corrective and preventive actions undertaken to reach the final stage. This was the requirement for the certification audit before ICONTEC and ensures an ever improving system.

* Grade Project

** Physics Mechanics Engineering Faculty, Industrial and Enterprise Studies School, Industrial Engineering, Ing. William Hoyos Torres, MBA. Ing. Maria Cecilia Mendez Bermudez

INTRODUCCIÓN

Hoy día en el mundo, la globalización de los mercados, nos hace pensar entre muchas otras cosas, en la competitividad con la cual contamos para afrontar los retos que esta demanda. Es por ello que las organizaciones en Colombia y en el mundo, se han venido acogiendo a estándares internacionales de calidad como la familia de normas ISO, pues brindan una valiosa oportunidad de diferenciarse de otras organizaciones, debido al prestigio y reconocimiento que otorgan, por que favorecen el crecimiento y continuación en el mercado y a una ventaja para ser más competitivos en su entorno, frente a los nuevos retos que se imponen en el mundo.

Hoy por hoy el sector salud es uno de los más críticos de cualquier país del mundo, debido a su alto impacto social y Colombia no se escapa de ello, en donde el sector salud ha sufrido grandes cambios a partir de la ley 100 de 1993, la cual se implantó en aras de mejorar el sistema de salud del país; a partir de allí han sido muchas las disposiciones legales que se han promulgado para garantizar la adecuada prestación de servicios de salud, como lo es el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, lo cual a su vez, ha exigido a las empresas del sector salud, grandes esfuerzos para dar cumplimiento a las mismas, convirtiendo a las instituciones en sistemas complejos en lo que respecta a su funcionamiento y administración.

De acuerdo con esto, el Centro Oncológico Ltda., decidió implementar un Sistema de Gestión de Calidad, en respuesta a la nueva tendencia del mercado, que ya empezaba a exigirla como una herramienta para poder competir. Y como un punto de partida para dar cumplimiento a los retos que el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en Salud empezaba a imponer en el país.

1. GENERALIDADES DEL PROYECTO

1.1. ALCANCE

El alcance del Sistema de Gestión de la Calidad, hace referencia a los procesos que serán certificados por el ente autorizado, y que son aquellos procesos que representan mayor interés para la Institución Prestadora del Servicio de salud por afectar directamente la satisfacción del cliente. Se busca por tanto en este proyecto, analizar los procesos críticos para el CENTRO ONCOLÓGICO Ltda, con el fin de realizar la documentación, implementación y mejoramiento dentro del Sistema de Gestión de la Calidad a implementar según la norma ISO 9001 versión 2000.

Este trabajo se desarrollará hasta la segunda Auditoría Interna de Calidad realizando los respectivos planes de mejoramiento. Como aporte de este proyecto de grado se busca el mejoramiento en la administración de los procesos y subprocesos identificados en el CENTRO ONCOLÓGICO Ltda.

1.2. OBJETIVO GENERAL

Evaluar, diseñar e implementar un Sistema de Gestión de la Calidad en los procesos misionales más representativos del CENTRO ONCOLÓGICO LTDA., de la ciudad de Bucaramanga que cumpla con los parámetros definidos en la Norma NTC ISO 9001 Versión 2000.

1.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la situación actual de la empresa
- Determinar los requisitos de los clientes y demás partes interesadas de la institución

- Identificar y realizar el diagnóstico de los procesos de la organización
- Elaborar el mapa de procesos del Sistema de Gestión de la Calidad
- Realizar la caracterización de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad
- Definir un sistema de Indicadores de Calidad para los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad
- Definir la Política y los Objetivos de Calidad del CENTRO ONCOLÓGICO LTDA
- Ejecutar un plan de capacitación y sensibilización sobre la Gestión de la Calidad al interior de la organización
- Verificar la conformidad del Sistema de Gestión de Calidad propuesto con los requisitos de la Norma ISO 9001:2000, mediante la ejecución de auditoría interna
- Llevar a cabo acciones correctivas, preventivas y/o de mejora que sean generadas por la auditoría interna
- Realizar la inscripción ante el ente certificador para el inicio del proceso de certificación del Sistema de Gestión de Calidad, del CENTRO ONCOLÓGICO LTDA

2. MARCO TEÓRICO

2.1. GENERALIDADES DE ONCOLOGÍA¹

La **oncología** es la especialidad médica que estudia los tumores benignos y malignos, pero con especial atención a los malignos, esto es, al cáncer.

El cáncer no es una sola enfermedad; es un grupo de más de 200 enfermedades diferentes. Puede describirse generalmente como un crecimiento y una propagación descontrolada de células anormales en el cuerpo. Las células son unidades vitales básicas. Todos los organismos están compuestos por una o más células y, en general, se dividen para producir más células sólo cuando el cuerpo lo necesita.

En algunas ocasiones las células continúan dividiéndose y así crean más células incluso cuando no son necesarias. Cuando esto sucede, se forma una masa de tejido. Esta masa de tejido extra se denomina tumor. Los tumores se encuentran en todos tipos de tejidos y pueden ser benignos o malignos.

2.1.1. TUMORES BENIGNOS

Los tumores benignos no son cancerosos.

Generalmente pueden removerse y, en la mayoría de los casos, no reaparecen. Lo que es más importante, las células de tejidos benignos no se extienden a otras partes del cuerpo. Las células de tumores benignos permanecen juntas y a menudo son rodeadas por una membrana de contención. Los tumores benignos no constituyen generalmente una amenaza para la vida.

Ejemplos de tumores benignos

Papiloma - Masa protuberante en la piel (por ejemplo, una verruga)

Adenoma - Tumor que crece en las glándulas y en torno a las mismas

¹ Tomado de http://www.atsdr.cdc.gov/es/general/cancer/factor_proteccion.html

Lipoma - Tumor en un tejido adiposo

Osteoma - Tumor de origen en el hueso

Mioma - Tumor del tejido muscular

Angioma - Tumor compuesto generalmente de pequeños vasos sanguíneos o linfáticos (por ejemplo, una mancha de nacimiento)

Nevus - Pequeño tumor cutáneo de una variedad de tejidos (por ejemplo, un lunar).

2.1.2. TUMORES MALIGNOS

Los tumores malignos son cancerosos.

Las células cancerosas pueden invadir y dañar tejidos y órganos cercanos al tumor. Las células cancerosas pueden separarse del tumor maligno y entrar al sistema linfático o el flujo sanguíneo, que es la manera en que el cáncer alcanza otras partes del cuerpo. El aspecto característico del cáncer es la capacidad de la célula de crecer rápidamente, de manera descontrolada e independiente del tejido donde comenzó. La propagación del cáncer a otros sitios u órganos en el cuerpo mediante el flujo sanguíneo o el sistema linfático se llama metástasis.

Los tumores malignos generalmente se pueden clasificar en dos categorías.

Carcinomas

Estos cánceres se originan en el epitelio. El epitelio es el recubrimiento de las células de un órgano. Los carcinomas constituyen el tipo más común de cáncer. Lugares comunes de carcinomas son la piel, la boca, el pulmón, los senos, el estómago, el colon y el útero.

Sarcomas

Los sarcomas son cánceres del tejido conjuntivo y de apoyo (tejidos blandos) de todos los tipos. Los sarcomas se encuentran en cualquier parte del cuerpo y frecuentemente forman crecimientos secundarios en los pulmones.

Tabla 1. CARACTERÍSTICAS DE TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS

CARACTERÍSTICA	BENIGNO	MALIGNO
Diferenciación	Las células tumorales se asemejan a las células maduras originales	Las células tumorales tal vez no se asemejan a las células maduras originales
Tasa de crecimiento	Lenta; puede interrumpirse o retroceder	Rápida, autónoma; generalmente no interrumpe o retrocede
Tipo de crecimiento	Se expande y desplaza	Invade, destruye y reemplaza
Metástasis	No	Sí
Efecto en la salud	Generalmente no ocasiona la muerte	Puede ocasionar la muerte si no se diagnostica y suministra tratamiento

2.1.3. ALGUNAS CAUSAS DE CÁNCER

Tipos diferentes de cáncer tienen causas diferentes y pueden depender de muchos factores. Algunos cánceres son más comunes que otros y las posibilidades de supervivencia varían entre tipos distintos. La mayoría de los cánceres no tienen causas conocidas de origen químico, ambiental, genético, inmunológico o viral y también surgen espontáneamente por causas que son, por lo tanto, inexplicables.

Las causas del cáncer son muy complejas e implican tanto a células como a factores en el medio ambiente. Se han realizado muchos avances en la identificación de causas posibles de cáncer.

Tabla 2. ALGUNAS CAUSAS DEL CÁNCER

<p>Sustancias químicas y de otro tipo</p>	<p>La exposición a sustancias como es el caso de ciertas sustancias químicas, metales o pesticidas, puede aumentar el riesgo de cáncer. Toda sustancia química que se sabe pueden producir cáncer se conoce como carcinógena. Asbesto, níquel, cadmio, uranio, radón, cloruro de vinilo, bencidina y benceno son ejemplos de carcinógenos conocidos. Éstos pueden actuar de manera aislada o conjuntamente con otros carcinógenos, como el humo del cigarrillo, para incrementar el riesgo de cáncer. Por ejemplo, la inhalación de fibras de asbesto aumenta el riesgo de enfermedades pulmonares, incluido el cáncer y el riesgo de cáncer es especialmente alto para las personas que trabajan con asbesto y fuman.</p>
<p>Tabaco</p>	<p>Los carcinógenos más comunes en nuestra sociedad son aquellos presentes en el humo del cigarrillo. Se sabe que el humo del tabaco contiene al menos 60 carcinógenos y 6 sustancias tóxicas para el desarrollo. Además de causar 80% a 90% de los cánceres de pulmón, el consumo de tabaco se asocia también con cánceres de la boca, faringe, laringe, esófago, páncreas, riñón y vejiga. Evitar los productos del tabaco es una manera de disminuir el riesgo de cáncer de una persona.</p>
<p>Radiación ionizante</p>	<p>Ciertos tipos de radiación, como radiografías, rayos de sustancias radioactivas y rayos ultravioletas de la exposición al</p>

	sol, pueden producir daño al ADN de las células, lo cual puede provocar cáncer.
Herencia	Ciertos tipos de cáncer ocurren más frecuentemente en algunas familias que en otras, lo cual indica cierta predisposición heredada a la aparición del cáncer. Sin embargo, incluso en estos casos, el medio ambiente desempeña una función en el desarrollo del cáncer.

2.1.4. CÓMO SE PRESENTA EL CÁNCER

El cáncer puede presentarse en personas de todas las edades, pero es más común en personas mayores de 60 años de edad. Una de cada tres personas padecerá cáncer en algún momento de su vida. Dado que las personas viven más años, el riesgo de contraer esta enfermedad se encuentra en aumento.

La aparición del cáncer es un proceso prolongado que generalmente comienza con cambios genéticos en las células y continúa en el crecimiento de estas células con el transcurso del tiempo. El tiempo desde el cambio genético hasta la presentación del cáncer se llama el periodo de latencia. Dicho periodo puede prolongarse durante 30 años o más. Esto significa que algunos cánceres diagnosticados en la actualidad pueden ser el resultado de cambios genéticos que ocurrieron en las células hace mucho tiempo.

En teoría, el cuerpo presenta células cancerosas todo el tiempo, pero el sistema inmune las reconoce como células extrañas y las destruye. La capacidad del cuerpo para protegerse del cáncer puede verse perjudicada por algunos medicamentos e infecciones virales.

2.1.5. SÍNTOMAS DE CÁNCER

Todas las personas debieran estar familiarizadas con ciertos signos que pueden indicar cáncer temprano. Es importante notificarlos inmediatamente, antes de que

la afección se propague. Es lamentable que las etapas tempranas del cáncer sean generalmente sin dolor; dado a esa razón, la persona frecuentemente se demora en obtener diagnóstico y tratamiento.

Los síntomas tempranos pueden incluir

- Pérdida de peso inexplicable
- Sangrado o hemorragia extraña
- Indigestión persistente
- Presencia de secciones blancas en la boca o manchas blancas en la lengua
- Ronquera o tos crónica
- Cambios en el color o el tamaño de lunares
- Dolor que no desaparece en un tiempo razonable
- Presencia de una protuberancia extraña

2.1.6. DETECCIÓN DE CÁNCER

La detección temprana y el tratamiento rápido son directamente responsables por las tasas de supervivencia incrementadas.

Las herramientas para la detección del cáncer incluyen:

- Autoexámenes
- Biopsia (la remoción de tejido vivo para el propósito del examen microscópico de las células)
- Ultrasonido (el uso de ondas de sonido reflejadas de alta frecuencia para diferenciar varios tipos de tejidos)
- Tomografía computada (TC) (el uso de radiografías para producir una foto transversal de las partes del cuerpo)
- Imágenes de resonancia magnética (IRM) (el uso de campos magnéticos y ondas de radio para mostrar modificaciones en los tejidos blandos sin el uso de radiografías).

2.2. GENERALIDADES DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

La implementación de un sistema de gestión de la calidad en una organización, busca brindar confianza a sus clientes y demostrar su capacidad para proporcionar productos o servicios que cumplan con los requisitos establecidos. Un sistema de gestión de la calidad permite orientar la organización hacia la mejora continua y con ello a la probabilidad de aumentar la satisfacción de clientes y demás partes interesadas.

2.2.1. Principios de gestión de la calidad.

En esta nueva versión de la norma ISO 9000, se introdujeron ocho principios de gestión de calidad, sobre los cuales se basan los sistemas de gestión de calidad diseñados de acuerdo con la norma y que contribuyen a la mejora continua al interior de la organización.

Estos principios son:

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

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

2.2.2. ENFOQUE BASADO EN PROCESOS.

Las normas ISO 9000 tienen su fundamento en el enfoque basado en procesos, el cual es introducido como uno de los ocho principios sobre los cuales se basan los sistemas de gestión de la calidad que fueron mencionados anteriormente.

El propósito del enfoque basado en procesos es mejorar la eficacia y eficiencia de la organización para lograr los objetivos definidos.

Beneficios del enfoque basado en procesos:

- Integrar y alinear los procesos para permitir el logro de los resultados planificados.
- Proporcionar confianza a los clientes y otras partes interesadas, respecto al desempeño coherente de la organización.
- Brindar transparencia en las operaciones dentro de la organización.
- Reducir costos y tiempos de ciclo a través del uso eficaz de los recursos.

- Mejorar los resultados siendo más coherentes y predecibles.
- Proporcionar oportunidades para enfocar y priorizar las iniciativas de mejora.
- Estimular la participación del personal y la clarificación de sus responsabilidades.

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

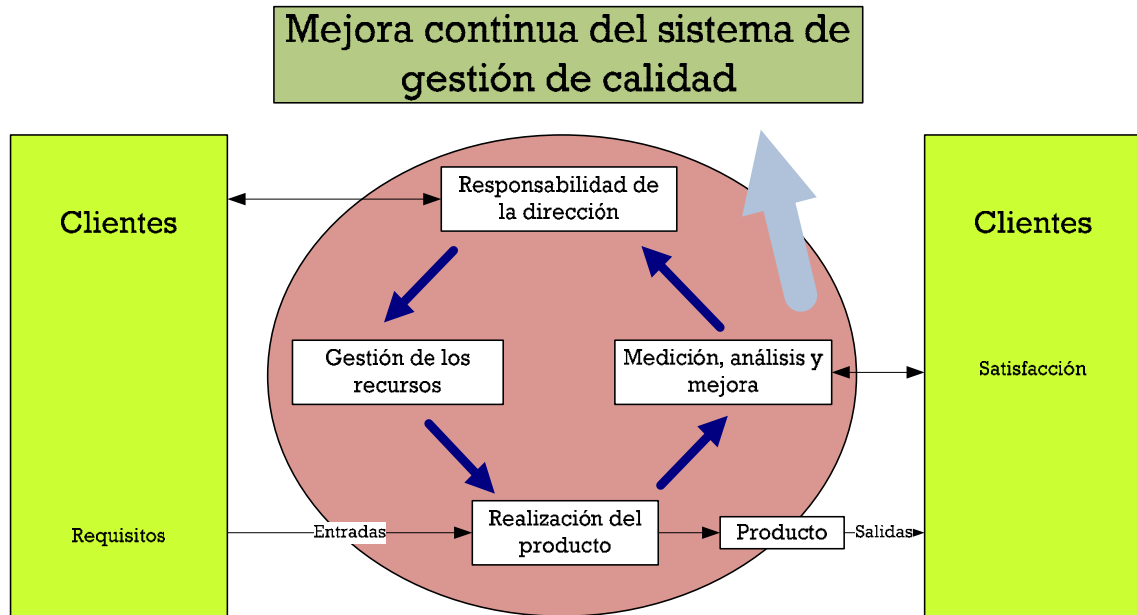
Las organizaciones están estructuradas a menudo como una jerarquía de unidades funcionales, y habitualmente se gestionan verticalmente, en la cual, la responsabilidad por los resultados obtenidos es dividida entre unidades funcionales, esto conlleva a la escasa o nula mejora en la organización, ya que las acciones están frecuentemente enfocadas en las funciones más que en el beneficio global de la organización.

El enfoque basado en procesos introduce la gestión horizontal, cruzando las barreras entre diferentes unidades funcionales y unificando sus enfoques hacia las metas principales de la organización.

El desempeño de una organización puede mejorarse a través del uso del enfoque basado en procesos, ya estos se gestionan como un sistema, mediante la creación y entendimiento de una red de procesos y sus interacciones.

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

Ilustración 1: Modelo de un sistema de Gestión de la Calidad basado en procesos



Fuente: Norma Técnica Colombiana NTC – ISO 9000. Normas Fundamentales sobre gestión de la Calidad y documentos de orientación para su aplicación.

Cada uno de los procesos, deben gestionarse para asegurar la consecución de los objetivos de la organización. La gestión puede representarse a través del ciclo PHVA o ciclo Deming, el cual es una herramienta muy útil en el mejoramiento continuo de los procesos².

El ciclo Deming o PHVA, es un modelo de gestión gerencial que requiere un análisis más sutil y detallado de cada uno de los procesos; es la esencia del sistema de gestión de calidad ya que todas las acciones tomadas en cada uno de los procesos, deben cumplir el ciclo del sistema, con lo cual se asegura el mejoramiento continuo de la organización. A continuación en la ilustración 2 se visualiza de una forma más gráfica el componente del ciclo PHVA o ciclo Deming.

² Tomado de la Norma Técnica Colombiana NTC – ISO 9000. Normas Fundamentales sobre gestión de la calidad y documentos de orientación para su aplicación.

Ilustración 2: Ciclo PHVA o Ciclo Deming



Planificar: Establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización

Hacer: Implementar los procesos.

Verificar: Realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos para el producto e informar sobre los resultados.

Actuar: Tomar las acciones para mejorar continuamente el desempeño del proceso.

Fuente: Norma Técnica Colombiana NTC – ISO 9000. Normas Fundamentales sobre gestión de la Calidad y documentos de orientación para su aplicación.

2.3. GENERALIDADES DE NORMALIZACIÓN E ISO

ISO es la Organización Internacional de Normalización, la cual está conformada por organismos nacionales de normalización de países de todas las regiones del mundo. Ésta organización tiene por objeto desarrollar normas técnicas voluntarias, que agregan valor a todo tipo de operaciones comerciales y que favorecen a que el desarrollo, fabricación y suministro de productos y servicios, sea más eficiente, seguro y limpio, con el fin de facilitar el intercambio de bienes y servicios en todo el mundo.

La Organización ISO está compuesta por tres tipos de miembros:

- **Miembros del Comité Ejecutivo:** Estas organizaciones se responsabilizan por informar a las partes potencialmente interesadas en cada uno de sus países, de oportunidades e iniciativas relevantes a la estandarización internacional y aseguran que los intereses de su país se encuentren

representados durante negociaciones internacionales, al momento de realizar acuerdos en las estandarizaciones. Cada representante es responsable de aportar una cuota de membresía a la Organización, para financiar sus operaciones. Cada uno de los miembros Ejecutivos tienen derecho a voz y voto durante las juntas generales de ISO en el comité técnico y el comité político.

- **Miembros Correspondientes:** Son organizaciones de algunos países que usualmente no poseen un desarrollo pleno en las actividades de estandarización a nivel nacional. Los miembros por correspondencia tienen voz pero no voto durante las juntas generales de ISO, pero son completamente informados a cerca de las actividades que le importan a las industrias en cada uno de sus naciones.
- **Miembros Suscritos:** ISO ha implementado también esta tercera categoría para los organismos de los países como economías muy pequeñas. Ellos pagan cuotas de membresía reducidas que les permiten mantenerse en contacto con estándares internacionales.

Las normas, por definición son documentos que proveen reglas, directrices o características para actividades con el fin de que alcancen niveles óptimos; son elaboradas por comités técnicos de la ISO en los cuales cada organismo miembro tiene el derecho de estar representado. Los proyectos de normas internacionales adoptados por los comités técnicos son enviados a los organismos miembros para votación. La publicación como norma internacional requiere la aprobación por al menos el 75% de los organismos miembros requeridos para votar³.

2.4. ANTECEDENTES DE LAS NORMAS ISO 9000

- En 1959, el Departamento de la Defensa de los Estados Unidos estableció un Programa de Administración de la Calidad que llamó MIL-Q-9858.
- Cuatro años más tarde se revisó y nació MIL-Q-9858A.

³ *Ibíd.*, Pág. 28.

- En 1986 la Organización de Tratados del Atlántico Norte (NATO) adoptó la norma MIL-Q-9858A para elaborar la primera Publicación del Aseguramiento de la Calidad Aliada (Quality Assurance Publication 1: AQAP-1).
- En 1970 el Ministerio de la Defensa Británico adoptó la norma AQAP-1 en su Programa de Administración de Estandarización para la Defensa DEF/STAN 05-8.
- Con esa base, el Instituto Británico de Estandarización (British Standard Institute, BSI) desarrolló en 1979 el primer sistema para la administración de la estandarización comercial conocido como BS 5750. La norma BS 5750 regula los sistemas de calidad en el Reino Unido, y tiene su origen en las compras militares. Debido a la naturaleza crucial de esos productos y a los problemas prácticos de investigar los productos defectuosos usados en las acciones, se puso énfasis en ver cómo se hacía los productos y en los sistemas de calidad de los proveedores correspondientes.
- Con este documento, ISO elaboró en 1987 la serie de estandarización ISO 9000, adoptando la mayor parte de los elementos de la norma británica BS 5750.

Las normas de la serie ISO 9000 Gestión de Calidad, constituyen una herramienta importante para las empresas, para demostrar a sus compradores, particularmente a los de mercados exteriores, la capacidad de producir bienes y/o servicios de conformidad con los requisitos.

2.4.1. NORMAS ISO 9000 VERSIÓN 2000 ⁴

Después de su publicación en 1987, las normas ISO 9000 fueron revisadas y actualizadas en 1994 y nuevamente en el 2000, de ésta última revisión se obtuvo la edición que a la fecha está en vigencia.

⁴ *Ibíd.*, Pág. 28.

A continuación se citan las normas ISO 9000:

- Norma ISO 9000. Describe los fundamentos de los sistemas de gestión de la calidad y especifica la terminología de los sistemas de gestión de la calidad.
- Norma ISO 9001. Especifica los requisitos para los sistemas de gestión de la calidad aplicables a toda organización, que necesite demostrar su capacidad para proporcionar productos o servicios que cumplen los requisitos de sus clientes y los reglamentos que le sean de aplicación, y cuyo objetivo es aumentar la satisfacción del cliente.
- Norma ISO 9004. Proporciona directrices que consideran tanto la eficacia como la eficiencia del sistema de gestión de la calidad. El objetivo de esta norma es la mejora del desempeño de la organización y la satisfacción de los clientes y partes interesadas.
- Norma ISO 19011. Proporciona orientación relativa a las auditorías de sistemas de gestión de la calidad y de gestión ambiental.

3. GENERALIDADES DE LA EMPRESA

El Centro Oncológico Ltda., es una Empresa privada, fundada en la ciudad de Bucaramanga desde Marzo del 2002, especializada en el tratamiento de pacientes con CÁNCER., con una extensa experiencia local, regional y nacional, ya que contamos con sedes y una amplia red de servicios en las ciudades de Arauca, Bogotá, Bucaramanga, Cúcuta, Ibagué, Tunja, y Valledupar.

El Centro Oncológico Ltda., cuenta con experiencia direccionada a prestar atención en las patologías neoplásicas e infectología en los diferentes puntos de nuestra red de servicio.

Además desarrolla y evalúa el riesgo al cáncer con el fin de disminuir la morbimortalidad de esta enfermedad.

3.1. UBICACIÓN

SEDE ASISTENCIAL

Dirección: Calle 52B No. 31 - 29
Antiguo Campestre - Bucaramanga
Tel. 6471706

SEDE ADMINISTRATIVA

Dirección: Carrera 31 No. 50 – 32
Sotomayor – Bucaramanga
Tel. 6474851 - 6436808

3.2. MISIÓN

Somos una Institución Prestadora de Salud IPS de alta complejidad, que brinda una atención integral a usuarios con Patologías Neoplásicas, mediante programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de estas enfermedades. Tenemos políticas de mejoramiento continuo, sustentados en una sólida red de servicios de

salud a nivel nacional, que combina la ética y calidez, para ofrecer a los usuarios y sus familias la satisfacción de sus expectativas.

3.3. VISIÓN

Para el año 2012 seremos acreditados en la prevención, tratamiento y rehabilitación del usuario con Patologías Neoplásicas, siendo un punto de referencia por la calidad en la prestación de sus servicios. Se liderarán programas de educación médica continuada y de seguimiento a nivel nacional del comportamiento epidemiológico de patologías oncológicas, con el propósito de fortalecer procesos investigativos y científicos que ayuden a generar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

3.4. SERVICIOS Y PROGRAMAS

El Centro Oncológico Ltda., ofrece actualmente los siguientes servicios:

- ✓ Consulta Externa especializada
- ✓ Quimioterapia
- ✓ Radioterapia
- ✓ Apoyo diagnóstico
- ✓ Farmacia
- ✓ Procedimientos quirúrgicos
- ✓ Servicio de hospitalización
- ✓ Transporte

3.5. PRINCIPIOS CORPORATIVOS

- Respeto a la dignidad humana.
- Universalidad.
- Integridad.
- Eficiencia.
- Eficacia.

- Solidaridad.
- Calidad.
- Equidad
- Imparcialidad frente al conflicto armado.
- Uso racional de los recursos

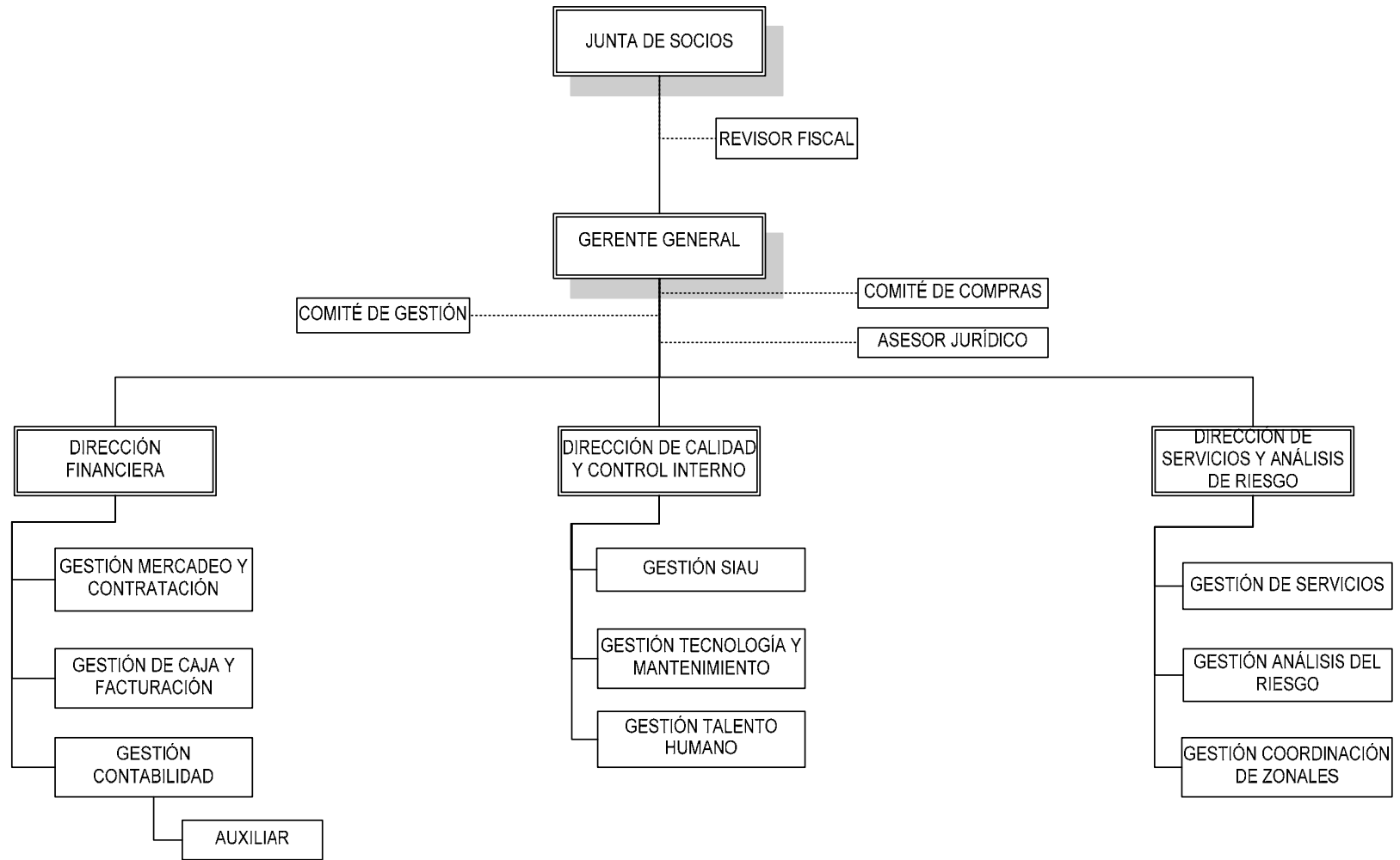
3.6. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

El Centro Oncológico Ltda., se divide en tres áreas, la Dirección Financiera, la Dirección de Calidad y Control Interno y la Dirección de Servicios y Análisis de Riesgos.

Cada área se organiza por departamentos, establecidos según las funciones que desempeñan los trabajadores que pertenecen a esa área, es así, como en el área de Dirección Financiera encontramos los departamentos de Gestión Mercadeo y Contratación, Gestión de Caja y Facturación y la Gestión de Contabilidad; en el área de Dirección de Calidad y Control Interno encontramos los departamentos de Gestión Servicio Integral de Atención al Usuario SIAU, Gestión Tecnología y Mantenimiento y Gestión Talento Humano; mientras que en el área de Dirección de Servicios y Análisis del Riesgo encontramos los departamentos de Gestión de Servicios, Gestión Análisis del Riesgo y la Gestión Coordinación de Zonales.

La dirección del Centro Oncológico Ltda., recae sobre el Gerente General, quien es el encargado de gestionar la organización en la consecución de sus objetivos. Controlado por la Junta de Socios quienes son los encargados de dar el direccionamiento Estratégico de la organización. Así mismo, y por el objeto social de la empresa, el Director de Servicios y Análisis del Riesgo es quien dirige al equipo asistencial en las tareas propias de la atención de usuarios, y quien configura los servicios y tratamientos ofrecidos en la IPS.

Ilustración 3: Estructura interna del Centro Oncológico Ltda.



Fuente: Autores.

4. RECONOCIMIENTO SITUACIONAL DE LA EMPRESA

4.1. CONOCIMIENTO DE LA EMPRESA

Como punto de partida general, se inició con el reconocimiento de la organización en lo más básico, es decir en su funcionamiento, por tanto en el mes de octubre de 2008 se realizaron visitas guiadas a cada uno de los procesos del Centro Oncológico con el fin de conocer directamente desde los mismos trabajadores, cada una de sus actividades diarias. Esto sirvió también para conocer la distribución física de la institución, conocer su jornada laboral, su acoplamiento con respecto a otros procesos y su funcionamiento en lo que respecta a la comunicación; además que permitió conocer y empezar a entender la terminología utilizada en las instituciones de salud.

Debido a las grandes expectativas de algunos de los trabajadores de la institución, también se conocieron los principales problemas de la organización, entre ellos el sistema de información de la institución, los cambios repentinos en los procesos y el desconocimiento de información importante para el funcionamiento de los procesos.

A la par se evaluó la información presentada por ellos, que fue adicionada al plan de proyecto, entre ellas la misión, la visión, la estructura organizacional, los principios corporativos y el mapa de procesos; con lo que se evidenció que no respondía a la situación actual de la organización y/o que era complicada en su entendimiento como fue el caso de la estructura organizacional y el mapa de procesos.

4.2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA. RESPECTO A LOS REQUISITOS ISO 9001 VERSIÓN 2000

Como punto de partida para el diseño del Sistema de Gestión de la Calidad, se realizó un diagnóstico de la empresa, con el fin de identificar el estado de la organización respecto a los requisitos establecidos en la norma ISO 9001 versión

2000, obteniendo de esta forma información importante para la planificación del Sistema de Gestión de la Calidad.

Este diagnóstico se llevó a cabo mediante la observación directa, y a través de reuniones con la alta dirección, los jefes de cada departamento y los trabajadores de la empresa. La herramienta utilizada fue una lista de chequeo, para verificar (cumplimiento) punto por punto de la norma ISO 9001. Para esto se realizaron preguntas concernientes al texto de cada numeral de la norma o simplemente se escribió el título de este mismo numeral, para que se hiciera la posterior explicación de su desarrollo.

A continuación se presentan los hallazgos del diagnóstico:

Tabla 3. Diagnóstico del Sistema de Gestión de Calidad Basado en la Norma NTC ISO 9001:2000

NOMENCLATURA SOBRE LOS NIVELES DE DESEMPEÑO		% DE CUMPLIMIENTO
NA	Requisito no aplicable, bajo los parámetros de exclusión de ISO 9001	No aplica
AP	Requisito aplicable, no diseñado, no desarrollado, ni implementado	0%
D%D	Requisito en Proceso de diseño o desarrollo como especificación del SGC	25%
IM	Requisito implementado, con resultados, registros y evidencias	50%
AU	Requisito implementado y auditado con resultados conformes	75%
ME	Requisito implementado, auditado y en proceso de mejoramiento continuo. Listo para auditoría externa	100%

REQUISITO DEL SGC	NIVELES DE MADUREZ DE DESEMPEÑO						OBSERVACIONES
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
4.1 Requisitos Generales							
Identificación de los procesos necesarios para el SGC			X				Se tienen identificados los procesos de la empresa pero no están direccionados al Sistema de Gestión de Calidad
Secuencia e interacción de los procesos.			X				Se cuenta con un mapa de procesos pero éste debe ser modificado pues no se encuentra una relación clara de su interacción con los demás procesos
¿Se cuenta con métodos necesarios para asegurar que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces?			X				Se cuenta con la caracterización de algunos de estos procesos pero no se está llevando a cabo los métodos de control planteados allí
Seguimiento, medición y análisis de los procesos. Y acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y mejora continua de estos procesos.			X				Se cuenta en algunos procesos con mecanismos de medición del desempeño pero hasta el momento no se tiene un control continuo por lo tanto no se han implementado las acciones necesarias para alcanzar la mejora continua de los procesos.
4.2 Requisitos de la documentación	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
4.2.1 Política y objetivos de la calidad.			X				Se tiene la declaración documentada de la política de calidad pero no se cuenta con los objetivos de calidad.
4.2.2 Manual de la calidad		X					La empresa no cuenta con un manual de Calidad que incluya el alcance y los procedimientos documentados del SGC.

4.2.3 Control de los documentos		X					La empresa no tiene establecido un procedimiento para el control de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad. Pero existe una guía que orienta el método de elaboración de los documentos la cual no ha sido implementada.
4.2.3 ¿Está organizada y existe una relación de la documentación que hace parte del Sistema de Gestión de Calidad?			X				Existen unos protocolos, manuales, guías e instructivos con los que el personal del Centro Oncológico se basa para realizar sus operaciones pero estos no están debidamente organizados, controlados y actualizados.
4.2.4 Control de registros		X					No hay un procedimiento documentado para el control de los registros.
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN							
5.1 Compromiso de la Dirección	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
¿Se comunica por parte de la dirección acerca de la importancia de satisfacer los requisitos del cliente?		X					Se puede observar que no existe por parte de la dirección una comunicación eficaz al interior de la organización sobre la importancia de satisfacer los requisitos del cliente.
Evidencia o compromiso para difundir la política y los objetivos de la calidad.		X					No existe un compromiso de la dirección para difundir la política de calidad al interior de toda la organización.
5.2 Enfoque al Cliente	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	

Requisitos del cliente		X					La dirección de la empresa tiene un especial interés por la satisfacción de los clientes, pero no existe una evidencia de que se hayan determinado sus requisitos.
Satisfacción del Cliente		X					Como los requisitos del cliente no están determinados, tampoco hay una manera clara de medir la satisfacción de éstos. Existen 3 clases de clientes: los médicos especialistas, las EPS y EPSS, y los usuarios a los cuales se les debe especificar muy bien sus requisitos para poder evaluar su satisfacción.
Política de la Calidad		X					Se debe especificar si la política de calidad especificada cumple con los requisitos para mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad.
5.4 Planificación	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
5.4.1 ¿Están establecidos los objetivos de calidad en las funciones y niveles pertinentes dentro de la organización?		X					Los objetivos de la calidad no están establecidos dentro de la organización
5.4.1 ¿Los objetivos de la calidad son medibles y coherentes con la política de la calidad?		X					Los objetivos de la calidad no están definidos dentro de la organización
5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	

5.5.5 ¿Están definidas las responsabilidades y autoridades dentro de la organización?		X					Si están definidos los niveles de autoridad dentro de la organización. Existe un organigrama que muestra los niveles de autoridad de los cargos pero necesita revisarse para su actualización debido a su situación actual de expansión. Se carece de un manual de descripción de cargos, por lo tanto no se comunican efectivamente las responsabilidades de los cargos dentro de la organización.
5.5.2 Representante de la dirección.				X			Se ha escogido el representante de la dirección, que tiene responsabilidades de acuerdo a lo establecido en la norma ISO 9001:2000. Existe un acta como evidencia de esta elección.
5.5.3 Comunicación interna		X					Se tiene establecido dentro de la organización los canales de comunicación pero no está definido formalmente.
5.6 Revisión por la dirección	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
5.6.1 ¿Se ha establecido una metodología para hacer la revisión de las mejoras por parte de la dirección?		X					Debido a que apenas se empieza a formalizar un sistema de gestión de calidad, no existe una metodología que le permita a la dirección hacer la revisión de oportunidades de mejora para el sistema productivo.
5.6.2 Información para la revisión		X					No se ha establecido la metodología para hacer la revisión por parte de la dirección
5.6.3 Resultados de la revisión		X					No se ha establecido la metodología para hacer la revisión por parte de la dirección
6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS							

6.1 Provisión de recursos	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
¿Existe un procedimiento establecido para la provisión de los recursos necesarios para el SGC?		X					No existe un procedimiento establecido para la provisión de recursos físicos, económicos o humanos.
6.2 Recursos Humanos	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
6.2.1 ¿Actualmente existen perfiles de cargos establecidos en la organización?		X					Actualmente no se han elaborado perfiles de cargo al interior de la organización
6.2.2 ¿Se han determinado las competencias necesarias para el personal que realiza trabajos que afectan la calidad del servicio?		X					No se han establecido las competencias necesarias del personal que puede afectar la calidad del servicio.
6.2.2 ¿Se ha definido un procedimiento para identificar las necesidades de formación del personal respecto al SGC?		X					No se ha definido un procedimiento o herramienta metodológica que permita detectar las necesidades de formación del personal, y registrarlas como evidencia según lo establecido en la norma ISO 9001:2000
6.2.2 ¿Existen planes de capacitación y formación establecidos para el personal de la organización?		X					No existen planes de formación que respondan a las necesidades del personal. El personal es capacitado por la Química Farmacéutica sobre Bioseguridad, BPM entre otros y también a ARP realiza capacitaciones en seguridad personal basados en visitas periódicas en el transcurso del año.

6.2.2 ¿Se mantienen los registros apropiados que evidencian las competencias del personal?			X				Se mantienen en carpetas separadas las hojas de vida de todos los trabajadores con sus respectivos diplomas, certificados, etc., que evidencian la competencia del personal de acuerdo a la educación, formación, habilidades y experiencia, pero no existe un procedimiento que permita la actualización de estos registros.
6.3 Infraestructura	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
¿Existe un procedimiento para el mantenimiento de los equipos que afecten la calidad del servicio?			X				Existe un procedimiento para el mantenimiento de algunos equipos, con sus registros, pero se empezó a fallar en su cumplimiento periódico. Las instalaciones, equipos y espacios de trabajo del centro oncológico son adecuados para lograr un servicio de calidad.
6.4 Ambiente de trabajo	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
¿Existe un Manual de Bioseguridad dentro de la organización?			X				Existe un manual de bioseguridad, que permite a cabalidad determinar y gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr conformidad con los requisitos del producto. Existe un reglamento interno de seguridad y protección sobre el manejo de medicamentos citostáticos cuyo objetivo es darle confianza al personal en el desempeño de sus labores a través del conocimiento de los conceptos fundamentales sobre medicamentos citostáticos.

¿Tiene la organización conformado el COPASO?			X				Se cuenta con un COPASO establecido
7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO							
7.1 Planificación de la realización del producto	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
¿La organización planifica los procesos para la prestación del servicio?		X					La empresa no planifica el desarrollo de los procesos necesarios para la prestación del servicio. No existen actividades para la verificación, seguimiento, inspección, y ensayo/prueba específicas para la prestación del servicio.
¿Hay registros que evidencian la planificación de la prestación del servicio?		X					No existen registros que evidencien la planificación de la prestación del servicio en cuanto a los procesos asistenciales.
7.2 Procesos relacionados con el cliente	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
7.2.1 ¿Ha determinado la organización un procedimiento o mecanismo para definir los requisitos del cliente relacionado con el servicio que se presta?		X					La empresa tiene identificados sus clientes. No se ha establecido un procedimiento para definir los requisitos especificados y no especificados por los clientes relacionados con la prestación del servicio de medicina oncológica
7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio.		X					No existe un procedimiento que defina la gestión de los contratos y convenios con los clientes (EPS y EPSS). No existe evidencia documentada de la revisión de los requisitos relacionada con la prestación del servicio en los contratos o convenios con los clientes EPS.

7.2.3 ¿Se han establecidos procesos de comunicación con los clientes?		X					Para los clientes/usuarios existe un buzón de sugerencias. Pero no hay un procedimiento formal que establezca una comunicación eficaz con los diferentes clientes como son usuarios, EPS, EPSS y Médicos especialistas. Es necesario establecer un procedimiento para quejas y reclamos de los usuarios
7.3 Diseño y Desarrollo (no aplica)	X						
7.4 Compras	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
7.4.1 ¿Se ha definido un procedimiento para la evaluación y selección de los proveedores?			X				La organización tiene identificados sus proveedores y los tiene clasificados según variables de precios, calidad, tiempo de entrega, etc., cuenta además con un procedimiento para evaluar y seleccionar los proveedores de acuerdo con los requisitos del producto adquirido. No existen registros que evidencien la evaluación de los proveedores.
7.4.2 Información de las compras			X				Existe un procedimiento de compras pero no cuenta con evidencia de que se aseguran los requisitos antes de comunicárselos al proveedor
7.4.3 ¿Existe evidencia de la verificación de las compras?				X			Se hace una inspección de los medicamentos y dispositivos medico quirúrgicos que se compran, existe un procedimiento formal y evidencia de los productos rechazados en el procedimiento.

7.5 Producción y prestación del servicio	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio.		X					La organización tiene planes formales que describen la prestación del servicio bajo condiciones controladas.
7.5.2 Validación de los procesos de la producción y la prestación del servicio	X						
7.5.3 Identificación y trazabilidad de los servicios		X					La organización no ha definido claramente la identificación y trazabilidad en la prestación del servicio.
7.5.4 ¿La organización tiene identificado la forma de salvaguardar los bienes del cliente?				X			La organización ha definido una forma para identificar, proteger y salvaguardar los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo su control.
7.5.5 Preservación del producto				X			La organización salvaguarda la Historia clínica. Existe un manual en donde se especifican los controles, normatividad y lineamientos que debe seguir para cumplir con este punto.
7.6 Control de los dispositivos de seguimiento y medición	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
¿Se ha establecido un procedimiento para el control de los dispositivos de seguimiento y medición?		X					No se ha establecido un procedimiento formal para el control de los dispositivos de seguimiento y medición.
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA							
8.2 Seguimiento y Medición	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	

8.2.1 ¿Existen métodos para obtener información de la percepción de los clientes EPS, usuarios y Médicos?		X					No existen métodos formales para obtener información sobre la percepción de los clientes. Hay un buzón de sugerencias para los usuarios pero no se tiene un procedimiento formal para analizar las sugerencias o reclamos. En conclusión no hay métodos para medir la satisfacción de los clientes.
8.2.2 ¿Se ha definido un procedimiento para la realización de auditorías internas de calidad?		X					La organización no ha establecido un procedimiento documentado donde se defina las responsabilidades y requisitos para las auditorías internas de calidad.
8.2.2 ¿Están determinados los auditores internos de calidad?				X			La coordinadora de calidad está ya capacitada como auditora interna de calidad.
8.2.2 ¿Se ha planificado un programa para las auditorías internas de calidad?		X					No se ha planificado un programa de auditoría donde se considere el estado y la importancia de los procesos, las áreas a auditar y los resultados de auditorías previas.
8.2.3 ¿Existen métodos apropiados para el seguimiento y medición de los procesos?		X					La organización carece de métodos para el seguimiento y medición de sus procesos asistenciales. No está definida la forma de medir los procesos relacionados con la prestación del servicio.

8.2.3 ¿Se han definido indicadores para medir la efectividad de los procesos?		X					No se han definido ninguna clase de indicadores que permitan medir la efectividad de los procesos del centro oncológico. Además cabe recordar que no se ha elaborado la caracterización de todos los procesos.
8.2.4 ¿Se ha definido un método para la medición y seguimiento de las características del servicio?		X					No se ha planificado la prestación del servicio, por lo tanto no existen actividades enfocadas a la medición y seguimiento de las características de prestación del servicio.
8.2.4 Criterios de aceptación de la prestación del servicio				X			Se identifica cuándo hay conformidad en la prestación del servicio y aceptación de la calidad de este para su posterior liberación. Existe evidencia formal que permite corroborar esta actividad.
8.3 Control del producto y/o servicio no conforme	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
¿Existe un procedimiento documentado para el control de productos y/o servicios no conforme?		X					Se identifican los servicios no conformes cuando ocurren pero no existe un procedimiento documentado para el tratamiento y control de este servicio
¿Hay registro de la naturaleza de las no conformidades?		X					No hay registro de la ocurrencia de las no conformidades como tampoco de las acciones tomadas para su tratamiento.
8.4 Análisis de datos	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	

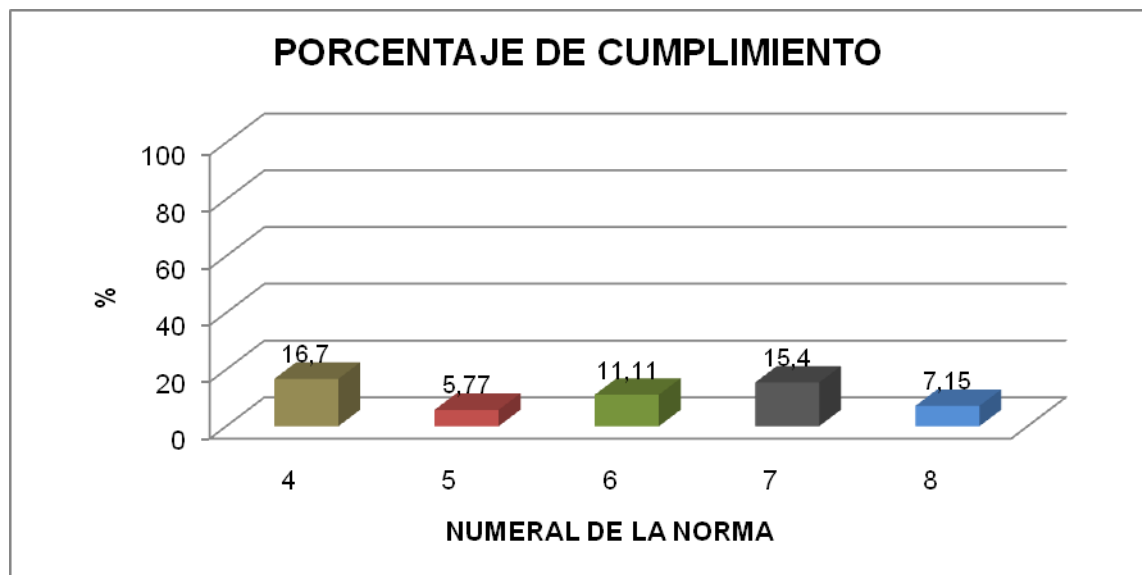
¿Hay un método para determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad?		X					La organización carece de métodos para el análisis de los datos recopilados, ya sea para la satisfacción del cliente, conformidad con los requisitos del servicio, características y tendencias de los procesos y los proveedores.
8.5 Mejora	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
8.5.1 Mejora Continua		X					La organización no tiene definidos los objetivos de calidad, procedimiento para auditorías, análisis de datos, procedimiento para acciones correctivas y preventivas y revisiones por la dirección que permitan ayudar para el mejoramiento continuo de un sistema de gestión de la calidad.
8.5.2 ¿Hay un procedimiento documentado para definir las acciones correctivas de las no conformidades?		X					No hay un procedimiento documentado que defina las acciones a tomar para eliminar las causas de las no conformidades.
8.5.3 ¿Hay un procedimiento documentados para determinar las acciones para eliminar las causas de las no conformidades potenciales?		X					No hay un procedimiento documentado que determine las acciones para eliminar las causas de las no conformidades potenciales y para prevenir su ocurrencia.

4.3. Análisis del diagnóstico del sistema de gestión de la calidad según la norma NTC ISO 9001:2000

El diagnóstico realizado bajo los lineamientos de la norma ISO 9001:2000 y el análisis realizado durante ese tiempo arrojó los siguientes resultados:

- El Porcentaje de cumplimiento de la mayoría de los requisitos de la norma ISO 9001:2000 indica que no se cumplen, algunos están documentados pero no están implementados completamente como se puede ver en el diagnóstico mostrado anteriormente y en la siguiente gráfica que resume los porcentajes de cumplimiento totales por numeral de la norma.

Ilustración 4: Porcentaje de cumplimiento del Centro Oncológico respecto a los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000



Fuente: Autores.

Como se observa en la Ilustración 4, todos los numerales de la norma están muy poco desarrollados dentro de la organización, y entre los más avanzados (numeral 4 y 7) el porcentaje de cumplimiento sigue siendo muy bajo, lo que evidencia que es prácticamente nulo el grado de implementación de la norma ISO 9001:2000.

- Por medio de este diagnóstico, se han identificado dos exclusiones de la norma ISO 9001:2000 que son, el numeral 7.3 de Diseño y Desarrollo; debido a que todos los protocolos asistenciales de medicina oncológica que se siguen ya están establecidos por sociedades de medicina nacionales e internacionales y el numeral 7.5.2 de Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio porque la organización cuenta con controles en cada uno de los servicios que le permite identificar deficiencias antes y durante la prestación del servicio.
- Algunos requisitos se desarrollan parcialmente dentro de las actividades de la empresa, pero los procedimientos existentes no estaban estandarizados, no estaban implementados y eran obsoletos, lo que impedía darle formalidad a las actividades realizadas.
- Los documentos no estaban estandarizados según la norma ISO 9001:2000, ni se tenía control de los documentos que ya estaban obsoletos y que habían dejado de usarse.
- Este análisis permitió a la alta dirección del Centro Oncológico evidenciar los puntos críticos de la organización, respecto a la norma ISO 9001:2000, y brindó información sobre el estado actual de la empresa versus el sistema de gestión de calidad que se deseaba implementar.
- La documentación que existe en la empresa es muy poca, lo que genera desorganización en la realización de los procesos, ya que no hay estándares claramente definidos. La organización tiene poca cultura de medición. Los registros que existen no son suficientes para un mayor control de los procesos, como también establecer indicadores que monitoricen las actividades críticas.

- La dirección de Talento Humano en la organización está poco desarrollada; el personal no tiene establecido claramente sus responsabilidades y se ha descuidado el desarrollo de su competencia y formación.
- La gerencia del Centro Oncológico está comprometida con la asignación de recursos para que el sistema de gestión de calidad se implemente eficazmente ya que ven en ello una oportunidad de mejora dentro de la organización y como una ventaja competitiva importante para la realización de contratos con las aseguradoras.
- No se cuenta con un proceso de selección del personal documentado, ni con un proceso de inducción, ni normas y métodos para medir el desempeño, que permitan a su vez tomar medidas correctivas y de retroalimentación que se vean reflejadas en planes de capacitación para los trabajadores, y en sistemas de incentivos y sanciones.
- Los controles de calidad, no cuentan con registros eficaces y no se ejecutan plenamente.
- Se tienen indicadores de gestión, pero no se utilizan debido a la deficiencia en la captura de datos para alimentarlos, por lo tanto la gestión no permite detectar y/o prever problemas y desarrollar planes para superarlos o evitarlos.

5. PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA

5.1. REPRESENTANTE DE CALIDAD ANTE LA DIRECCIÓN

Para poder empezar la planificación del SGC, se vió necesario designar un representante de la dirección con el fin de que liderara el proyecto al interior de la organización, este representante junto con los facilitadores del proyecto (practicantes) serían los responsables del proyecto.

Una vez finalizado el proyecto e implementado el sistema, el encargado de mantenerlo sería la Directora de Calidad y Control Interno del Centro Oncológico, la Ingeniera María Cecilia Méndez Bermúdez; quien junto con los líderes de los procesos serían los encargados del mejoramiento continuo del SGC al interior de la organización.

La Ingeniera María Cecilia Méndez Bermúdez fue escogida por su larga trayectoria en la organización y además por ser la Directora de calidad de la misma; lo que le otorgaba un alto grado de reconocimiento al interior del Centro Oncológico, así como de los procesos asistenciales y administrativos.

Los autores del proyecto, se designaron como facilitadores de calidad, pero fueron las personas que analizaron, planificaron, diseñaron, documentaron y dirigieron las actividades y además brindaron capacitación al personal del Centro Oncológico Ltda.

5.2. COMITÉ DE CALIDAD

Luego de elegir los líderes del proyecto, se escogió dentro de la Junta Directiva de la organización, un equipo responsable de apoyar la labor del representante y de los facilitadores de calidad, brindando apoyo en la planificación y ejecución del SGC, aportando conocimientos, evaluando propuestas y transmitiendo las acciones

e información que se produjera en relación con la gestión de calidad al interior de la organización.

Al principio el comité fue conformado por el director administrativo y financiero, el director científico, el representante de calidad y los autores del proyecto, representando así la dirección de la organización y los líderes del proyecto.

En la medida en que la planificación de la calidad avanzaba, y una vez que se identificaron los procesos que conformaban el sistema de gestión de calidad se designaron los jefes o responsables de los servicios asistencial y administrativo, quienes conformaron los círculos de calidad e integraron el comité de calidad.

La finalidad del comité de calidad era conformar un equipo que efectuara seguimiento al desempeño del SGC, a la vez que brindara un espacio en el cual se debatieran sucesos o propuestas que afectaran los servicios asistencial y administrativo; y con ello la calidad de los servicios ofrecidos a los usuarios; al mismo modo se utilizó como medio de capacitación para los jefes de los procesos, y de divulgación del Sistema de Gestión de Calidad de la organización.

La frecuencia de reunión del comité de calidad se definió en una al mes.

5.3. CÍRCULOS DE CALIDAD

En vista de que la organización presentaba dos grandes divisiones las cuales eran el Servicio Asistencial y el Servicio Administrativo, se decidió conformar en cada uno de ellos un círculo de calidad con el fin de evaluar, planear y gestionar cada uno de los procesos que hacen parte de ellos; así cuando se reunía el Comité de Calidad, no lo hacía con todos los procesos sino solo con los responsables de los respectivos círculos; de esta manera se tenía un mayor control de los procesos y se lograba mayor eficiencia y efectividad en las reuniones del Comité de Calidad.

La organización es un solo equipo, pero dentro de ella se crearon dos equipos que permitieron la representación de los procesos de una forma integrada y no de manera individual, generando así un mayor compromiso para con el SGC.

5.4. ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Por alcance del SGC, se entiende todos aquellos procesos que serán certificados por el ente autorizador, y que son aquellos procesos que afectan directamente la satisfacción del cliente.

El alcance se determinó a partir de los servicios ofrecidos dentro del Centro Oncológico Ltda., ya para la organización, la importancia de la implementación y certificación de su sistema de gestión de calidad, radicaba en la necesidad de poder demostrar su capacidad de ofrecer servicios con un alto grado de calidad.

Así mismo, el alcance del SGC, se define por las exclusiones sobre los numerales definidos en la norma ISO 9001:2000, que en el caso de la organización son el numeral 7.3 "Diseño y Desarrollo" y el numeral 7.5.2 "Validación de los Procesos de la Producción y de la Prestación del Servicio". (**Ver Anexo A: Manual de Calidad**).

5.5. IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Dentro de la norma ISO 9001 versión 2000, se introduce uno de los principios sobre los cuales se deben estructurar los Sistemas de Gestión de la Calidad, el *Enfoque Basado en Procesos*. Según este principio, las organizaciones se gestionan más eficientemente, si se traducen o representan en una red de procesos interrelacionados, a través de los cuales se obtienen los servicios y/o productos que cumplen con los requisitos del cliente.

Según este enfoque, era necesario representar la organización, en un conjunto de procesos y no en áreas como se hacía hasta el momento en el Centro Oncológico y como generalmente se estructuran las organizaciones.

Partiendo de esta definición, en que los procesos tienen una entrada, producen un valor y generan un resultado, se procedió a la identificación de los procesos, sus

clientes internos y externos y el modo en que añadían valor a los servicios ofrecidos por la organización.

La definición de los procesos, partió de la siguiente clasificación:

Procesos Directivos: Son el conjunto de procesos relacionados con la enunciación, transmisión y establecimiento de políticas y estrategias financieras y administrativas, así como el establecimiento de objetivos y el aseguramiento de la disponibilidad apropiada de los recursos que contribuyen al logro de la razón de ser de la organización.

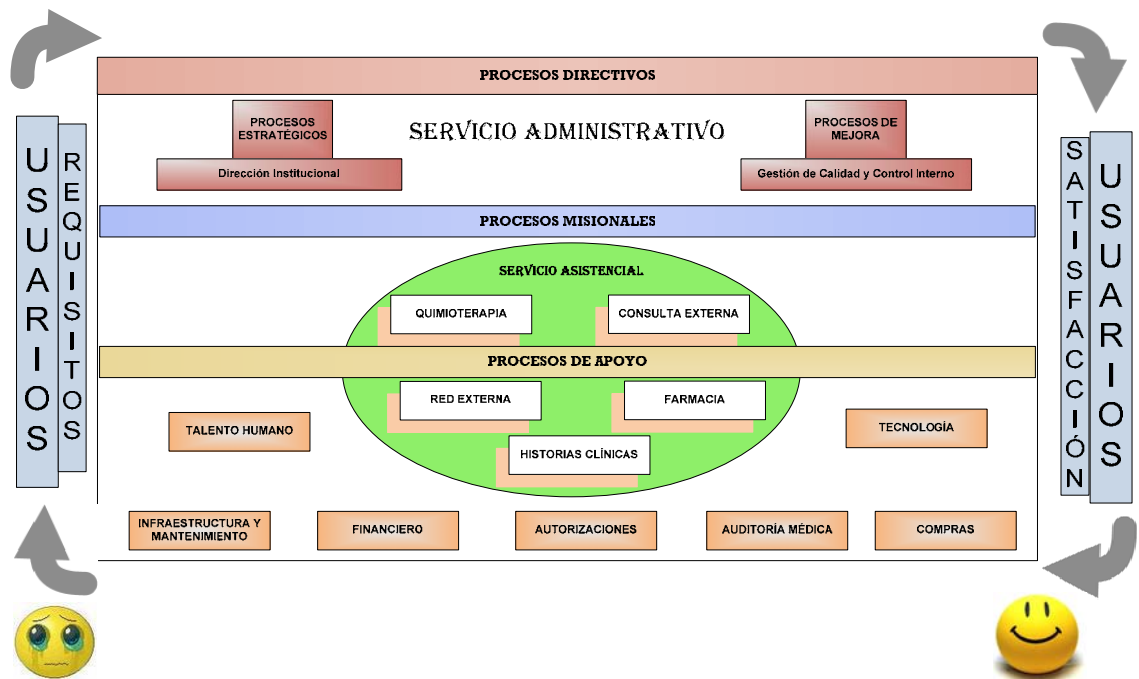
Procesos Misionales: Son el conjunto de procesos que contribuyen directamente con el cumplimiento de la razón de ser del Centro Oncológico Ltda.

Procesos de Apoyo: Son el conjunto de procesos relacionados con la ejecución de las políticas y estrategias financieras y administrativas, que tienen la finalidad de contribuir al logro de las actividades misionales del Centro Oncológico Ltda.

Definidos los procesos, se elaboró el mapa de procesos del Centro Oncológico Ltda., siendo ésta la representación gráfica de los procesos y los Servicios Asistencial y Administrativo de la organización.

En este mapa se puede apreciar de color verde en un círculo en el centro los procesos que conforman el servicio asistencial; los misionales quimioterapia y consulta externa y los de apoyo red externa, farmacia e historias clínicas. En el cuadrado exterior y abarcando los procesos directivos dirección institucional y gestión de calidad y control interno; y los de apoyo talento humano, tecnología, infraestructura y mantenimiento, financiero, autorizaciones, auditoría médica y compras, conforman el servicio administrativo del Centro Oncológico, todos ellos interrelacionados con el fin de satisfacer las expectativas y generar bienestar en los usuarios.

Ilustración 5: Mapa de Procesos del Centro Oncológico Ltda.



Fuente: Autores.

Después de identificar los procesos y elaborar el mapa de procesos, se asignaron los jefes de cada uno de ellos, a quienes se les asignó la responsabilidad sobre la gestión de cada proceso y de brindar apoyo en el diseño e implementación del Sistema de Gestión de Calidad a los líderes del proyecto.

La selección de los responsables de procesos, se realizó evaluando la antigüedad en la empresa y el desempeño en la misma de los trabajadores. El objetivo, era contar con personas con un amplio conocimiento, no solo de las actividades que comprendía el proceso sino además, de la organización y que además contaran con el apoyo de los demás empleados, lo cual otorgaba la experiencia y el conocimiento necesario para realizar con éxito su gestión.

5.6. DIAGNÓSTICO DE LOS PROCESOS

Para iniciar con la caracterización de los procesos, se realizó un diagnóstico general sobre los aspectos más significativos sobre el funcionamiento de los


procesos. Este diagnóstico se llevó a cabo mediante entrevistas con los jefes de cada uno de los procesos y los demás empleados. Los hallazgos encontrados se resumen a continuación:

- Problemas en el flujo de información entre procesos, por la ausencia de instrumentos de registro o por la poca confiabilidad de los mismos.
- Problemas en el flujo de información desde la gerencia lo que implicaba que los cambios generados en los contratos firmados con las EPS, EPSS y demás aseguradoras no se informaban a tiempo a los procesos.
- No se contaba con mecanismos de medición en los procesos, lo que dificultaba el control de estos y observar la incidencia en el desempeño global de la empresa.
- Responsabilidades no definidas en cuanto a la ejecución de tareas y de resultados obtenidos lo que generaba que ésta recayera en los auditores médicos, quienes no tenían el tiempo suficiente para realizar las labores propias de su trabajo.
- Problemas en el flujo de información en los procesos de autorizaciones, facturación y contabilidad, generado por la ausencia de un sistema de información integrado lo que implicaba la digitación doble de la misma información.
- Cambios constantes en la metodología para realizar algunas actividades, lo que generaba confusión y una alta probabilidad de error en la ejecución de las mismas.
- Escasa documentación en todos los procesos, lo que favorecía la variabilidad en los procesos.

5.7. CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS – PLANIFICACIÓN DE LOS PROCESOS

Después de identificados los procesos y designar los responsables de los mismos, se procedió a construir las caracterizaciones de los procesos, la cual se realizó en base al formato mostrado a continuación:

Ilustración 6: Formato de Caracterización de Procesos

	SERVICIO ADMINISTRATIVO		Código:		
	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE AUTORIZACIONES		Versión:		
			Página X de X		
Revisó:	Aprobó:		Fecha de Aprobación:		
Tipo de Proceso:	Responsable del proceso:				
Objetivo del proceso:					
Alcance del proceso					
Proveedores	Entradas	Actividades del proceso	Responsable	Salidas del proceso	Clientes
REQUISITOS LEGALES Y/O REGLAMENTARIOS				PROCESOS RELACIONADOS	
REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000				RECURSOS REQUERIDOS PARA EL PROCESO	
DOCUMENTOS ASOCIADOS				REGISTROS REQUERIDOS PARA EL PROCESO	
MECANISMOS DE SEGUIMIENTO				MEDICION DEL PROCESO	
REQUISITOS DE LOS BENEFICIARIOS				REQUISITOS DE LA ORGANIZACIÓN	
RESPONSABLES					
CONTROL DE CAMBIOS					
VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN		DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS		

- **Tipo de Proceso:** Hace referencia al servicio asistencial o administrativo del Centro Oncológico Ltda.
- **Responsable del proceso:** cargo del líder del proceso y sus colaboradores.

- **Objetivo del proceso:** Define el propósito general del proceso. Responde a las preguntas qué pretende el proceso y para qué.
- **Alcance del proceso:** Describe a nivel macro en donde inicia y en donde termina el proceso, es decir, la cobertura de las actividades que lo comprenden, así como la población a la cual aplica.
- **Proveedores:** Organización o persona que proporciona un producto. Pueden ser entidades externas u procesos internos.
- **Entradas:** Información, documentos o elementos necesarios para desarrollar las actividades propias del proceso.
- **Actividades del proceso:** Conjunto de transformaciones que se llevan a cabo sobre las entradas del proceso y que generan salidas.
- **Responsable:** Describe los cargos responsables de realizar las actividades del proceso.
- **Salidas del proceso:** Información, documentos o elementos transformados requeridos en otras actividades propias o de otros procesos.
- **Clientes:** Organización o persona que recibe un producto. Pueden ser entidades externas o procesos internos.
- **Requisitos legales y/o reglamentarios:** Indica cualquier reglamentación o normatividad que se deba cumplir para ejecutar las actividades del proceso.
- **Procesos relacionados:** Todos aquellos procesos que interactúan directamente con el proceso
- **Requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2000:** Indicar los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000, aplicables al proceso.
- **Recursos requeridos para el proceso:** Recursos requeridos para el proceso; ya sean recursos físicos, y/o tecnológicos.
- **Documentos asociados:** Indica los documentos de calidad propios del proceso.
- **Registros requeridos para el proceso:** Indica los registros de calidad de otros procesos que se requieren para la realización del proceso.

- **Mecanismos de seguimiento:** Actividades para realizar seguimiento y medición del proceso (comités, reuniones de seguimiento, auditorías etc.).
- **Medición del proceso:** Indicadores a nivel estratégico, táctico y operativo
- **Requisitos de los clientes:** Especificar las necesidades de los clientes del proceso.
- **Requisitos de la organización:** Indica los requisitos internos de la organización para la realización del proceso.
- **Control de cambios:** se especifica el cambio realizado, la versión del documento y la fecha de aprobación.

Para la realización de las caracterizaciones, se programaron reuniones con los Jefes de Procesos y también a través de la observación directa de las actividades realizadas en cada proceso.

En el **Anexo B** del presente documento se presentan las caracterizaciones

5.7.1. Identificación de Clientes y Partes Interesadas.

De acuerdo con el principio de *Enfoque al Cliente*, definido en la Norma ISO 9001:2000, una organización debe identificar los requisitos de sus clientes, para ofrecerles servicios que satisfagan sus necesidades.

No obstante, para identificar los requisitos de la organización, la institución debía identificar sus clientes y demás partes interesadas. Estos clientes y demás partes interesadas de la institución se definieron a partir de la elaboración de las caracterizaciones y se clasificaron de la siguiente manera:

- *Usuarios.* Son todos aquellos afiliados a las EPS y EPSS u otras instituciones aseguradoras, con las cuales se tienen establecidos convenios de prestación de servicios y quienes se benefician directamente de la prestación de éstos, ya que son quienes lo reciben. Así mismo, los usuarios son todas aquellas personas que son atendidas en la institución de una manera particular.

- *Clientes Institucionales.* Son todas aquellas instituciones con las cuales se tiene convenios establecidos para la prestación de servicios ya sean EPS, EPSS y demás aseguradoras.
- *Clientes Internos.* Los clientes internos son los procesos entre sí, ya que el resultado de un proceso es a su vez la entrada a otro proceso, así mismo, se consideran clientes internos todos los empleados de la organización.
- *Estado y Entidades Gubernamentales.* La actividad en salud es altamente controlada y regulada por normas y disposiciones legales, de estricto cumplimiento, por esta razón las entidades gubernamentales de vigilancia y control, hacen parte de los clientes de la organización, ya que de sus requisitos depende la planificación de los servicios que allí se prestan.

5.7.2. Definición de los Requisitos de los Clientes y Partes Interesadas.

Los requisitos de los clientes pueden surgir de las necesidades que tienen y que desean ser cubiertas a través de lo que reciben, o de normas y condiciones ya establecidas, tales como las leyes o normas legales, y las condiciones pactadas en los convenios de prestación de servicios.

La identificación de los requisitos y necesidades se realizó según el tipo de cliente; los resultados obtenidos se detallan a continuación:

- *Clientes Institucionales.* Para los clientes institucionales se definen los requisitos en los contratos que se establecen con la aseguradora. Según las condiciones pactadas, se planifica la prestación de los servicios para los afiliados de cada una de las empresas aseguradoras.

Las condiciones pactadas o requisitos que se identificaron, hacían referencia a los siguientes aspectos:

- ✓ Objeto del Servicio Prestado. Son los servicios que la institución se compromete a prestar a los afiliados de la aseguradora correspondiente. Ejemplo: consulta externa, quimioterapia, radioterapia, cirugía, imágenes diagnósticas, etc.
- ✓ Tarifas. Los servicios prestados deben facturarse a las tarifas que se pacten entre las dos partes (ISS + 11 puntos, tarifa SOAT, etc.).
- ✓ Medicamentos. En la contratación de prestación de servicios, se definen los medicamentos que pueden ser suministrados a los usuarios (medicamentos POS y algunos medicamentos NO POS), así como las tarifas a las cuales deben ser facturados.
- ✓ Procedimientos de Facturación. Se definen normas para la presentación de las facturas en cuanto a la documentación que deben contener, así como las fechas para el recibo y pago de las mismas.
- ✓ Autorización de Servicios. Se definen los procedimientos y normas para la autorización de servicios que requieran los usuarios durante su atención en la institución o para ser atendidos en la red externa.

Así mismo, para los clientes institucionales se realizan auditorías médicas y de cuentas, mediante las cuales se verifica que se apliquen los tratamientos y procedimientos médicos pertinentes y que se cumplan con las condiciones pactadas en los contratos.

En el caso en que se presenten algunas modificaciones en los contratos, la entidad aseguradora realiza la gestión con los altos directivos de la organización, para realizar la negociación correspondiente.

- *Usuarios*: Los usuarios quienes son las personas que reciben directamente el servicio.

Para la identificación de las necesidades de los usuarios, se realizó una revisión a las sugerencias y quejas presentadas por los usuarios en los últimos meses. La información allí contenida fue importante para determinar sus necesidades más apreciables; en esta tarea los jefes de procesos aportaron una valiosa contribución, ya que su conocimiento y experiencia, facilitó la determinación de dichas necesidades, las cuales se resumen a continuación:

- ✓ Atención amable y cordial.
- ✓ Tiempo de espera mínimo en la atención.
- ✓ Información veraz.
- ✓ Atención oportuna.
- ✓ Conformidad del servicio de salud.
- ✓ Remisiones pertinentes.
- ✓ Atención profesionalizada.
- ✓ Existencia de medicamentos requeridos para el tratamiento a seguir.
- ✓ Instalaciones agradables

Estas necesidades se tradujeron en características de calidad para los procesos a través de los cuales se prestaban los servicios que recibían los usuarios.

- *Entidades Gubernamentales.* Las exigencias establecidas por el estado en materia de prestación de servicios de salud, por medio del Ministerio de la Protección Social, se establecen en la normatividad vigente.

Los requisitos legales que aplican a la organización, y determinan la planificación de los servicios ofrecidos, se encuentran en las siguientes normas:

- ✓ Ley 100 de 1993
- ✓ Resolución 5261 de 1994. Plan Obligatorio de Salud.
- ✓ Resolución 1439 de 2002. Mediante el cual se establece el Sistema Único de Habilitación.

- ✓ Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Además existen otros aspectos legales que aplican a los procesos específicamente como el decreto 2200 y 1403 del Ministerio de la Protección Social, que hablan sobre las condiciones mínimas y demás disposiciones que deben cumplir los servicios farmacéuticos.

En vista de lo anterior se generó un listado maestro de documentos externos para cada uno de los procesos en donde se condensa la normatividad aplicable a estos **(Ver anexo C)**.

- *Clientes Internos*: los requisitos de los clientes internos se generan de sus necesidades en relación a lo que esperan recibir de otros procesos para llevar a cabo sus actividades.

Para la identificación de necesidades y la definición de requisitos, se realizaron entrevistas con los trabajadores de la organización lo que arrojó los siguientes requisitos generales:

Suministros oportunos y de buena calidad. En el servicio asistencial, los insumos más críticos son los medicamentos y los dispositivos medicoquirúrgicos, los cuales deben ser abastecidos a tiempo. Por otro lado, se subcontratan algunos servicios (gestión de residuos hospitalarios, ambulancia, laboratorios clínicos para el análisis de muestras e imágenes diagnósticas para corroborar patologías), que afectan directamente la prestación de los servicios ofertados por el Centro Oncológico, por lo cual el proceso de compras junto con la dirección institucional, deben garantizar que se tengan convenios establecidos con las instituciones responsables de los servicios subcontratados, y en los cuales se garantice una atención y un servicio acorde con las necesidades y expectativas de la organización.

Capacitación e información sobre las responsabilidades y tareas a desarrollar. Los trabajadores necesitan conocer sus funciones y responsabilidades, así como obtener la capacitación necesaria para llevar a cabo las actividades propias del cargo al cual pertenecen. Así mismo, requieren condiciones de trabajo óptimas, entendiendo éstas, como infraestructura y equipos necesarios, condiciones de seguridad, estabilidad laboral y emocional, entre otros.

Comunicación. La comunicación es un ítem importante en una organización, por lo cual es necesario que ésta se realice a través de canales que permitan mantener la integridad de la misma, y que a su vez esta sea veraz y oportuna.

5.7.3. Indicadores de Calidad.

El objeto de los indicadores de calidad es monitorear el proceso para verificar que se cumplan los requisitos establecidos anteriormente. El cumplimiento de los requisitos refleja la capacidad del proceso para proveer resultados que permitan satisfacer a los clientes; por lo cual era muy importante que se definieran de acuerdo a ellos.

Para la definición de los indicadores, se analizaron las características de calidad definidas para cada proceso, los requisitos establecidos por las aseguradoras, el estado y la organización; y se definieron los indicadores de gestión a través de los cuales se podría valorar su cumplimiento.

Los indicadores de calidad establecidos para cada uno de los procesos se pueden ver en el **Anexo D** Hoja de vida Indicadores.

5.8. FILOSOFÍA DE LA CALIDAD

Con los procesos de la organización identificados, y realizadas las caracterizaciones de cada uno de ellos, se definió la política y los objetivos de calidad.

La filosofía de calidad que se definió, debía ser afín con la filosofía global de la organización, la cual se plasmaba en la misión y visión, así como en sus valores institucionales.

El primer paso por tanto, consistió en revisar tanto la misión como la visión del Centro Oncológico, de lo cual se identificó la necesidad de su reformulación, lo cual se realizó a partir de reuniones que se sostuvieron con la junta directiva, ya que ella es la responsable del direccionamiento estratégico de la organización.

La construcción de la nueva misión, se realizó a través de la formulación de las siguientes preguntas:

- ¿Por qué existimos (cuál es nuestro propósito básico)?
- ¿En qué sector debemos estar?
- ¿Quién es nuestro usuario objetivo?
- ¿Qué es valor para nuestro usuario o ciudadano?
- ¿Qué necesidades podemos satisfacer?
- ¿Cómo es que vamos a satisfacer estas necesidades?
- ¿En qué nos distinguimos?, ¿qué característica especial tenemos o deseamos tener?
- ¿Cómo mediremos el éxito de la misión?

Del trabajo realizado, se formuló la siguiente misión para la organización:

“Somos una Institución Prestadora de Salud IPS de alta complejidad, que brinda una atención integral a usuarios con Patologías Neoplásicas, mediante programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de estas enfermedades. Tenemos políticas de mejoramiento continuo, sustentados en una sólida red de servicios de salud a nivel nacional, que combina la ética y calidez, para ofrecer a los usuarios y sus familias la satisfacción de sus expectativas.”

De la misma forma y aplicando la misma metodología se redefinió la visión de la organización.

- ¿Qué tratamos de conseguir?
- ¿Cuáles son nuestros valores?
- ¿Cómo produciremos resultados?
- ¿Cómo nos enfrentaremos al cambio?
- ¿Cómo conseguiremos ser competitivos?

Del trabajo realizado, se formuló la siguiente Visión para la organización:

“Para el año 2012 seremos acreditados en la prevención, tratamiento y rehabilitación del usuario con Patologías Neoplásicas, siendo un punto de referencia por la calidad en la prestación de sus servicios; se liderarán programas de educación médica continuada y de seguimiento a nivel nacional del comportamiento epidemiológico de patologías oncológicas, con el propósito de fortalecer procesos investigativos y científicos que ayuden a generar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.”

Una vez definida la nueva misión y visión de la organización y con una clara estrategia, *Calidad en los servicios*, se establecieron las pautas para la redefinición de la Política y el establecimiento de los objetivos de Calidad.

5.8.1. Política de Calidad.

Para la redefinición de la política de calidad se evaluó la misión, la visión, la norma ISO 9001:2000 junto con la anterior política de calidad de la institución, con el fin de determinar los aspectos relevantes que se deseaban alcanzar con la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en el Centro Oncológico Ltda. Los resultados de dicha revisión se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 4. Aspectos Relevantes de la Misión y la Norma NTC ISO 9001:2000 para la definición de la Política de Calidad del Centro Oncológico Ltda.

Misión	Norma ISO 9001
<ul style="list-style-type: none"> ➤ La satisfacción de las expectativas de los usuarios ➤ La excelencia, ética y calidez humana. ➤ Servicio de calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La mejora continua ➤ Enfoque basado en procesos ➤ Satisfacción del cliente ➤ Competencia del Recurso Humano

Tomando en cuenta los aspectos relacionados en la tabla anterior, se redactó la Política de Calidad del Centro Oncológico Ltda.

“Satisfacer las necesidades y expectativas de Salud de nuestros usuarios con Patologías Neoplásicas, Pensando siempre prioritariamente en la conservación de su integridad física y emocional, mejorando continuamente nuestros servicios con profesionalismo y calidez humana.”

5.8.2. Objetivos de Calidad

Los objetivos de calidad, son los logros que la organización aspira alcanzar y a través de los cuales se busca dar cumplimiento a la política de calidad establecida.

Los objetivos trazados para el Centro Oncológico Ltda., con sus respectivas metas se muestran a continuación en la tabla 5, en donde se desprenden de la política de calidad definida para la organización, y donde estos objetivos a la vez para ser controlados y verificados se desprenden en indicadores de calidad con un método de cálculo definido para cada uno, con su respectiva meta, frecuencia de medición y responsable del análisis de datos correspondiente.

Tabla 5. Despliegue de la Política de Calidad en Objetivos de Calidad y en Indicadores de Calidad

POLÍTICA DE CALIDAD	OBJETIVOS RELACIONADO CON LA POLÍTICA DE CALIDAD	INDICADOR	CÁLCULO	META	RESPONSABLE DEL ANÁLISIS DE DATOS	FRECUENCIA
“Satisfacer las necesidades y expectativas de Salud de nuestros usuarios con Patologías Neoplásicas, Pensando siempre prioritariamente en la conservación de su integridad física y emocional, mejorando continuamente nuestros servicios con profesionalismo y calidez humana.”	Brindar al usuario una atención oportuna de acuerdo a sus necesidades y expectativas.	Oportunidad en la prestación de servicios.	No = Σ del # de días por usuario transcurridos entre la solicitud del servicio hasta el día en que se presta el servicio/Total de usuarios atendidos al mes	<10	Coordinador de calidad	mensual
		Usuarios atendidos con un retardo mayor a 20 minutos en consulta externa	No = No de usuarios atendidos con un retardo mayor a 20 minutos en consulta externa	50	Coordinador de calidad	mensual
		Porcentaje tiempo de entrega de medicamentos	% = $((\Sigma$ del # de días transcurridos entre la solicitud de medicamentos hasta el momento en que se entregan)/(Total de solicitudes al mes)) x 100	>=80%	Coordinador de calidad	mensual
		Porcentaje de cumplimiento de fechas programadas administración de tratamiento	% = Σ de fechas programadas para administración de tratamiento cumplidas al mes/ # total de usuarios programados para administración de tratamiento al mes.	>=90%	Coordinador de calidad	mensual
	Mejorar el nivel de satisfacción de usuarios.	Porcentaje general de satisfacción del usuario	Σ ((Puntos obtenidos / Puntos máximos totales)x100%)/ Total de encuestas aplicadas	>= 85%	Coordinador de calidad	Trimestral
		Satisfacción del usuario	Número de quejas recibidas	<10	Coordinador de calidad	Trimestral
	Brindar una atención segura a los usuarios.	Porcentaje de eventos adversos en quimioterapia	% = $((\#$ de usuarios que presentaron eventos adversos en quimioterapia)/(total de usuario atendidos en quimioterapia)) x 100	<=10%	Coordinador de calidad	Mensual
	Lograr el mejoramiento continuo del sistema de gestión de calidad	Nivel de cumplimiento del plan de acción	% = $(($ Acciones implementadas)/(Acciones planeadas)) x 100	>=85%	Coordinador de calidad	Trimestral
		Nivel de implementación de acciones correctivas y preventivas implementadas	% = $((\#$ de A.P. + # de A.C. cerradas)/(# total de A.P. + A.C.)) x 100	>=80%	Coordinador de calidad	mensual

6. DESARROLLO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

6.1. DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

En la Norma ISO 9001:2000, la palabra documento se utiliza para referirse a la forma como se provee la información que necesita la organización ya que ella es la base para la actuación al interior de la organización, pues en ella se refieren las actividades, instrucciones, funciones, normas, políticas, entre otros, que permiten acciones más organizadas y estandarizadas, logrando con ello disminuir la variabilidad de los procesos.

Dentro del Sistema de Gestión de la Calidad, la documentación se debe administrar y controlar, con el fin de asegurar su continua adecuación, su revisión y actualización, su disponibilidad y su fácil identificación y recuperación, así como evitar el uso de documentos obsoletos.

Cuando se terminó la etapa de planificación de la Calidad se empezó a desarrollar toda la documentación del sistema de gestión de calidad, tomando como base las caracterizaciones de los procesos.

La etapa de la documentación del sistema de Gestión de la calidad fue la más amplia, puesto que en la empresa era muy poco lo que se tenía en relación a documentos.

6.1.1. Estructura de la documentación

En el sistema de Gestión de la Calidad, la norma identifica dos tipos de documentos:

- Documentos
- Procedimientos documentados

Los documentos son la forma como se provee la información para el desempeño de las actividades en la empresa, y el procedimiento documentado se refiere a un

procedimiento escrito obligatorio, que se exige para describir cómo la organización desempeña las actividades. La documentación puede estar en cualquier tipo de medio, ya sea impreso, magnético, etc., lo importante es que la organización adecue la documentación a sus necesidades y como mejor la maneje su personal.⁵

La documentación a elaborarse en los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad, se estableció a partir de la revisión de los documentos existentes en la empresa, de los requisitos de la norma ISO 9001:2000 y de la revisión de la documentación exigida en normas legales para instituciones de salud.

De acuerdo al numeral 4.2.1 de la norma ISO 9001:2000 la documentación del Sistema de Gestión de la calidad en una empresa que desee certificar, debe incluir:

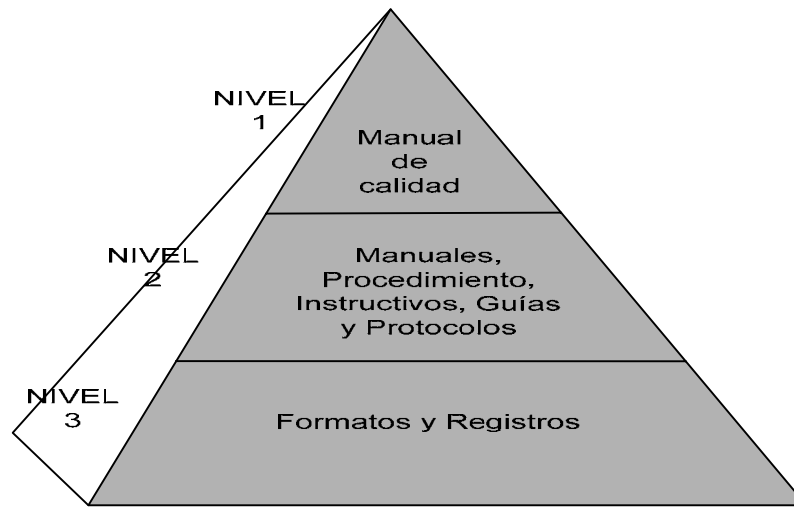
- Declaraciones documentadas de una Política de la Calidad y de Objetivos de Calidad.
- Manual de calidad.
- Procedimientos documentados requeridos por la Norma Internacional (ISO 9001).
- Los documentos necesitados por la organización para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.
- Los registros requeridos por la Norma Internacional (ISO 9001).⁶

La estructura de la documentación del Centro Oncológico Ltda., se representa en la Ilustración 7.

5. Documentación del Sistema de Gestión de la Calidad: Requisitos documentación sistema de calidad. Curso Virtual ISO 9000. SENA Colombia: 2006 Módulo 2. Pág. 3.

6. INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION (ICONTEC) NTC ISO 9001:2000. Requisitos del sistema de gestión de la Calidad. Colombia 2007.

Ilustración 7: Estructura documental del Sistema de la Calidad.



Fuente: Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC) NTC ISO 9001:2000. Requisitos del sistema de gestión de calidad. Colombia 2007

NIVEL 1: En este nivel se encuentra el Manual de Calidad, documento que muestra el SGC, en él se compilan las generalidades de la organización (historia, etc.), las directrices estratégicas como la misión, la visión, política de Calidad y Objetivos de Calidad; incluyendo también las caracterizaciones de los procesos del SGC.

NIVEL 2: Procedimientos e instructivos de trabajo de la empresa, aquí se determina la información específica de los procedimientos de cada proceso: ¿Quién?, ¿Qué?, ¿Cuándo?, ¿Dónde? y ¿Por qué? Efectuar las actividades, esto con el fin de elaborar los manuales de procedimientos de cada proceso.

NIVEL 3: Formatos y registros, este nivel representa la base de la documentación, para mostrar resultados de las actividades y mostrar evidencia de estas.

6.1.2. Formatos de Registros.

Se elaboraron formatos de registros como parte de la documentación realizada en la Organización con los siguientes objetivos:

- Facilitar la recolección de la información de entrada para el cálculo de indicadores.
- Mejorar la comunicación e información manejada al interior de la organización.
- Suministrar evidencia de la realización de actividades, para su seguimiento y control.

Para la elaboración de los registros se tuvo como condición la minimización de los costos y del tiempo empleado para su diligenciamiento, así.

Para la elaboración de formatos de registros se revisaron los registros aplicados hasta el momento en la organización, de los cuales algunos fueron eliminados pues no se estaban diligenciando debido a que no se consideraban relevantes para el proceso, otros se conservaron y algunos otros se modificaron. Así mismo se crearon algunos formatos de acuerdo a las necesidades que se presentaron en el transcurso de la documentación e implementación del SGC.

Particularmente por el tipo de empresa, se elaboró el formato de programación de especialista y de consultorios con el fin de elevar el nivel de ocupación de los consultorios; evitar y controlar las demoras de los especialistas en salud que afectaban directamente el tiempo de espera de los usuarios. Así mismo se elaboró un nuevo formato de encuestas de satisfacción, en el cual se contemplaban los aspectos relacionados con el trato recibido por parte del personal; la información suministrada en relación al diagnóstico, tratamiento, red externa de la organización y la institución en sí; la calidad de los servicios de quimioterapia, consulta externa, autorizaciones, farmacia y apoyo terapéutico; y el estado de las instalaciones físicas, todo lo cual se contempló a partir de las necesidades identificadas y de las cuales era necesario revisar que brindaran satisfacción y bienestar a los usuarios.

No se vió necesario crear formatos de comunicación interna debido a que la empresa cuenta con un sistema de comunicación llamado pandión, similar al

conocido Messenger de Microsoft, pero de uso exclusivo dentro de la organización.

6.2. CONTROL DE DOCUMENTOS

Como se había evidenciado en el diagnóstico realizado, la documentación se centralizaba en la oficina de calidad y talento humano y en algunos de los procesos del Centro Oncológico, lugares en donde se mantenían archivados, esto generaba desconocimiento por parte de muchos de los interesados; así mismo, se encontraron documentos obsoletos en algunos puntos de uso dentro de la organización.

Por lo anterior y para dar cumplimiento a los requerimientos de la norma ISO 9001:2000, se elaboraron los documentos “procedimiento para el control de documentos internos” y la “Guía para la elaboración de documentos del Sistema de Gestión de Calidad”, los cuales se presentan en el **Anexo D** del presente documento. En la guía se muestran los requisitos para la presentación de los documentos del SGC, la codificación elegida, y la descripción de los tipos de documentos.

Se estableció un código para la identificación de los documentos al interior del Centro Oncológico Ltda., el cual se conformó con las abreviaturas del proceso al cual correspondía el documento, seguido de las siglas del tipo de documento y de un número consecutivo de dos dígitos. También, se definió que todos los documentos tendrían un encabezado y/o un pie de página (en caso de los formatos), en donde se consignaría la información relacionada con los responsables de su revisión y aprobación, así como su versión y fecha de aprobación.

Para el control de documentos externos tales como leyes, decretos y demás normatividad aplicable a la organización se estableció el “procedimiento control de documentos externos”, el cual se presenta en el **Anexo D** del presente

documento. Con el fin de definir responsables de mantener a la organización al día en cuanto a materia legal, ya que esta normatividad se renueva constantemente.

Para el control de registros, se elaboró el documento “Procedimiento para el control de registros” (**Ver Anexo D**), en el cual se establecieron los parámetros para la identificación, el almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición final, prestando mayor atención a los registros de personal, y las historias clínicas, por su importancia legal dentro del SGC.

El proceso de Gestión de Calidad, se designó como responsable de la generación del “Listado Maestro de Documentos Internos, Externos y Registros”, el cual se definió como un registro de control, en el cual se relacionaban los documentos internos, los registros y los documentos externos de cada uno de los procesos del SGC. En el listado, se especificaban para los documentos internos, el tipo de documento, el nombre, la clasificación, el código, la versión, la fecha de solicitud de actualización, quien revisó, aprobó y fecha de aprobación; para los documentos externos, el nombre del documento, el tipo, una breve descripción, los aspectos del documento que aplican al proceso, la entidad que emitió el documento, la fecha de expedición, el responsable de su actualización, y el lugar de almacenamiento (en la mayoría de los casos link web); mientras que para los registros, se especificaba el nombre, código si aplica, responsable del manejo del archivo, lugar de almacenamiento, medio de almacenamiento, nivel de acceso, tiempo de retención y disposición final. En el **Anexo C** se presenta el Listado Maestro de Documentos de la Organización.

Así mismo, y en cumplimiento al procedimiento establecido para el control de documentos, se elaboraron formatos para la distribución de documentos y para la solicitud de actualización de documentos, el cual era una vez diligenciado, era entregado al representante de calidad para asegurar el control de documentos y actualizar el Listado Maestro de Documentos.

Con el fin de asegurar que los documentos se encontraran en los puntos de uso, se determinó que cada proceso tuviera un archivo para su documentación, descentralizando así la conservación y control de los mismos.

6.3. DOCUMENTACIÓN DE LA NORMA

Además de la documentación relacionada con el control de documentos que se mencionó anteriormente, se elaboraron los demás procedimientos exigidos por la norma ISO 9001:2000, los cuales se presentan en el **Anexo D** referentes a:

- Procedimiento control del producto o servicio no conforme.
- Procedimiento de Acciones preventivas y correctivas.
- Procedimiento de Auditorías internas de Calidad

Una vez se elaboraron dichos documentos, se socializaron a todos los jefes de proceso, para su conocimiento y comprensión.

6.4. MANUAL DE FUNCIONES Y DICCIONARIO DE COMPETENCIAS

Debido a la reestructuración realizada dentro del Centro Oncológico Ltda., se llevó a cabo una labor muy importante relacionada con la redefinición de funciones y competencias en la organización, lo cual se plasmó no solo para dar cumplimiento a la norma ISO 9001:2000, sino además por la necesidad de los clientes internos, quienes solicitaban desde hacía un tiempo mayor claridad con sus funciones y responsabilidades.

De acuerdo con la norma ISO 9001:2000, una empresa debe asegurar que sus trabajadores sean competentes en las labores realizadas, para garantizar que éstas se realicen adecuadamente.⁷ En base a ello era necesario iniciar la gestión del recurso humano, para esto, fue preciso introducir el concepto de la Gestión por Competencias dentro de la organización.

³ *Ibíd.* Pág. 73.

La definición de las competencias, partió de la elaboración de un nuevo manual de funciones; los autores del proyecto elaboraron el nuevo manual de funciones para cada uno de los cargos de la institución, con el fin de establecer a partir de ellas los programas de capacitación dentro de la institución, el perfil del cargo y la evaluación del personal.

Una vez el manual de funciones fue elaborado y revisado por las directivas, se realizó la retroalimentación del mismo, con el objetivo de validar las funciones en conjunto con el personal **(ver Anexo E)**.


Cuando se realizaba la validación de las funciones, simultáneamente se realizaba la identificación de las competencias relativas al cargo, esto se realizó a través de la aplicación de una encuesta de análisis de cargos que se muestra en la Ilustración 8; a cada uno de los trabajadores sobre las conductas que ellos consideraban como necesarias, para desarrollar con éxito las funciones de sus cargos.

Este formato consta de 6 módulos para la toma de información del cargo, los cuales son:

- El primer módulo hace referencia a la información general del cargo, como es el nombre, área o proceso al que pertenece, cargo del jefe inmediato y cargos supervisados.
- El segundo módulo hace referencia al objetivo del cargo y a todas las funciones realizadas por el trabajador en la empresa.
- El tercer módulo hace referencia a la formación, conocimientos técnicos y experiencia requerida para el cargo.
- El cuarto módulo se consigna las habilidades específicas requeridas por el cargo.
- El quinto módulo hace referencia a las responsabilidades del trabajador, en cuanto a salvaguardar los bienes de la empresa que tiene bajo su custodia, para dar cumplimiento al numeral 5.5.1 de la norma ISO 9001:2000.

- El sexto y último módulo hace referencia a los riesgos laborales a los que está expuesto el trabajador en el ejercicio de su labor diaria.

Ilustración 8: Formato para el análisis de cargos.

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-FO-02
	ENCUESTA ANÁLISIS DE CARGOS	Versión: 01
		Página 1 de 6
Revisó: Dirección de Servicios y Análisis del Riesgo	Aprobó: Gerente General	Fecha de aprobación: Febrero 24 de 2009

Fecha: Año ____ Mes: ____ Día: ____

PARTE 1. IDENTIFICACIÓN DEL CARGO

NOMBRE DEL CARGO: _____
 ÁREA A LA QUE PERTENECE: _____
 CARGO DEL JEFE INMEDIATO: _____
 NÚMERO DE CARGOS QUE SUPERVISA: _____


¿CUÁLES?

PARTE 2. DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES

2.1. MISIÓN DEL PUESTO (Establezca cual es el objetivo general o razón de ser del puesto que usted ocupa)

2.2. Describa en forma clara y precisa las funciones PRINCIPALES y ACTIVIDADES que se realizan en el cargo, indicando el cómo y el porqué se realizan y el periodo de ejecución.

PRINCIPALES ACTIVIDADES	¿Por qué?	¿Cómo lo hace?	FRECUENCIA (Marque con una X)			
			Diario	Semanal	Quincenal	Mensual

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-FO-02
	ENCUESTA ANÁLISIS DE CARGOS	Versión: 01
		Página 84 de 6

PARTE 3. FORMACIÓN DE BASE Y EXPERIENCIA REQUERIDA

3.1. Marque con una X indicando los requerimientos educativos del cargo. (No necesariamente deben ser sus antecedentes educativos personales)

- | | |
|-----------------------------------|------------------------|
| a) No se requiere educación _____ | e) Tecnológica _____ |
| b) Primaria _____ | f) Universitaria _____ |
| c) Secundaria _____ | g) Postgrado _____ |
| d) Técnica _____ | |
- Título o grado obtenido: _____

3.2. Haga una lista de cursos especializados, temas o capacitación adicional que son necesarios para ocupar el puesto:

3.3. Indique la experiencia mínima que requiere el cargo para ejercer éste a cabalidad. (Marque con una X una sola opción)


- | | | |
|--------------------|----------------------|------------------------|
| Ninguna | Hasta seis meses | De seis meses a un año |
| De uno a tres años | De tres a cinco años | Más de cinco años |
- ¿Cuántos?

3.4. ¿A qué puesto esperarías ser promovido?

PARTE 4. HABILIDADES Y CAPACIDADES DEL CARGO

4.1. De las siguientes funciones básicas administrativas y de dirección que se describen a continuación, indique la frecuencia con que las realiza en su cargo:

REALIZACIÓN DE FUNCIONES	FRECUENCIA (Marque con una X)		
	Rara vez	Algunas veces	Siempre
Realizar planeación para poner en práctica las actividades			
Organizar las actividades para asignar recursos y establecer objetivos			
Realizar actividades para orientar, capacitar, atender, evaluar y disciplinar a los cargos supervisados			
Realizar actividades para dirigir y coordinar las actividades de los cargos supervisados			
Realizar actividades para garantizar la ejecución de actividades y el cumplimiento de los objetivos			

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-FO-02
	ENCUESTA ANÁLISIS DE CARGOS	Versión: 01
		Página 3 de 6

4.2. ¿Qué clase de errores es probable que ocurran en este trabajo?

4.3. ¿De qué manera se descubren o verifican esos errores?

4.4. ¿Cuál sería el efecto de esos errores si no se descubrieran?

4.5. De las siguientes funciones para la toma de decisiones que se describen a continuación, indique la frecuencia con que las realiza en su cargo:

TOMA DE DECISIONES	FRECUENCIA (Marque con una X)		
	Rara vez	Algunas veces	Siempre
Seguir instrucciones definidas y exactas			
Tomar algunas decisiones consultando con el superior			
Tomar decisiones dentro de determinados parámetros para resolver pequeños problemas			
Tomar decisiones para resolver problemas complejos de acuerdo a reglamentos de la organización.			
Tomar decisiones de mucha importancia de acuerdo a las políticas de la organización.			

4.6. Identifique el tipo de habilidad en relaciones interpersonales que requiere el cargo para el desarrollo de las actividades.

HABILIDADES EN RELACIONES INTERPERSONALES REQUERIDAS	FRECUENCIA (Marque con una X)		
	Rara vez	Algunas veces	Siempre
Solo cortesía y trato normal con las demás personas			
Ejercer una especial influencia sobre otras personas para lograr los objetivos del área y de la organización.			
Habilidad especial para motivar, convencer y desarrollar las personas para el logro de los resultados previstos para el cargo, área y organización.			



4.7. De la siguiente lista de habilidades y actitudes marque con una X el nivel o grado que usted aplica de las mismas en el desempeño de su trabajo.

HABILIDADES Y ACTITUDES	MUY ALTO	ALTO	MEDIO	BAJO	MUY BAJO	NO APLICA
Comunicación oral Persuasiva						
Delegación						
Liderazgo						
Desarrollo de subordinados						
Capacidad crítica						
Análisis de problemas						
Creatividad e innovación						
Espíritu comercial						
Capacidad de escucha						
Comunicación escrita						
Trabajo en equipo						
Resistencia						
Compromiso						
Atención al cliente						

Escriba otras que considere necesario:

COPIA CONTROLADA

4.8. Exigencias emocionales: Marque las exigencias emocionales de su trabajo que le produzcan excesiva presión o fatiga e indique con qué frecuencia

	POCAS VECES	EN OCASIONES	CON FRECUENCIA
a) Contacto con el público en general			
b) Fechas de entrega bajo presión.			
c) Viajes excesivos			
Señale otras exigencias no contempladas			

5. RESPONSABILIDADES DEL CARGO

5.1. Responde por equipos o máquinas, haga una lista de máquinas o equipos por los cuales responde.

5.2. ¿Responde por dineros o títulos valores? NO __ SI __ ¿Cuál?

5.3. Marque con una X la frecuencia y tipo de los contactos que realiza con relación a las operaciones de la compañía:

FRECUENCIA	CONTÍNUO	CON FRECUENCIA	EN OCASIONES	NUNCA	MÉTODO (Teléfono, e-mail, carta, en persona)
Empleados en otras unidades de la organización					
Público en general					
Agencias del gobierno					
Otros (especifique)					

6. RIESGOS DEL CARGO

6.1. ESFUERZO MENTAL

Si el nivel de concentración que le exige el puesto produce cansancio mental, determine la intensidad y el intervalo de tiempo durante el cual lo ejerce:

GRADO DE CONCENTRACIÓN

Pequeña concentración
Mediana concentración
Alta concentración

Tiempo de aplicación del esfuerzo		
Esporádico	Intermitente	Constante

6.2. ESFUERZO FÍSICO

Describa cualquier acción muscular, movimiento corporal, cambios de postura que sucedan en el desempeño de su trabajo y que provoquen una fatiga poco usual. Estime el porcentaje de tiempo diario de cada una:



6.3. CONDICIONES AMBIENTALES

Marque si considera que las siguientes condiciones físicas de su trabajo son malas, buenas o excelentes:

	Mala	Buena	Excelente
a) Iluminación			
b) Ventilación			
c) Temperatura			
d) Mobiliario			

6.4. Marque las condiciones objetables en las que debe realizar su trabajo e indique la frecuencia de exposición.

	Pocas Veces	En ocasiones	Con frecuencia
a) Polvo			
b) Suciedad			
c) Calor			
d) Frío			
e) Humo			
f) Olores			
g) Ruido			
h) Humedad			
i) Exceso de agua			
j) Otros ¿Cuál?			

7. COMENTARIOS U OBSERVACIONES

FIRMA

El formato de análisis de cargos fue diseñado por los practicantes y revisado por la Directora de Calidad y Control Interno del Centro Oncológico; y presentado para su revisión gerencial y respectiva aprobación, con lo cual se dió luz verde para su aplicación y posterior análisis de los datos recolectados por cada uno de esos registros.

Definidas las competencias se elaboró el instructivo “Diccionario de Competencias”, en el cual se describían cada una de las competencias institucionales y específicas a cada uno de los cargos con sus respectivos niveles definidos a través de conductas.

Con el diccionario de competencias elaborado, se efectuó su socialización, en la cual se expuso al personal el trabajo realizado, así como cada una de las competencias definidas. Con la socialización efectuada, se llevó a cabo la evaluación de competencias.

La evaluación para cada trabajador, fue realizada por la coordinadora de Talento Humano, por los practicantes y el jefe inmediato. La evaluación se realizó por procesos, con el fin de asegurar que se realizara de la manera correcta. Esta socialización y evaluación de competencias se realizó también con los médicos especialista adscritos a la organización.

Una vez la evaluación de competencias concluyó, se realizó la tabulación de las evaluaciones con su respectivo análisis, lo cual fue socializado con el personal y entregado al proceso de Talento Humano.

6.5. MANUAL DE CALIDAD

El manual de calidad, es el documento en el cual se describe el SGC. La estructura del Manual de Calidad elaborado en el Centro Oncológico Ltda., sigue el orden de la norma ISO 9001:2000, describiendo cómo se da cumplimiento a cada uno de los requisitos establecidos en ella; cumpliendo de esta manera al

numeral 4.2.2 de la norma. El manual de Calidad se presenta en el **Anexo A** del presenta documento.

7. IMPLEMENTACIÓN

La implementación es la etapa en que se aplica la documentación elaborada y se inicia la medición de los procesos.

El factor más relevante en la implementación, es el tratamiento del servicio no conforme y la definición e implementación de acciones correctivas y preventivas con el propósito de dar cumplimiento a lo planeado y llevar a cabo una mejora continua del sistema.

7.1. APLICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS

Tan pronto los documentos eran aprobados se socializaban a las partes interesadas mediante reuniones coordinadas con los líderes de proceso.

La documentación referente a guías, manuales y protocolos médicos, fue socializada a los especialistas adscritos a la empresa, por medio de reuniones encabezadas por el coordinador médico. La implementación de dicha documentación fue un trabajo complicado, debido a que hubo una alta resistencia por parte de los especialistas, motivo por el cual se debió efectuar un intenso seguimiento para verificar y controlar que se utilizaran.

La documentación referente a enfermería, fue socializada al personal implicado a través de capacitaciones dirigidas por el jefe de enfermería de la empresa, de igual manera que para la documentación de los especialistas, se realizaron seguimientos para verificar el cumplimiento de lo estipulado en la documentación.

Así mismo se dió inicio al diligenciamiento de los formatos determinados; debido a que muchos de ellos evidenciaban la ocurrencia de fallas en los procesos, y por falta de tiempo, entre otros, el personal opuso resistencia al diligenciamiento de estos, lo cual se evidenció al notar que no tenían registros de sus actividades o existían registros incompletos; para afrontar esa realidad se sensibilizo al personal en la importancia de los registros y de tener evidencias como fuente de

información para la prevención de errores y para comprobar la realización de actividades.

La implementación de la documentación evidenció que eran necesarios algunos otros formatos, los cuales se elaboraron como parte del mejoramiento continuo del sistema.

7.2. SOCIALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

Para el manejo eficiente de la documentación se determinó que ésta debía estar en fólderes ubicados según se requirieran en cada uno de los puestos de trabajo. Una vez los jefes de procesos junto con los practicantes clasificaron la información según la necesidad de uso por puesto de trabajo y determinaron el cronograma de reuniones con diferentes grupos de personal asistencial, los practicantes imprimieron y colocaron en fólderes los documentos requeridos para proceder a su distribución.

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

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

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

7.3. SERVICIO NO CONFORME, ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS


Con la puesta en marcha del sistema de gestión de calidad, se inicio el tratamiento del servicio no conforme y la implementación de acciones correctivas y preventivas.

Esta tarea fue muy favorable, ya que se identificaron fallas, que si bien ya existían, no se les había dado tratamiento alguno, debido a que no se les había realizado seguimiento. El comité de calidad fue muy importante, debido a que brindó el ambiente más apropiado para la discusión y respuesta de las no conformidades presentadas. De allí se tomaron decisiones que tuvieron repercusión en toda la organización.

Las no conformidades se identificaron a través de la información suministrada por los siguientes registros:

- Los formatos de Producto o Servicio no Conforme (Ilustración 9).
- Encuestas de satisfacción (Ilustración 10).
- Formatos de eventos adversos. (Ilustración 12).
- Recepción de peticiones, Quejas, Reclamos y/o Sugerencias. (Ilustración 11).

Ilustración 9: Producto o servicio no conforme

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-G-10
	PRODUCTO O SERVICIO NO CONFORME	Versión: 01
		Página 94 de 406

Cuadro 1. Diligenciar por la persona que identifica el producto o servicio no conforme (PNC).

FECHA	DD	MM	AA	Nº	
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN REPORTA:					
DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO NO CONFORME DETECTADO					

Cuadro 2. Diligenciar por la persona que identifica el producto o servicio no conforme. Marque con una X el tratamiento para corregir el producto o servicio no conforme.

<table style="width: 100%;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. Reproceso.</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. Reparación.</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3. Concesión.</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4. Desecho.</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5. Permiso de Desviación.</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>6. Reclasificación.</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>7. Otro:</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	1. Reproceso.	<input type="checkbox"/>	2. Reparación.	<input type="checkbox"/>	3. Concesión.	<input type="checkbox"/>	4. Desecho.	<input type="checkbox"/>	5. Permiso de Desviación.	<input type="checkbox"/>	6. Reclasificación.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	7. Otro:	<p style="text-align: center;">DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO</p> <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 20px;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">RESPONSABLE</th> <th style="width: 33%;">FECHA LÍMITE</th> <th style="width: 33%;">FECHA VERIFICACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	RESPONSABLE	FECHA LÍMITE	FECHA VERIFICACIÓN			
<input type="checkbox"/>	1. Reproceso.																						
<input type="checkbox"/>	2. Reparación.																						
<input type="checkbox"/>	3. Concesión.																						
<input type="checkbox"/>	4. Desecho.																						
<input type="checkbox"/>	5. Permiso de Desviación.																						
<input type="checkbox"/>	6. Reclasificación.																						
<input type="checkbox"/>																							
<input type="checkbox"/>	7. Otro:																						
RESPONSABLE	FECHA LÍMITE	FECHA VERIFICACIÓN																					
<p>Después de corregido el Producto o Servicio No Conforme, fue verificado por:</p> <p>Líder de Proceso : _____</p> <p>Firma: _____</p>																							
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reproceso: Volverlo a hacer. 2. Reparación: Cambio de una parte del producto o servicio para que funcione. 3. Concesión: Acuerdo con el usuario para apartarse de los requisitos originalmente especificados de un producto después de su realización. 4. Desecharlo. 5. Permiso de Desviación: Autorización para apartarse de los requisitos originalmente especificados de un producto antes de su realización. 6. Reclasificación: Cambiar la tipología de un producto o servicio. 																							

Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgos Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009

Ilustración 10: Encuesta de satisfacción al usuario.



 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO				Código: GC-FO-19				
	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO				Versión: 03				
					Página 1 de 1				
<p>Su opinión es importante para el mejoramiento continuo de nuestro servicio, por favor califique su grado de satisfacción en los siguientes puntos, teniendo en cuenta que M es MALO, R es REGULAR, B es BUENO, E es EXCELENTE y NA es NO APLICA.</p>									
ASPECTO A EVALUAR SOBRE LA INFORMACIÓN					E	B	R	M	NA
1. La información suministrada por el servicio administrativo									
2. La información suministrada por el servicio asistencial (indique cual: Consulta Externa __, Quimioterapia __, Trabajo Social __, Psicología __, Terapia Ocupacional __, Nutrición y Dietética __, Farmacia __) es:									
3. Cuando se requiere atención por efectos secundarios de la quimioterapia la respuesta es:									
4. La información sobre la enfermedad y tratamiento suministrada por el médico es:									
ASPECTOS A EVALUAR SOBRE LA OPORTUNIDAD					E	B	R	M	NA
5. El tiempo de espera desde la petición hasta la asignación de citas es: Menos de 10 minutos __ Entre 10 y 20 minutos __ Entre 20 y 30 minutos __ mas de 30 minutos __									
6. El tiempo de espera desde la asignación de cita hasta la consulta es: Menos de 1 semana __ Entre 1 y 2 semanas __ mas de 2 semanas __									
8. El tiempo que estuvo en la sala de espera es: Menos de 15 minutos __ Entre 15 y 30 minutos __ Entre 30 y 1 hora __ mas de 1 hora __									
9. El tiempo de espera en la entrega de medicamentos POS es: Menos de 1 día __ Menos de 1 semana __ Entre 1 y 2 semanas __ mas de 2									
10. El tiempo de espera en la entrega de medicamentos NO POS es: Menos de 2 Semanas __ Entre 2 y 3 Semanas __ Entre 3 y 4 semanas __ mas de 4 semanas __									
ASPECTOS A EVALUAR SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA					E	B	R	M	NA
11. La atención brindada por el servicio administrativo es:									
12. La atención brindada en el área de atención médica especializada									
ASPECTOS A EVALUAR EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO					E	B	R	M	NA
13. El trato del personal con los usuarios es calido y amable									
14. Las condiciones físicas del Centro Oncológico son:									
15. La capacidad de respuesta a las quejas y reclamos es:									
16. Si llegara a necesitar nuevamente atención en salud y estuviera en sus manos ¿escogería al Centro Oncológico Ltda?					SI		NO		
17. ¿Recomienda a otras personas los servicios del Centro					SI		NO		
16. El Servicio ha solucionado satisfactoriamente mis demandas en ocasiones pasadas					SI		NO		NA
18. Ha observado mejoras en la prestación general del Servicio					SI		NO		NA
CALIFICACIÓN GENERAL					E	B	R	M	
19. Calificación general del servicio prestado									
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN, TODO ESTO SE VERÁ REFLEJADO EN LA EXCELENCIA DEL SERVICIO									
Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Junio 19 de 2009									


Ilustración 12: Reporte de sospecha de reacciones adversas a medicamentos.

	SERVICIO ASISTENCIAL				Código: FA-FO-17		
	REPORTE DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS				Versión: 01		
					Página 1 de 2		
1. Reporte ante la más mínima sospecha que el medicamento pueda ser un factor contribuyente según el cuadro clínico del usuario.							
IDENTIFICACION							
FECHA D/M/A:				DEPARTAMENTO:	MUNICIPO		
Nombre del usuario:				No HC:			
EDAD:				Fecha de inicio de la sospecha:			
2. Reacciones adversas a medicamentos sospechada:							
3. Medicamentos (marque con una "X" el o los medicamentos sospechosos en la columna A).							
A	Medicamentos		Dosis	Via de administración	Indicacion motivo de la prescripción.	Fecha Inicio	Fecha Finalización.
	GENERICO	MARCA					
4. OTROS DIAGNOSTICOS Y OBERVACIONES ADICIONALES: Registro sanitario,número de lote, fecha de vencimiento,caracteristicas fisicas del producto,peso del usuario,falla renal, falla hepatica,embarazo, otros, antecedentes del usuario al retiro del medicamento ala reexposición y cualquier otra información que se considere pertinente.							
5. IDENTIFICACION DEL USUARIO							
REPORTANTE			PROFESION	DIRECCION	TELEFONO O CORREO ELECTRONICO.		
Revisó: Dirección de Servicios y Analisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009							

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ASISTENCIAL		Código: FA-FO-17
	REPORTE DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS		Versión: 01
			Página 2 de 2
RECOMENDACIONES PARA EL REPORTE VOLUNTARIO			
1. Reporte sospechoso de acciones adversas con:		3. Reporte los problemas del producto	
Medicamentos (fármacos y biológicos)		Calidad e integridad de la presentación	
Medicamentos con base en productos naturales.		Sospecha de contaminación.	
Medios diagnósticos.		Inestabilidad.	
Productos especiales de nutrición		Defectos en sus componentes.	
2. Reporte sospechoso de evento adverso especialmente los eventos adversos SERIOS donde se sospeche que hay una asociación con el uso del medicamento. Un evento es serio siempre que el médico lo considere y cuando el usuario:		4. Como reporta:	
Muere.		Utilice páginas adicionales en blanco si es necesario ampliar información.	
Está o estuvo en riesgo de morir.		Utilice páginas adicionales en blanco si es necesario ampliar información.	
Fue hospitalizado inicialmente o en forma prolongada.		Utilice por cada usuario un formulario.	
Presentó una incapacidad (significativa, persistente o permanente).		Remita el formulario al encargado de farmacia de la institución, a la secretaria de salud a al INVIMA. Si amerita se envía a las Instituciones de control, si no se hace un plan de gestión en pro de mejorar la calidad del servicio.	
Se produjo una anomalía congénita o cáncer.		Comuníquese con la línea 2948700 Ext: 3917 Ext:3914 Carrera 68D No 17-11/21 Bogotá DC.	
Requirió intervención para prevenir lesiones o daños permanentes.		Reporte aun cuando Usted no esté seguro de que el producto causó el evento	
		No dejar de enviar el formulario por carecer de alguna información.	
<small>Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009</small>			


De las no conformidades encontradas, se efectuaron análisis de causas y se tomaron las acciones con el objetivo de corregirlas o eliminarlas, esto se realizaba en el formato de Acciones Correctivas y Preventivas que se muestra en la Ilustración 13. De esta manera se lleva a cabo un mejoramiento continuo en los procesos al interior de toda la organización.

Ilustración 13: Acciones Correctivas/Preventivas.

	SERVICIO ADMINISTRATIVO		Código: GC-FO-01
	ACCIONES CORRECTIVAS/ PREVENTIVAS		Versión: 01
			Página 99 de 2

N°				AC: Acción Correctiva			AP: Acción Preventiva		
FECHA	DD	MM	AA	PROCESO AL QUE SE LE ENCUENTRA LA NO CONFORMIDAD:					
EVIDENCIADO POR:									
CAUSAS DE LA NO CONFORMIDAD									
DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD									

PLAN DE ACCIÓN							
N°	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA LÍMITE	VERIFICACIÓN		FECHA VERIFICACIÓN	EVIDENCIA
				Cumplió	No Cumplió		
1.							
2.							
3.							
4.							
RESPONSABLE DE VERIFICAR:							

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-FO-01
	ACCIONES CORRECTIVAS/ PREVENTIVAS	Versión: 01
		Página 2 de 2

Para las acciones que no se cumplieron, mencionar los motivos por los cuales no se llevaron a cabo.	
Nº	JUSTIFICACIÓN

Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo **Aprobó:** Gerente General **Fecha de Aprobación:** Febrero 24 de 2009

Si bien fue una fase de gran movimiento y de la consecución de numerosos aspectos positivos, también se evidenció la resistencia al cambio y falta de compromiso, lo que se manifestó en incumplimiento y por lo tanto demora en la implementación de las acciones formuladas.

En el trabajo realizado, se localizó que el primordial inconveniente era el miedo del personal en dar a conocer errores cometidos y fallas en los procesos; para afrontar esa situación, se apoyo al personal en el análisis de problemas y errores, y por tanto en la obtención de soluciones, con lo cual, el personal se sintió más amparado y manifestó una mayor cooperación.

7.4. MEDICIÓN DE PROCESOS

La medición se refiere al cálculo de indicadores de calidad, definidos para cada proceso con el objetivo de evaluar su desempeño.

En la organización no había una cultura de medición, por tanto esto fue una tarea de difícil comprensión para el personal, lo cual se entorpeció más, por la inexperiencia en el cálculo de los indicadores.

Los practicantes realizaron el acompañamiento a los líderes de procesos en esta labor para dar la capacitación y sensibilización requerida, no obstante se

evidenciaron fallas, debido a que para algunos empleados no era fácil la asimilación del tema, además sus labores imposibilitaban en ciertas ocasiones que tuvieran el tiempo para efectuarlo. Adicionalmente, los registros que eran fuente de información para el cálculo, no estaban diligenciados en su totalidad, lo que imposibilitaba la realización de la medición, para evitar esto la gerencia se reunió con el personal con el fin de mejorar el cumplimiento.

Para facilitar el cálculo de indicadores, se construyeron plantillas en Excel las cuales se vinculaban a las fórmulas creadas para el cálculo de indicadores, dichas plantillas se socializaron con el personal responsable de la medición.

En el desenlace de esta actividad, se evidenció un problema grave en la implementación del sistema, debido al poco conocimiento que los responsables de la medición, tenían concerniente el manejo del programa Excel, para superar la dificultad, se trabajó en equipo con ellos, y al interior de la organización se brindó capacitación.

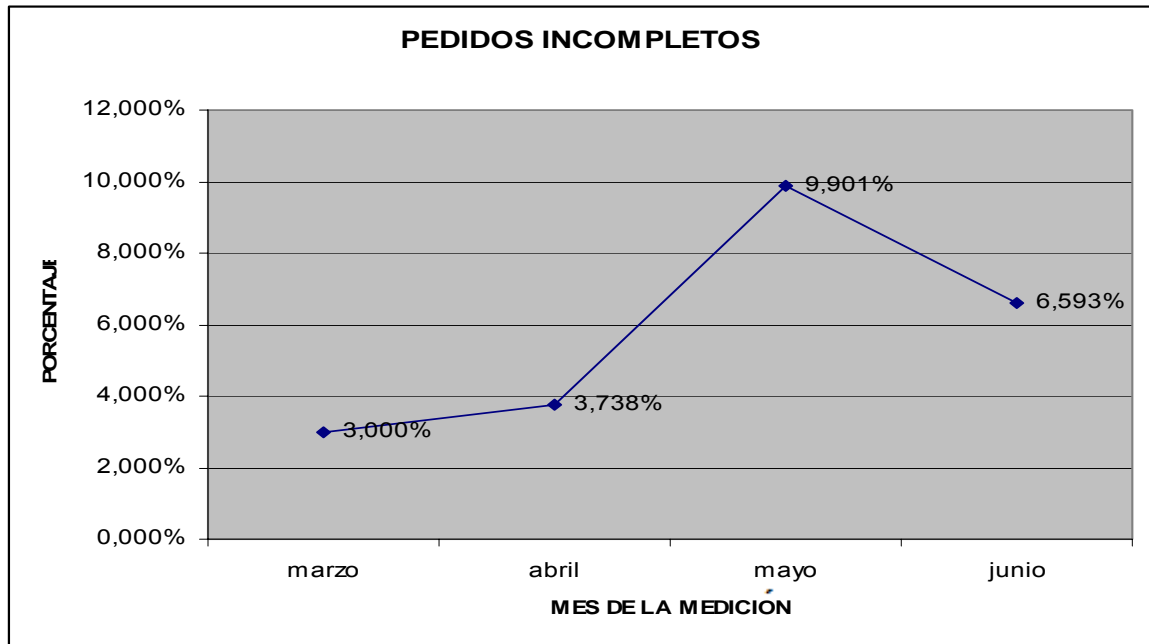
Con la medición de los indicadores y su respectivo análisis, se evidenció en los líderes de proceso un mayor grado de entendimiento acerca del desempeño de su proceso, y con esto se generó más cooperación en la implementación de acciones orientadas a la obtención de las metas establecidas o al mantenimiento de estas.

Ejemplos de mediciones realizadas.

Tabla 6. Indicador Pedidos Incompletos

NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	META	MÉTODO DE CÁLCULO
PEDIDOS INCOMPLETOS	EFICIENCIA	DETERMINAR LA EFICACIA DEL SURTIDO FARMACEUTICO EN EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	<15%	$\Sigma(\text{PEDIDOS INCOMPLETOS}) * 100 / \text{TOTAL PEDIDOS ENTREGADOS}$

Ilustración 14: Tendencia del Indicador Pedidos Incompletos



El indicador muestra que no se incumplió la meta en ninguno de los meses estudio, lo que indica que la farmacia cuenta con un surtido de medicamentos acorde a las necesidades de los usuarios. El porcentaje de incumplimiento presentado en los meses de mayo y junio fue debido a que los medicamentos solicitados eran de alto costo y estos se compran según se necesite.

Tabla 7. Indicador Porcentaje tiempo de entrega de medicamentos

NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	META	MÉTODO DE CÁLCULO
Porcentaje tiempo de entrega de medicamentos	EFICACIA	DETERMINAR LA OPORTUNIDAD EN EL DESPACHO DE MEDICAMENTOS	<2	$\left(\frac{\sum \text{del \# de días transcurridos entre la solicitud de medicamentos hasta el momento en que se entregan}}{\text{Total de solicitudes al mes}} \right) \times 100$

Debido al surtido de medicamentos de Farmacia el tiempo que deben esperar los usuarios para recibir sus medicamentos no altera su tratamiento, además algunas demoras son debidas a que algunos usuarios requieren medicamentos NO POS y estos solo son entregados si el comité técnico científico lo aprueba.

Ilustración 15: Gráfica de Tendencia Indicador Tiempo de Entrega de Medicamentos

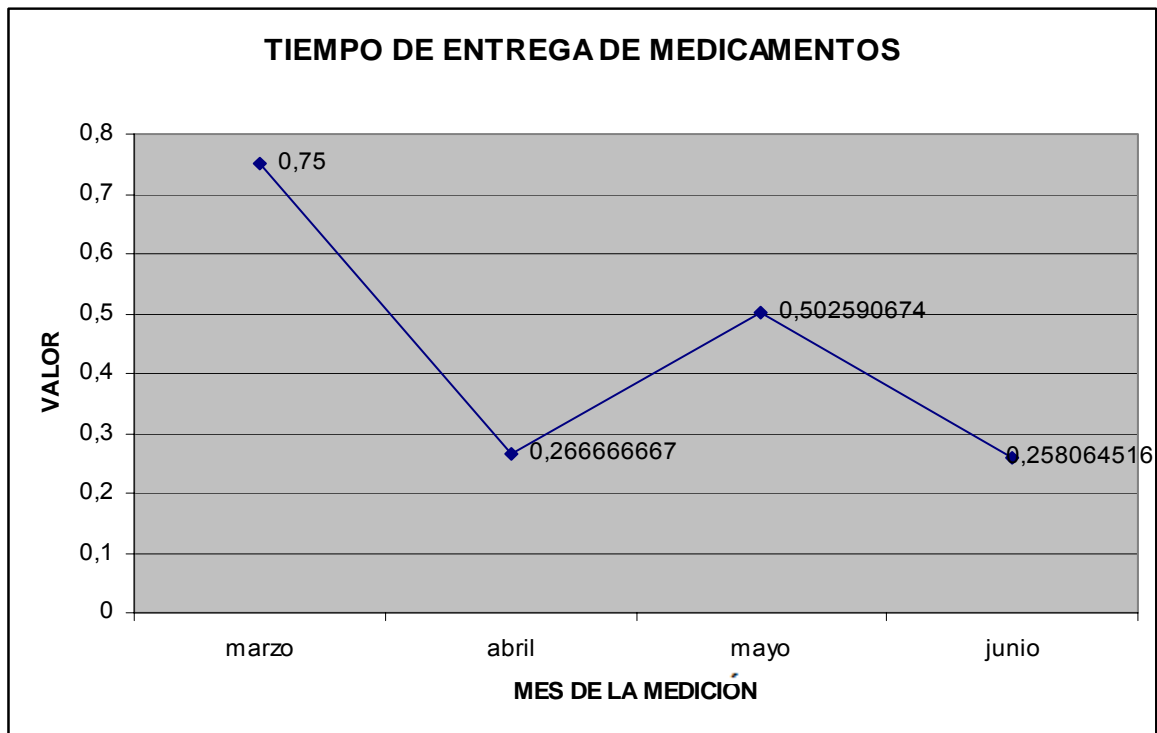
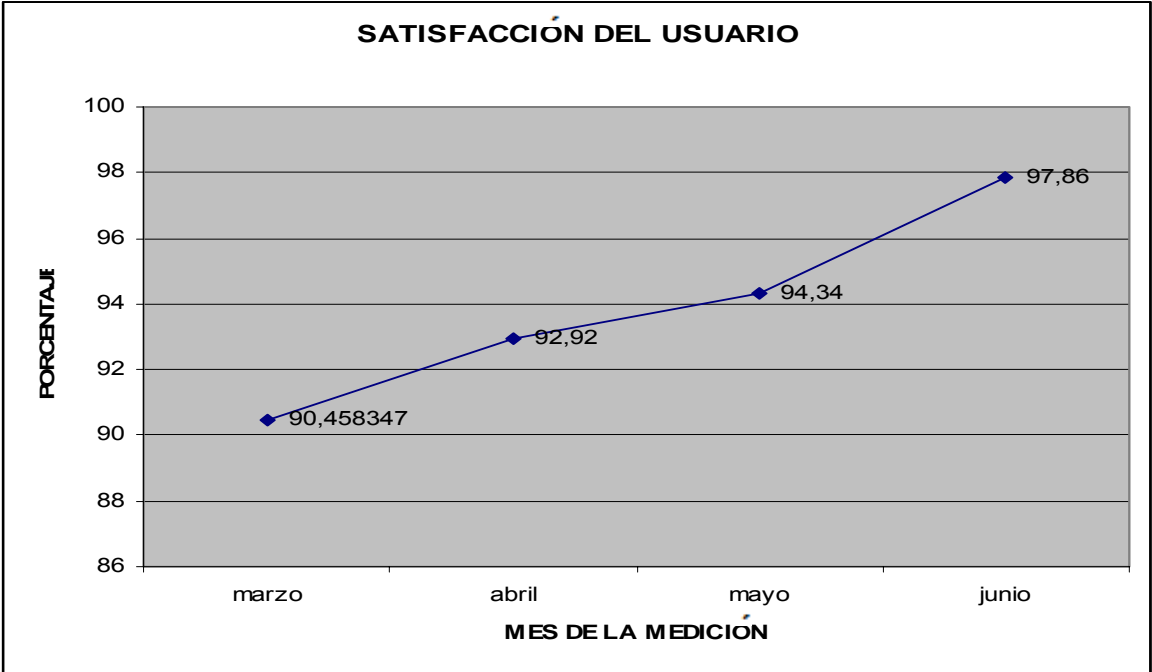


Tabla 8. Indicador Porcentaje de Satisfacción del Usuario

NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	META	MÉTODO DE CÁLCULO
Porcentaje de satisfacción del usuario	EFICACIA	DETERMINAR EL GRADO DE SATISFACCION DEL USUARIO	90%- 100%	$\frac{\sum (\text{PUNTOS OBTENIDOS} / \text{PUNTOS MAXIMOS TOTALES}) \times 100\%}{\text{TOTAL DE ENCUESTAS APLICADAS}}$

Según la encuesta de satisfacción de los usuarios el nivel de satisfacción de estos con la prestación y condiciones del servicio mejoro progresivamente mes a mes desde la aplicación de la encuesta, esto debido a que se tuvieron en cuenta las respuestas y sugerencias de los usuarios con respecto a esta.

Ilustración 16: Gráfica de Tendencia Indicador Satisfacción del Usuario



8. EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

La evaluación del Sistema de Gestión de Calidad tiene por objeto determinar su grado de cumplimiento respecto a los requisitos de la norma ISO 9001:2000, de los requisitos legales y reglamentarios aplicables, los requisitos de los clientes y las partes interesadas y de lo planificado y definido al interior de la organización, esto último, en relación a los objetivos, políticas, metas y procedimientos, entre otros.

La evaluación o verificación del Sistema de Gestión de Calidad se realiza por medio de la medición de los procesos, del cumplimiento de sus objetivos, de las auditorías internas, de la encuesta de satisfacción y de la revisión por la dirección.

8.1. AUDITORÍAS INTERNAS

Una vez se dió inicio a la implementación del Sistema de Gestión de Calidad y cumplido el primer periodo de medición, se definió la ejecución de la primera y segunda auditoría interna de Calidad en la organización.

Las auditorias se definieron de acuerdo al procedimiento establecido que se elaboró en la etapa de documentación, con el apoyo de la Directora de Calidad y Control Interno.

8.1.1. Planificación de la Auditoría.

El fin de una auditoría es evidenciar aspectos relevantes de un Sistema de Gestión de Calidad, a través de los cuales se puedan encontrar debilidades y fortalezas y de ese modo establecer acciones adecuadas que contribuyan al mejoramiento continuo, es por esto, que una auditoría debe ser planeada y organizada en detalle, con el propósito de evitar inconvenientes que afecten la obtención de la meta por la cual se llevan a cabo.

La primera y segunda auditoría interna de Calidad del Centro Oncológico se realizó al Sistema de Gestión de Calidad (comprendiendo los procesos que lo conformaban), con los siguientes objetivos:

- Verificar el cumplimiento de criterios planificados y la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad, respecto a los requisitos de la Norma ISO 9001:2000.
- Verificar el cumplimiento de requisitos legales y reglamentarios.
- Identificar oportunidades potenciales de mejoramiento.
- Verificar el cumplimiento de los requisitos de los clientes.

La planificación de las auditorías partió de la definición de las personas que participarían en ellas y que conformaron el equipo auditor.

Las auditorías fueron realizadas por la Directora de Calidad y Control Interno, Ingeniera María Cecilia Méndez, como auditora líder, en compañía de los practicantes, Raúl Bautista y Carlos Mendoza, como Auditores Practicantes.

Una vez definido el equipo auditor, se dió paso a la elaboración del Programa de Auditoría y del Plan de Auditoría, los cuales fueron presentados a la Gerencia y a los Jefes de Procesos, para su conocimiento y aprobación, estos registros se presentan en los **Anexos G y H** respectivamente.

El plan de auditoría se construyó registrando las actividades que se iban a efectuar en el transcurso de la auditoría, las personas a quienes se entrevistaría, los temas que se inspeccionarían, la metodología y el tiempo que duraría cada actividad, con el fin de dar a conocer en detalle la forma en que se ejecutaría y en lo que consistiría la auditoría, permitiendo así la programación y planificación de auditados y auditores.

Estableciendo el Programa y el Plan de Auditoría, se inició la revisión de la documentación de cada proceso y la elaboración de las listas de verificación, las cuales son indispensables para la realización de las Auditorías, ya que a través de

ellas, se organiza la entrevista y se asegura que se revisen los aspectos relevantes, como ejemplo de lista de verificación, en el **Anexo I** se presenta la lista de verificación elaborada para la auditoría del proceso Gestión de Calidad.

8.1.2. Ejecución de las auditorías.

Básicamente las auditorías consisten en entrevistas en las cuales se observan y analizan evidencias que se contrastan con los criterios de auditoría, para verificar su grado de cumplimiento, las auditorías se ejecutaron según lo establecido en la programación, con una duración de dos días cada una.

Las reuniones realizadas con los auditados en cada uno de los procesos, siguieron el siguiente esquema:

- Inicio
- Recolección de evidencia
- Registro de hallazgos y observaciones
- Cierre de reunión

El auditor realizó siempre una introducción, en la cual identificó el conocimiento, por parte de los auditados, del plan de auditoría, para garantizar la claridad en la misma, en lo respectivo al objeto y las acciones a ser ejecutadas, posteriormente realizó preguntas y solicitó evidencias, teniendo en cuenta las listas de verificación, en las cuales a su vez, registró los hallazgos, al finalizar el auditor explicó al auditado lo hallado, destacando las fortalezas encontradas y mostrando los puntos que podían ser mejorados y la manera en que esto podría hacerse.

En la realización de las auditorías es muy importante que exista un ambiente distendido en el cual se dé una interacción entre auditados y auditores, que permita la obtención de hallazgos relevantes y de un amplio y acertado conocimiento sobre el proceso que se audita, para ello es importante la destreza del auditor en dirigir la entrevista de una manera agradable para el auditado.

8.1.3. Hallazgos de la auditoría.

Una vez terminadas las auditorías, se inició la elaboración del respectivo informe de auditoría, el cual fue entregado a la Gerencia de la organización y luego fue dado a conocer en cada uno de los procesos.

El informe de auditoría se elaboró en base a los hallazgos encontrados durante la misma; en el informe se presentó el objetivo de la auditoría, su alcance, los criterios analizados, los aspectos positivos, aspectos por mejorar, no conformidades y observaciones. El informe se presenta en el **Anexo J**.

A partir del informe de auditoría y una vez fue entregado a las personas respectivas y se realizó la retroalimentación, cada jefe de proceso tuvo la labor de iniciar la definición de acciones correctivas necesarias para eliminar las no conformidades encontradas en su proceso respectivo.

8.2. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

En cumplimiento a lo establecido en la Norma ISO 9001:2000, se realizó la revisión por la dirección del Sistema de Gestión de la Calidad, para verificar su conveniencia y adecuación.

La revisión por la dirección se realizó, una vez se concluyó la segunda auditoría interna de calidad y se proporcionó un lapso de tiempo para dar inicio a implementación de las acciones correctivas para dar solución de las no conformidades encontradas.

La revisión por la dirección, fue realizada por el Gerente de la organización, la Directora de servicios y análisis de riesgo, la directora financiera y la representante de calidad, junto con los practicantes.

La realización de la revisión por la dirección se efectuó según se programó, dicha programación fue concertada y dada a conocer a cada uno de los líderes de procesos a través de un cronograma que les fue presentado.

La información de entrada para la revisión fue:

- Los resultados de la auditoría interna.
- Desempeño de los procesos, medido según los resultados de indicadores de calidad.
- Los resultados de la medición de la Satisfacción del Cliente, a través de encuestas y buzón de sugerencias.
- Estado de las acciones correctivas y preventivas.

La revisión se llevó a cabo según la guía establecida para tal fin, en donde los directivos revisaron la información de entrada de acuerdo a la evidencia encontrada.

Terminada la revisión, se elaboró un informe especificando la información analizada, los hallazgos encontrados, conclusiones y sugerencias. El informe fue dado a conocer a las partes interesadas, en reunión de comité de calidad, en base a esto se realizó la retroalimentación respectiva.

De la misma forma que en lo ocurrido con las auditorías, para los hallazgos de la revisión, se estableció el punto de partida para el establecimiento de acciones orientadas a mejorar o corregir los aspectos encontrados.

8.3. IMPACTO DE LAS AUDITORÍAS Y LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Con las auditorías y la revisión del sistema, se generaron cambios, con el propósito de asegurar la conformidad y eficacia. Entre los cambios están la elaboración de nuevos formatos y el establecimiento de nuevos indicadores.

Los cambios se formalizaron a partir de acciones correctivas y preventivas que se establecieron en cada uno de los procesos, y las cuales se están implementando de acuerdo con lo planificado.

Luego de ejecutada la auditoría, se mostró un poco más de compromiso por parte de los líderes de proceso con respecto al sistema de gestión de calidad,

debido a que en ella, tuvieron que demostrar su participación y responsabilidad con la gestión de su proceso, lo cual generó sentido de pertenencia y una mayor conciencia de sus compromisos. Con la auditoria se pudieron dar a conocer debilidades que se presentaban en la organización pero que no habían sido aceptadas y que con ello se logró que se tomaran medidas para corregirlas o eliminarlas.

8.4. RESULTADO DE AUDITORÍAS

Los resultados de las auditorías se resumen en el cuadro que se presenta a continuación:

Tabla 9. Resultado de la Primera Auditoría Interna de Calidad

RESULTADO DE LA PRIMERA AUDITORÍA INTERNA				
Proceso	No Conformidades	Observaciones	Acciones correctivas y preventivas	Aspectos críticos y observaciones
Consulta Externa	5	1	Correctivas: 5 Preventivas: 1 Total: 6 Total Cerradas: 4	No se han codificado los documentos del sistema de información según el SGC.
Quimioterapia	7	1	Correctivas: 7 Preventivas: 1 Total: 8 Total Cerradas: 5	Se han presentado algunas no conformidades y no se les ha dado el tratamiento con acciones correctivas y preventivas. No se han codificado los documentos del sistema

				de información según el SGC.
Historias Clínicas	4	1	Correctivas: 4 Preventivas: 1 Total: 5 Total Cerradas: 4	
Farmacia	6	1	Correctivas: 6 Preventivas: 1 Total: 7 Total Cerradas: 5	No se ha podido delimitar el área de farmacia, debido a una nueva reubicación del área y es posible que ésta vuelva a cambiarse.
Autorizaciones	4	1	Correctivas: 4 Preventivas: 1 Total: 5 Total Cerradas: 3	No se han codificado los documentos del sistema de información según el SGC.
Dirección de Calidad y Control Interno	4	1	Correctivas: 4 Preventivas: 1 Total: 5 Total Cerradas: 4	Seguir fortaleciendo el liderazgo en los responsables de cada proceso al igual que seguir capacitando a todo el personal en pro de la mejora continua.
TOTAL	30	6	Total: 36 Total Cerradas 25 % de	

			implementación: 69,4%	
--	--	--	--------------------------	--

El cuadro de resultados de la primera auditoría interna, muestra que se presentaron 30 no conformidades, para las cuales se formularon el mismo número de acciones correctivas y adicionalmente 6 acciones preventivas. Se implementaron 25 de las 36 acciones formuladas, es decir un porcentaje de implementación del 69,4% hasta la fecha de la revisión gerencial, esto debido a que ninguna de las acciones preventivas fueron cerradas con el fin de seguir con el mejoramiento continuo del proceso.

Tabla 10. Resultado de la Segunda Auditoría Interna de Calidad.

RESULTADO DE LA SEGUNDA AUDITORÍA INTERNA				
Proceso	No Conformidades	Observaciones	Acciones correctivas y preventivas	Aspectos críticos y observaciones
Consulta Externa	2	0	Correctivas: 2 Preventivas: 0 Total: 2 Total Cerradas: 2	Se debe involucrar aun más a los especialistas en el SGC.
Quimioterapia	0	1	Correctivas: 0 Preventivas: 1 Total: 1 Total Cerradas: 1	
Historias Clínicas	1	1	Correctivas: 1 Preventivas: 0 Total: 1 Total Cerradas:	Se debe realizar una limpieza y reorganización al archivo histórico de historias clínicas.

			1	
Farmacia	3	1	Correctivas: 3 Preventivas: 0 Total: 3 Total Cerradas: 3	Se debe preparar aún más este proceso debido a la auditoría que por ley realizará el INVIMA.
Autorizaciones	2	1	Correctivas: 2 Preventivas: 0 Total: 1 Total Cerradas: 1	Se debe generar un comité de autorizaciones con el fin de hacer seguimiento a las autorizaciones pendientes por realizar.
Dirección de Calidad y Control Interno	1	0	Correctivas: 1 Preventivas: 0 Total: 1 Total Cerradas: 1	Seguir fortaleciendo el liderazgo en los responsables de cada proceso al igual que seguir capacitando a todo el personal en pro de la mejora continua.
Compras	2	1	Correctivas: 2 Preventivas: 1 Total: 3 Total Cerradas: 3	Se debe generar un plan de trabajo cada vez que el comité de compras se reúna con el fin de generar todos los productos requeridos para el proceso.
TOTAL	10	3	Total: 13 Total Cerradas 12 % de	

			implementación:	
			92,3%	

El cuadro de resultados de la segunda auditoría interna, muestra que se presentaron 11 no conformidades, para las cuales se formularon el mismo número de acciones correctivas y adicionalmente 2 acciones preventivas. Se implementaron 12 de las 13 acciones formuladas, es decir un porcentaje de implementación del 92,3% hasta la fecha de la revisión gerencial.

8.5. MEJORA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

La mejora del sistema de gestión de calidad se efectúa mediante la implementación de acciones correctivas, acciones preventivas y acciones de mejora (Ver **Anexo M**), como resultado de las auditorías, revisiones por la dirección, análisis de datos, desempeño de los procesos y sugerencias del cliente interno y externo.

8.6. PLAN DE ACCIONES POSTERIOR A LAS AUDITORÍAS INTERNAS

El mayor número de acciones correctivas y preventivas que surgieron en la organización, se presentaron a partir de la realización de la auditoría interna.

Después del informe de auditoría interna, los líderes de procesos iniciaron el tratamiento a cada una de las no conformidades surgidas a partir de la auditoría. Esta fue una actividad complicada, en la que participaron el líder del proceso, auxiliares de calidad (practicantes) y la directora de calidad y control interno. En la implementación de las acciones correctivas y preventivas, se utilizaron los formatos y metodologías establecidas en los procedimientos elaborados para ello.

En los procesos del sistema de gestión de calidad se presentaron acciones, en los procesos misionales fue donde se presentaron las acciones más importantes para la mejora del sistema. Entre estas acciones más importantes para la mejora del sistema luego de realizada la auditoría interna, se encuentran las siguientes:

- Se generó una no conformidad por la no implementación en su totalidad, de los procedimientos de acciones correctivas y preventivas, se ejecutaron capacitaciones para fortalecer estos conceptos en los líderes de procesos.
- Se encontraron no conformidades en el control de documentos y registros del SGC, algunos registros no se estaban diligenciando y otros no se diligenciaban completamente, con lo cual el plan de acción consistió en la sensibilización a todo el personal sobre el control de documentos y control de registros.
- Se evidenció que no existía conocimiento claro de la política y los objetivos de calidad, misión ni visión por la mayoría del personal, Las actividades para contrarrestar esto fueron realizar capacitación y sensibilización sobre el SGC.
- No existía calibración de equipos médicos, ni hoja de vida de cada uno de los equipos, con lo cual se contrataron 2 empresas encargadas de levantar las respectivas hojas de vida de equipos, realizar las calibraciones y proponer su respectivo plan anual de mantenimiento correctivo y preventivo de este tipo de equipos.

9. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN FINAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN EL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA A PARTIR DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000

El diagnóstico final, fue realizado bajo los mismos parámetros del diagnóstico inicial, es decir bajo los lineamientos de la NTC ISO 9001:2000. La herramienta utilizada fue igualmente la misma lista de chequeo, para corroborar el cumplimiento punto por punto de la norma ISO 9001 al final del proyecto y con ello poder hacer la respectiva evaluación del trabajo realizado en la organización con respecto al SGC diseñado, documentado e implementado. Para esto se realizaron preguntas concernientes al texto de cada numeral de la norma o simplemente se escribió el título de este mismo numeral. Para la ejecución del diagnóstico final se entrevistó a los líderes de cada proceso, Gerente General, Médicos, Enfermeras, Auxiliares de consulta Externa, entre otros. Igualmente se revisó la documentación necesaria de cada proceso (formatos, registros, manuales etc.) para verificar el nivel de cumplimiento de cada numeral en cuanto a la parte documental.

Tabla 11. Diagnóstico Final del Sistema de Gestión de Calidad Basado en la Norma NTC ISO 9001:2000

NOMENCLATURA SOBRE LOS NIVELES DE DESEMPEÑO		% DE CUMPLIMIENTO
NA	Requisito no aplicable, bajo los parámetros de exclusión de ISO 9001	No aplica
AP	Requisito aplicable, no diseñado, no desarrollado, ni implementado	0%
D%D	Requisito en Proceso de diseño o desarrollo como especificación del SGC	25%
IM	Requisito implementado, con resultados, registros y evidencias	50%
AU	Requisito implementado y auditado con resultados	75%

	conformes	
ME	Requisito implementado, auditado y en proceso de mejoramiento continuo. Listo para auditoría externa	100%

REQUISITO DEL SGC	NIVELES DE MADUREZ DE DESEMPEÑO						OBSERVACIONES
	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD							
4.1 Requisitos Generales							
Identificación de los procesos necesarios para el SGC						X	Se tienen identificados los procesos de la empresa. Cada uno cuenta con una caracterización. Todos los procesos están orientados al Sistema de Gestión de Calidad establecido. Ver Anexo A.
Secuencia e interacción de los procesos.						X	Se cuenta con un mapa de procesos que muestra claramente los tres tipos de procesos, el servicio asistencial y administrativo que existe en este tipo de empresa, con lo cual se encuentra una relación clara de su interacción con los demás procesos. Ver Anexo A.

¿Se cuenta con métodos necesarios para asegurar que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces?						X	Se cuenta con la caracterización de todos los procesos y se está llevando a cabo los métodos de control planteados allí como la hoja de vida de indicadores y las auditorías internas entre otros. Ver Anexo B.
Seguimiento, medición y análisis de los procesos. Y acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y mejora continua de estos procesos.						X	En los procesos objeto de certificación se cuenta con mecanismos de medición del desempeño, con un control continuo establecido con el fin de lograr el mejoramiento continuo de estos procesos. Ver Anexo D.
4.2 Requisitos de la documentación	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
4.2.1 Política y objetivos de la calidad.						X	Se tiene la declaración documentada de la política de calidad, junto con los objetivos de calidad y éstas son conocidas por la gran mayoría de empleados del Centro Oncológico. Ver Anexo A.
4.2.2 Manual de la calidad						X	La empresa cuenta con un manual de Calidad que incluye el alcance, las exclusiones y los procedimientos

							documentados del SGC. Ver Anexo A.
4.2.3 Control de los documentos						X	La empresa cuenta con un procedimiento para el control de los documentos tanto internos como externos del Sistema de Gestión de la Calidad, al igual que cuenta con una guía que orienta el método y parámetros a tener en cuenta en la elaboración de los documentos del SGC. Ver Anexo E.
4.2.3 ¿Está organizada y existe una relación de la documentación que hace parte del Sistema de Gestión de Calidad?						X	Existen protocolos, manuales, guías e instructivos con los que el personal del Centro Oncológico se basa para realizar sus operaciones, los cuales están debidamente organizados, controlados y actualizados. Ver Anexo C.
4.2.4 Control de registros						X	Existe un procedimiento documentado para el control de los registros del SGC. Ver Anexo E.
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN							
5.1 Compromiso de la Dirección	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	

¿Se comunica por parte de la dirección acerca de la importancia de satisfacer los requisitos del cliente?					X		La responsabilidad de comunicar la importancia de satisfacer los requisitos del cliente fue cedida a la Directora de Calidad y Control Interno como representante de la dirección en el SGC, con lo cual ella es la encargada de este proceso dentro de la organización.
Evidencia o compromiso para difundir la política y los objetivos de la calidad.						X	Después de aprobada la política de calidad, los objetivos de calidad y el direccionamiento estratégico del Centro Oncológico se evidenció el compromiso por difundirlo dentro de toda la organización, por eso esto se encuentra en las carteleras de la institución, en los protectores de pantalla de los computadores y en las carpetas de documentación de cada proceso.
5.2 Enfoque al Cliente	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
Requisitos del cliente					X		La dirección de la empresa tiene un especial interés por la satisfacción de los requisitos de los clientes, y existe

							evidencia de éstos requisitos en las negociaciones realizadas con las diferentes EPS a las cuales se les presta el servicio, además de los requisitos establecidos por el Ministerio de la Protección Social.
Satisfacción del Cliente						X	Establecidos los requisitos de los clientes, se implementó dentro de la organización 3 maneras claras de medir la satisfacción con el servicio prestado, los cuales son la encuesta de satisfacción al usuario, la recepción de peticiones, quejas, reclamos y/o sugerencias y el reporte de reacciones adversas a medicamentos.
Política de la Calidad						X	La política de calidad especificada cumple con los requisitos para mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de calidad.
5.4 Planificación	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
5.4.1 ¿Están establecidos los objetivos de calidad en las funciones y niveles						X	Los objetivos de calidad están establecidos en los niveles pertinentes de

pertinentes dentro de la organización?							la organización, es decir en los procesos clave que permiten cumplirlos cabalmente. Ver Anexo D.
5.4.1 ¿Los objetivos de la calidad son medibles y coherentes con la política de la calidad?						X	Los objetivos de calidad son medibles y coherentes con la política de calidad de la organización. Ver Tabla 5.
5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
5.5.5 ¿Están definidas las responsabilidades y autoridades dentro de la organización?						X	Existe un organigrama que muestra los niveles de autoridad de los cargos, y un manual de descripción de funciones que indica cada una de las funciones y responsabilidades de los cargos, manual que fue revisado y después publicado dentro de la organización para su conocimiento y aplicación. Ver Ilustración 3 y Anexo F.
5.5.2 Representante de la dirección.						X	Se ha escogido el representante de la dirección, que tiene responsabilidades de acuerdo a lo establecido en la norma ISO 9001:2000. Existe un acta como

							evidencia de esta elección.
5.5.3 Comunicación interna				X			Se tiene establecido dentro de la organización los canales de comunicación.
5.6 Revisión por la dirección	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
5.6.1 ¿Se ha establecido una metodología para hacer la revisión de las mejoras por parte de la dirección?						X	Existe una guía donde se detalla la metodología establecida para realizar la revisión por parte de la dirección del SGC. Ver Anexo E.
5.6.2 Información para la revisión						X	Existe una guía donde se detalla la información requerida para llevar a cabo la revisión del SGC por parte de la dirección. Ver Anexo E.
5.6.3 Resultados de la revisión						X	Existe una guía donde se detalla los resultados de la revisión por la dirección. Ver Anexo E.
6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS							
6.1 Provisión de recursos	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
¿Existe un procedimiento establecido para la provisión de los recursos necesarios					X		Existe un método establecido para solicitar los recursos que sean necesarios para el buen

para el SGC?							funcionamiento del proceso y garantizar así el mejoramiento continuo del SGC.
6.2 Recursos Humanos	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
6.2.1 ¿Actualmente existen perfiles de cargos establecidos en la organización?						X	Existe un manual de funciones donde se especifica cuál debe ser la experiencia mínima requerida para cada uno de los cargos al igual que el nivel de estudios y habilidades requeridas. Ver Anexo F.
6.2.2 ¿Se han determinado las competencias necesarias para el personal que realiza trabajos que afectan la calidad del servicio?						X	Se han establecido las competencias y habilidades requeridas para todos los cargos del Centro Oncológico. Ver Anexo F.
6.2.2 ¿Se ha definido un procedimiento para identificar las necesidades de formación del personal respecto al SGC?					X		Se ha definido una herramienta metodológica que permite detectar las necesidades de formación del personal, las cuales son registradas como evidencia según lo establecido en la norma ISO 9001:2000

6.2.2 ¿Existen planes de capacitación y formación establecidos para el personal de la organización?				X			Se establecieron planes de formación y capacitación del personal del Centro Oncológico que fueron llevados a cabo por los practicantes, la química farmacéutica y entes externos a la organización.
6.2.2 ¿Se mantienen los registros apropiados que evidencian las competencias del personal?					X		Las hojas de vida de todos los trabajadores, se mantienen almacenadas con sus respectivos diplomas, certificados, etc., que evidencian la competencia del personal de acuerdo a la educación, formación, habilidades y experiencia, al igual que se almacenan las pruebas a las que han sido sometidos dentro de la organización con el fin de validar la información presentada.
6.3 Infraestructura	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
¿Existe un procedimiento para el mantenimiento de los equipos que afecten la calidad del servicio?				X			Existe un procedimiento para el mantenimiento correctivo y preventivo de los equipos y la infraestructura de la organización, con sus respectivos registros. Las instalaciones,

							equipos y espacios de trabajo del centro oncológico son adecuados para lograr un servicio de calidad.
6.4 Ambiente de trabajo	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
¿Existe un Manual de Bioseguridad dentro de la organización?						X	Existe un manual de bioseguridad, que permite a cabalidad determinar y gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr conformidad con los requisitos del producto. Existe un reglamento interno de seguridad y protección sobre el manejo de medicamentos citostáticos cuyo objetivo es darle confianza al personal en el desempeño de sus labores a través del conocimiento de los conceptos fundamentales sobre medicamentos citostáticos.
¿Tiene la organización conformado el COPASO?						X	Se cuenta con un COPASO establecido
7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO							
7.1 Planificación de la realización del producto	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	

¿La organización planifica los procesos para la prestación del servicio?					X		La empresa planifica el desarrollo de los procesos necesarios para la prestación del servicio. Existen actividades para la verificación, seguimiento, y inspección, y ensayo/prueba específicas para la prestación del servicio.
¿Hay registros que evidencian la planificación de la prestación del servicio?						X	La principal evidencia de la planificación de los servicios es la autorización de los servicios, al igual que la programación de los médicos especialistas que prestan sus servicios al Centro Oncológico entre otros.
7.2 Procesos relacionados con el cliente	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
7.2.1 ¿Ha determinado la organización un procedimiento o mecanismo para definir los requisitos del cliente relacionado con el servicio que se presta?					X		La empresa tiene identificados sus clientes. Se ha establecido un método para definir los requisitos especificados y no especificados por los clientes relacionados con la prestación del servicio de medicina oncológica

7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio.					X		Existe un método que permite la gestión de los contratos y convenios con los clientes (EPS y EPSS). Existe evidencia documentada de la revisión de los requisitos relacionada con la prestación del servicio en los contratos o convenios con los clientes EPS.
7.2.3 ¿Se han establecidos procesos de comunicación con los clientes?					X		Para los clientes/usuarios existe un buzón de sugerencias donde se recolectan las encuestas de satisfacción al usuario al igual que se recolectan las peticiones, quejas, reclamos y/o sugerencias que ellos realicen. Existe un procedimiento para el tratamiento de tutelas. Además existe constante comunicación entre la EPS contratante y el Centro Oncológico evidenciado en informes solicitados por estos.
7.3 Diseño y Desarrollo (no aplica)	X						
7.4 Compras	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	

7.4.1 ¿Se ha definido un procedimiento para la evaluación y selección de los proveedores?						X	La organización tiene identificados sus proveedores y los tiene clasificados según variables de precios, calidad, tiempo de entrega, etc., cuenta además con un procedimiento para evaluar y seleccionar los proveedores de acuerdo con los requisitos del producto adquirido.
7.4.2 Información de las compras						X	Existe un procedimiento de compras y se cuenta con evidencia de que se aseguran los requisitos antes de comunicárselos al proveedor.
7.4.3 ¿Existe evidencia de la verificación de las compras?						X	Se hace una inspección de los medicamentos y dispositivos medico quirúrgicos que se compran, existe un procedimiento formal y evidencia de los productos rechazados en el procedimiento.
7.5 Producción y prestación del servicio	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio.						X	La organización tiene planes formales que describen la prestación del servicio bajo

							condiciones controladas.
7.5.2 Validación de los procesos de la producción y la prestación del servicio	X						
7.5.3 Identificación y trazabilidad de los servicios						X	La organización ha definido claramente la identificación y trazabilidad en la prestación del servicio, mediante la evolución médica y la epicrisis.
7.5.4 ¿La organización tiene identificado la forma de salvaguardar los bienes del cliente?						X	La organización ha definido una forma para identificar, proteger y salvaguardar los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo su control.
7.5.5 Preservación del producto						X	La organización salvaguarda la Historia clínica. Existe un manual en donde se especifican los controles, normatividad y lineamientos que debe seguir para cumplir con este punto.
7.6 Control de los dispositivos de seguimiento y medición	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
¿Se ha establecido un procedimiento para el control de los dispositivos de seguimiento y					X		Se ha establecido un procedimiento para el control de los dispositivos de seguimiento y medición

medición?							y existen registros de hoja de vida de cada uno de estos dispositivos.
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA							
8.2 Seguimiento y Medición	NA	AP	D%D	IM	AU	ME	
8.2.1 ¿Existen métodos para obtener información de la percepción de los clientes EPS, usuarios y Médicos?					X		Existen métodos formales para obtener información de la percepción del servicio por parte de los clientes los cuales son la encuesta de satisfacción y la recepción de peticiones, quejas, reclamos y/o sugerencias y comunicados emitidos por las diferentes EPS.
8.2.2 ¿Se ha definido un procedimiento para la realización de auditorías internas de calidad?						X	Se tiene establecido un procedimiento para la realización de auditorías internas de calidad en la organización. Ver Anexo E.
8.2.2 ¿Están determinados los auditores internos de calidad?					X		La Directora de calidad y Control Interno está ya capacitada como auditora interna de calidad.
8.2.2 ¿Se ha planificado un programa para las auditorías internas de						X	Se ha planificado un programa de auditoría donde se considera el estado y la importancia

calidad?							de los procesos, las áreas a auditar y los resultados de auditorías previas.
8.2.3 ¿Existen métodos apropiados para el seguimiento y medición de los procesos?						X	Existen métodos para el seguimiento y medición de los procesos, como son los indicadores, las auditorías internas y la encuesta de satisfacción del usuario.
8.2.3 ¿Se han definido indicadores para medir la efectividad de los procesos?						X	Se han definido indicadores para cada uno de los procesos en donde se establece el responsable de medición, la meta a cumplir y la frecuencia de medición entre otros. Ver Anexo D .
8.2.4 ¿Se ha definido un método para la medición y seguimiento de las características del servicio?						X	Se han definido para cada uno de los servicios unos indicadores que complementan los indicadores de calidad y que están definidos por la ley y por las EPS contratantes ya que ellos las requieren para hacer seguimiento a los servicios contratados con el Centro Oncológico.

8.2.4 Criterios de aceptación de la prestación del servicio							X	Se identifica cuándo hay conformidad en la prestación del servicio y aceptación de la calidad de este para su posterior liberación. Existe evidencia formal que permite corroborar esta actividad.
8.3 Control del producto y/o servicio no conforme	NA	AP	D%D	IM	AU	ME		
¿Existe un procedimiento documentado para el control de productos y/o servicios no conforme?							X	Se tiene establecido un procedimiento para la identificación y tratamiento al producto o servicio no conforme dentro de la institución. Ver Anexo E .
¿Hay registro de la naturaleza de las no conformidades?							X	Existe registro de la naturaleza de las no conformidades presentadas en cada uno de los procesos.
8.4 Análisis de datos	NA	AP	D%D	IM	AU	ME		
¿Hay un método para determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad?							X	La organización posee métodos para el análisis de los datos recopilados, ya sea para la satisfacción del cliente, conformidad con los requisitos del servicio, características y tendencias de los procesos y los proveedores.
8.5 Mejora	NA	AP	D%D	IM	AU	ME		

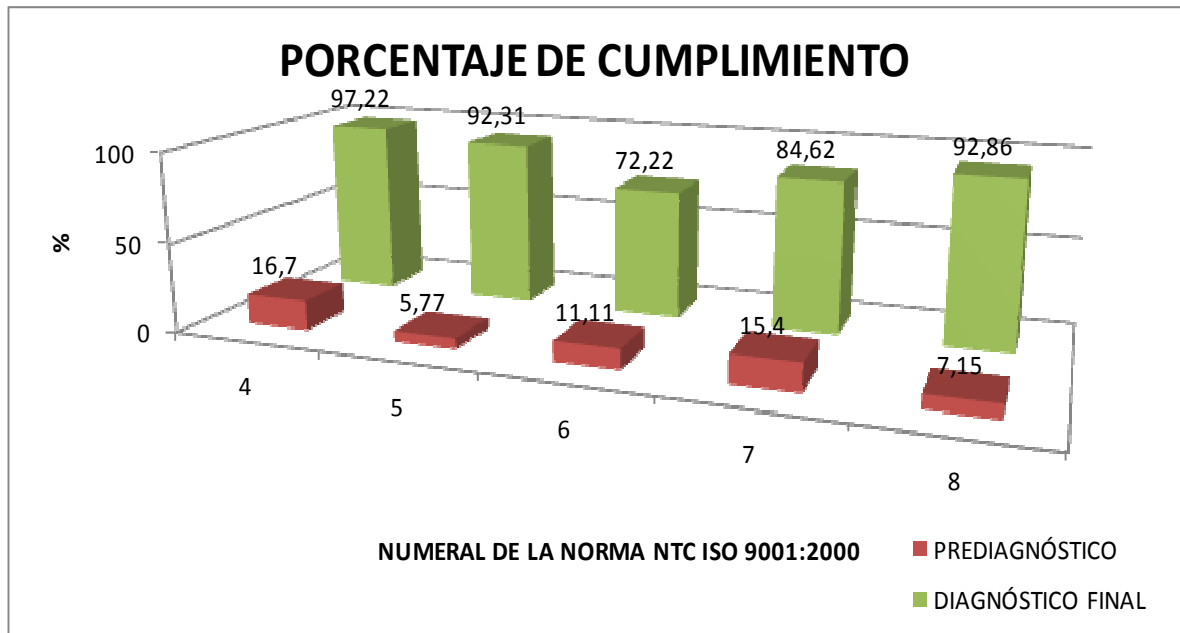
8.5.1 Mejora Continua						<p>X</p> <p>La organización tiene definidos los objetivos de calidad, posee un procedimiento para auditorías, guía para el análisis de datos, procedimiento para acciones correctivas y preventivas y revisiones por la dirección que permiten ayudar para el mejoramiento continuo de un sistema de gestión de la calidad.</p>
8.5.2 ¿Hay un procedimiento documentado para definir las acciones correctivas de las no conformidades?						<p>X</p> <p>Existe un procedimiento para darle tratamiento a las no conformidades presentadas en cada uno de los procesos y su respectivo registro. Ver Anexo E.</p>
8.5.3 ¿Hay un procedimiento documentado para determinar las acciones para eliminar las causas de las no conformidades potenciales?						<p>X</p> <p>Existe un procedimiento que permite identificar las no conformidades potenciales y prevenir su ocurrencia al igual que existe su respectivo registro. Ver Anexo E.</p>

9.1.1. Análisis del diagnóstico final del Sistema de Gestión de Calidad según la norma NTC ISO 9001:2000

El diagnóstico final al igual que el diagnóstico inicial, fue realizado bajo los lineamientos de la norma ISO 9001:2000 con el fin de mantener el mismo criterio de evaluación, de la labor desempeñada en la organización. El análisis realizado de los resultados obtenidos arrojó lo siguiente:

- El Porcentaje de cumplimiento de la mayoría de los requisitos de la norma ISO 9001:2000 al principio del proceso indicaba que no se cumplían, algunos estaban documentados pero no se habían implementando adecuadamente como se puede ver en la **Ilustración 17** que muestra de color rojo el pre diagnóstico realizado al principio del proyecto y de color verde el diagnóstico final. Después del trabajo realizado, se puede visualizar que el porcentaje de cumplimiento subió adecuadamente, en especial en los numerales 4 y 8 de la norma, y aunque se debe trabajar más en el numeral 6, este cumplimiento es satisfactorio puesto que representa un avance de más del 60%. En general el trabajo realizado es muy satisfactorio para la organización puesto que todos los numerales de la norma presentan un porcentaje de cumplimiento alto y muy alto que permiten llevar a cabo la auditoría externa de certificación. En la siguiente gráfica se resumen los porcentajes de cumplimiento totales por numeral de la norma para los dos diagnósticos realizados, con el fin de visualizar de una forma más clara el impacto del presente proyecto de grado en la organización.

Ilustración 17: Porcentaje de cumplimiento del Centro Oncológico respecto a los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000



- Como algunos requisitos se desarrollaban parcialmente y los procedimientos existentes no estaban estandarizados, no estaban implementados, eran obsoletos o se carecía de ellos, se desarrollaron e implementaron todos aquellos documentos que permitieran darle formalidad a las actividades realizadas.
- Los documentos no estaban estandarizados según la norma ISO 9001:2000, ni se tenía control de los documentos que ya estaban obsoletos y que habían dejado de usarse, con lo cual se crearon mecanismos para controlar todos los documentos del Sistema de Gestión de Calidad dentro de la organización como son los procedimientos control de documentos internos, externos y registros.
- Se documentaron los procesos necesarios para la certificación con el fin de definirlos claramente. Al igual que se definieron mecanismos de medición que permiten controlar y monitorear el desempeño de los procesos.

- Se fortaleció el proceso de Talento Humano, con el fin de que cada empleado tuviera establecidas claramente sus funciones y responsabilidades, se desarrollaron capacitaciones con el fin de mejorar sus habilidades y competencias, posteriormente se evaluó la competencia del personal que labora en la institución.
- Las actividades de selección y contratación del personal se realizan por medio de una cooperativa, existe una inducción previa que es para el conocimiento general de la organización y posteriormente con el líder del proceso al cual pertenecerá.
- Se generaron indicadores de gestión, y se empezaron a medir mostrando resultados satisfactorios que permitieron llevar a cabo acciones para el mejoramiento continuo de cada uno de los procesos involucrados en el SGC.

CONCLUSIONES

- Debido a la naturaleza y exigencias normativas impuestas por el Estado, las organizaciones del sector salud son muy complejas en su funcionamiento y administración, ya que sus servicios deben cumplir con altas exigencias que garanticen una atención adecuada debido a que el principal objetivo es salvaguardar la vida e integridad física y emocional de los usuarios por encima del beneficio económico de la empresa. Esa complejidad se presentó en el desarrollo del proyecto, para lo cual se debió prestar especial atención a actividades, que son de gran importancia pero con un manejo complejo.
- Se pueden identificar dos grandes clientes del Centro Oncológico los cuales son el Estado y las Empresas Aseguradoras Clientes (EPS y EPSS), quienes son las que imponen las reglas y requisitos debido a que poseen un alto poder en base a lo cual se planifican y prestan los servicios ofrecidos por la organización.
- Debido a la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, se integró a cada proceso un talento humano más capacitado y comprometido, ya que los trabajadores conocieron de primera mano los beneficios y requisitos de trabajar enfocados en la calidad, lo cual les aporta un valor agregado frente a las nuevas exigencias de los mercados, en las cuales la calidad es uno de los pilares de la competitividad de las organizaciones.
- Uno de los mayores aportes del proyecto, fue la aplicación de la medición y el control al interior de la organización. Ya que a pesar de conocerlo, no se aplicaba, lo cual implicó la implementación de indicadores a partir de los cuales se monitorearon los procesos. Aunque la medición produjo cierta resistencia, ya que se veía en ello la detección de no conformidades, con el tiempo permitió que en especial los jefes de procesos, tomaran más conciencia, responsabilidad y trabajo sobre sus procesos, dando así inicio a un proceso de mejora en base a datos, indicadores y hechos concretos.

- Se requirió especial atención al recurso humano, ya que la implementación y mantenimiento del sistema de gestión de calidad, implica cambios, que afectan la organización en general, y que requiere de un proceso de adaptación gradual, sin embargo la labor fue muy significativa, ya que fue una gran experiencia en el manejo y dirección del personal.
- Se introdujo el concepto de la gestión por competencias, ya que uno de los requisitos para garantizar la calidad es contar con personal que cuente con el conocimiento, la experiencia y las habilidades necesarias para desarrollar sus labores y tareas con éxito, definiendo así un perfil más completo para cada uno de los cargos. De esta forma el personal comprendió que en la prestación del servicio también es necesario contar con ciertas habilidades, conductas y responsabilidades que permitan lograr mejores resultados; esto es muy importante en una empresa de servicios donde los momentos de verdad con el cliente tienen un alto impacto en el éxito o fracaso de ésta.
- Con la designación de responsables de procesos, se evidenció mayor compromiso por parte del personal en relación a los resultados obtenidos, no conformidades presentadas y metas alcanzadas en cada uno de los procesos, lo cual contribuyó al buen desempeño de los procesos y con ello a mejorar el desempeño de la institución y al logro de sus objetivos.
- Con la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, se efectuó una mejora continua en toda la organización, ya que a través de la planificación realizada, las actividades se estandarizaron y se organizaron, con lo cual era mucho más fácil para la organización la detección y prevención de fallas o problemas.
- Con la aplicación de auditorías internas y revisiones por la dirección, se evaluó el sistema de gestión de calidad, lo cual permitió valorar la eficacia del sistema de calidad implementado y tomar acciones para su mejoramiento. Fueron muchas las no conformidades presentadas, como también lo fueron las acciones para corregirlas y prevenirlas, dando un tiempo prudente para la implementación de las mismas.

RECOMENDACIONES

- Junto con la mejora continua, la organización puede llevar a cabo un proceso de planeación estratégica, que permita evidenciar debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades, por tanto dicho análisis puede ofrecer una visión más clara de la situación en la que se encuentra, para mantenerse competitiva y lograr responder a los nuevos retos y exigencias que se impongan.
- Se recomienda implementar un sistema integrado de información, ya que de esta forma, se podrá eliminar un gran porcentaje de errores, de carga laboral y retrabajos en algunos puestos, representada en actividades que no agregan valor, por consiguiente se podrá realizar una redistribución de labores que permita llevar a cabo procesos más eficientes.
- Se debe mantener el compromiso y conservar el mismo entusiasmo por parte de la alta dirección de la empresa, en el mantenimiento y mejoramiento continuo del sistema de gestión de calidad, que se adoptó en la organización, haciendo énfasis en la planificación, el seguimiento a los procesos, la medición y la actuación para eliminar las no conformidades
- Se recomienda que una vez certificado el sistema de gestión de calidad, la empresa inicie el proceso hacia la acreditación institucional en salud y consecutivamente, hacia la implementación de un sistema integrado de gestión.
- Es necesario realizar el mejoramiento estructural recomendado, además de la compra de implementos en la sede asistencial de tal forma que se pueda cumplir completamente todos los requisitos del INVIMA.

BIBLIOGRAFÍA

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. Normas fundamentales sobre gestión de la calidad documento de orientación para su aplicación NTC ISO 9001:2000, ICONTEC, Bogotá.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. NTC-ISO 9000:2000 Fundamentos y vocabulario. Bogotá. ICONTEC 2000.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN NTC-ISO 9004:2000. Directrices para la mejora del desempeño. Bogotá. ICONTEC 2000.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. NTC ISO 19011:2002. Directrices para la auditoría de calidad. Bogotá. ICONTEC 2002.

TROUT, Jack. El Poder de lo Simple. Madrid. Editorial McGraw Hill. 2ª Edición. 2005.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución Número 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Decreto Número 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

www.actualicese.com

www.iso.ch


www.icontec.org.co

www.minproteccionsocial.gov.co

www.supersalud.gov.co

ANEXOS

ANEXO A: MANUAL DE CALIDAD

 <p>CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i></p>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-MA-01
	MANUAL DE CALIDAD	Versión: 01
		Página 1 de 15
Revisó: Dirección Técnico Científica	Aprobó: Gerente General	Fecha de aprobación: Febrero 24 de 2009

CENTRO ONCOLÓGICO LTDA.



MANUAL DE CALIDAD

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

NORMA NTC ISO 9001:2000

Bucaramanga



	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-MA-01
	MANUAL DE CALIDAD	Versión: 01
		Página 145 de 15

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1 OBJETIVO.....	3
2 ALCANCE Y EXCLUSIONES	3
2.1 ALCANCE	3
2.2 EXCLUSIONES.....	3
3 DEFINICIONES Y ABREVIATURAS	3
4 CONTENIDO DEL MANUAL.....	4
4.1 CENTRO ONCOLÓGICO LTDA.....	4
4.1.1 Reseña histórica.....	4
4.1.2 Misión.....	4
4.1.3 Visión.....	4
4.1.4 Principios Corporativos.....	4
4.1.5 Ubicación.....	5
4.1.6 Estructura organizacional.....	5
4.1.7 Organigrama.....	6
4.2 CONFIGURACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	7
4.2.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN.....	7
4.2.2 Política de Calidad.....	7
4.2.3 Objetivos de Calidad.....	7
4.2.4 Responsables	8
4.2.5 Estructura de la Documentación.....	9
4.2.6 Procesos del Centro Oncológico Ltda.....	10
4.2.7 Caracterizaciones de los procesos involucrados en el alcance del Sistema de Gestión de Calidad.....	10
4.2.8 Requisitos	13
4.2.9 Procedimientos Obligatorios.....	13
5 CONTROL DE CAMBIOS.....	13
ANEXO 1: MATRIZ DE INTERRELACIÓN DE REQUISITOS	14

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-MA-01
	MANUAL DE CALIDAD	Versión: 01
		Página 3 de 15

1. OBJETIVO

El presente manual es una guía para establecer la planificación, la operación y el control de los procesos del Centro Oncológico Ltda., conformados dentro de un Sistema de Gestión de Calidad, cuya estructura se adecúa a los requisitos planteados en la norma NTC ISO 9001:2000. Las actividades que realice el personal, que no tengan relación con los procesos del Sistema de Gestión de Calidad, quedan excluidas del alcance del mismo.

2. ALCANCE Y EXCLUSIONES

2.1 ALCANCE

El alcance del Sistema de Gestión de Calidad corresponde a “Los procesos misionales de Quimioterapia y Consulta Externa, y los procesos de apoyo Farmacia, Historias Clínicas y Autorizaciones, para el cumplimiento de las responsabilidades como Institución Prestadora de Salud.

2.2 EXCLUSIONES


Para los procesos del Centro Oncológico Ltda., se excluyen los siguientes numerales:

Se excluye el numeral 7.3 Diseño y desarrollo debido a que todos los protocolos asistenciales de medicina oncológica que se siguen ya están establecidos por sociedades de medicina nacionales e internacionales.

Se excluye el numeral 7.5.2 Validación de los procesos de producción y de la prestación del servicio porque la organización cuenta con controles en cada uno de los servicios que le permite identificar deficiencias antes y durante la prestación del servicio.

3. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

- **Calidad:** Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.
- **Objetivo de la Calidad:** Algo ambicionado, o pretendido, relacionado con la calidad.
- **Manual de Calidad:** Documento que enuncia la Política de Calidad y describe el Sistema de Gestión de la Calidad del Centro Oncológico Ltda.
- **Política de la Calidad:** Intenciones globales y orientación de una organización relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección.
- **Proceso:** Conjunto de recursos y actividades interrelacionadas que transforman elementos de entrada en resultado.

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-MA-01
	MANUAL DE CALIDAD	Versión: 01
		Página 4 de 15

- **SGC:** (Sistema de Gestión de la Calidad) Sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

4. CONTENIDO DEL MANUAL

4.1 CENTRO ONCOLÓGICO LTDA.

4.1.1 Reseña histórica.

Esta empresa nace en marzo de 2002 con la visión de convertirse en una reconocida organización encaminada hacia el tratamiento y rehabilitación de pacientes con CANCER Y VIH.

Cuenta con una amplia experiencia local, regional y nacional, ya que tiene presencia en Arauca, Bogotá, Bucaramanga, Cúcuta, Ibagué, Tunja y Valledupar.


Es una empresa de capital privado que cuenta con la capacidad, basada en su amplia experiencia, para prestar atención en las patologías neoplásicas e infectología en los diferentes puntos de la red de servicio nombrada anteriormente. Desarrolla y evalúa el riesgo al cáncer con el fin de disminuir la morbimortalidad de esta enfermedad.

4.1.2 Misión.

Somos una Institución Prestadora de Salud IPS, de alta complejidad, que brinda una atención integral a usuarios con Patologías Neoplásicas, mediante programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de estas enfermedades. Tenemos políticas de mejoramiento continuo, sustentados en una sólida red de servicios de salud a nivel nacional, que combina la ética y calidez, para ofrecer a los usuarios y sus familias la satisfacción de sus expectativas.

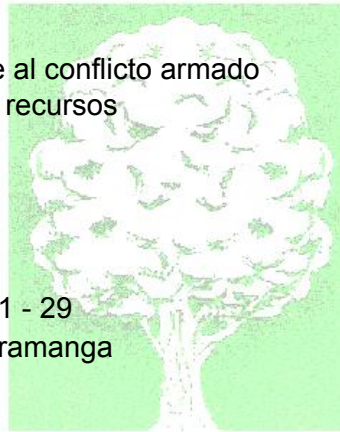
4.1.3 Visión.

Para el año 2012 seremos acreditados en la prevención, tratamiento y rehabilitación del usuario con Patologías Neoplásicas, siendo un punto de referencia por la calidad en la prestación de sus servicios. Se liderarán programas de educación médica continuada y de seguimiento a nivel nacional del comportamiento epidemiológico de patologías oncológicas, con el propósito de fortalecer procesos investigativos y científicos que ayuden a generar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-MA-01
	MANUAL DE CALIDAD	Versión: 01
		Página 5 de 15

4.1.4 Principios Corporativos

- Respeto a la dignidad humana.
- Universalidad.
- Integridad.
- Eficiencia.
- Eficacia.
- Solidaridad.
- Calidad.
- Equidad
- Imparcialidad frente al conflicto armado
- Uso racional de los recursos



4.1.5 Ubicación

SEDE ASISTENCIAL

Dirección: Calle 52B No. 31 - 29
 Antiguo Campestre - Bucaramanga
 Tel. 6471706

SEDE ADMINISTRATIVA

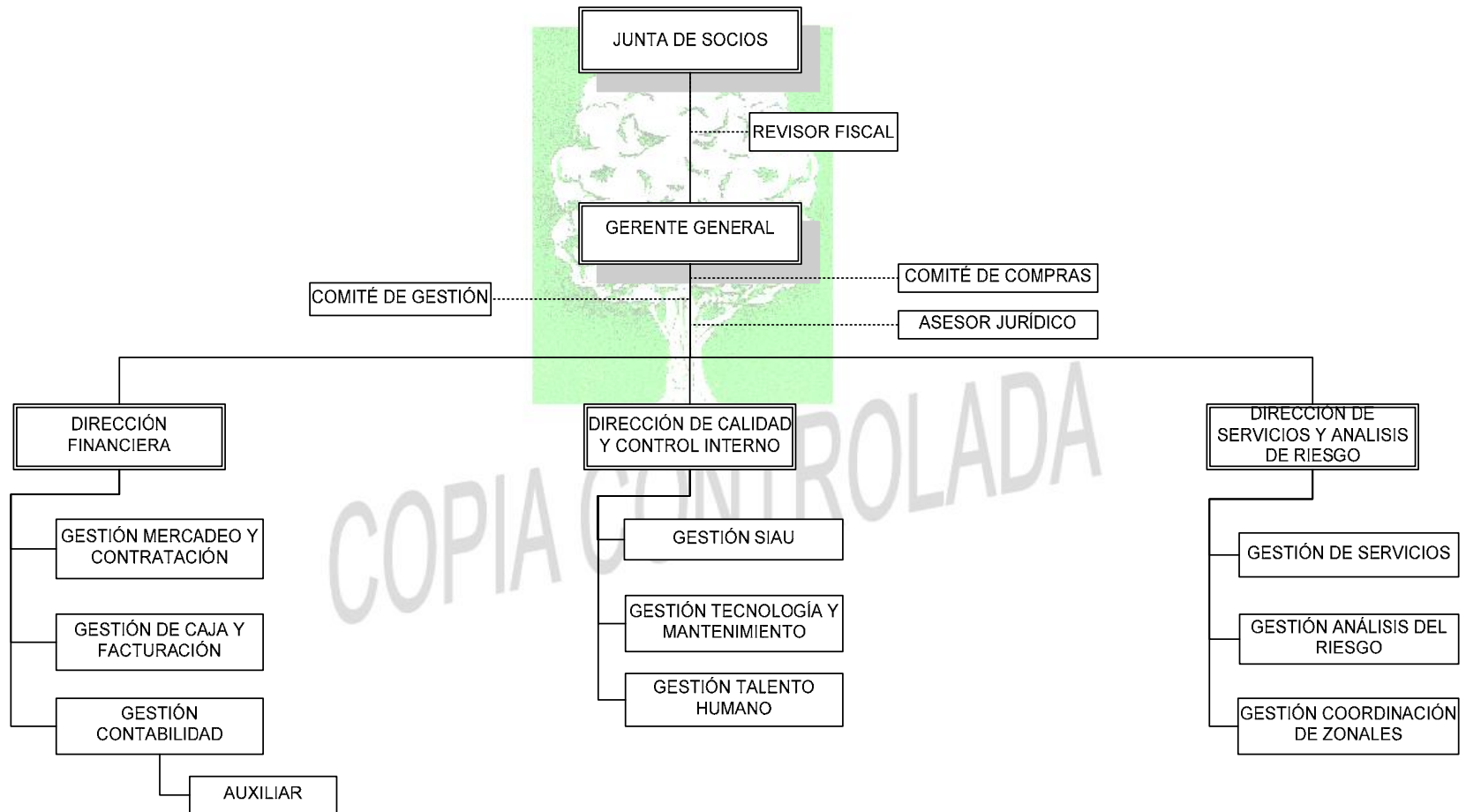
Dirección: Carrera 31 No. 50 – 32
 Sotomayor – Bucaramanga
 Tel. 6474851 - 6436808


4.1.6 Estructura organizacional

La alta dirección establece la jerarquía, responsabilidades y autoridades según la estructura organizacional que se muestra a continuación y se apoya en el documento manual de descripción de cargos para definir y dar a conocer a cada integrante de la organización sus atribuciones y responsabilidades.



4.1.7 Organigrama



	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-MA-01
	MANUAL DE CALIDAD	Versión: 01
		Página 7 de 15

4.2 CONFIGURACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN

Los compromisos asumidos por la Alta Dirección del Centro Oncológico Ltda., con respecto a la dinámica y operación del Sistema de Gestión de Calidad son:


- Declara la Política de Calidad, entendida como el compromiso que adquiere la empresa, de ofrecer servicios que satisfagan a los clientes usuarios y a mejorar continuamente para alcanzar los objetivos propuestos. La dirección, junto con representantes de toda la organización y junto con el representante de calidad, serán los encargados de establecer la política, para lograr la participación de toda la organización.
- Establece los objetivos de calidad: los objetivos se derivan de la Política de Calidad y a través de ellos se puede medir el cumplimiento de la misma. Los objetivos de calidad deben ser claros, medibles y alcanzables.
- Revisa el Sistema de Gestión de Calidad: la Dirección, es la encargada de realizar periódicamente la revisión del Sistema de Gestión de Calidad, como un medio de verificación de la eficacia del mismo en el cumplimiento de los objetivos y metas trazadas.
- Asegura la disponibilidad de recursos: la Dirección de la institución, brinda los recursos necesarios para el mantenimiento y mejoramiento del Sistema de Gestión de Calidad, con los procesos que lo componen.
- La Alta Dirección asegura que la organización actúe y trabaje con base en la política de calidad, así como en el cumplimiento de los objetivos y metas propuestas, en la satisfacción del usuario y en el mejoramiento continuo.

4.2.1 Política de Calidad

Satisfacer las necesidades y expectativas de salud de nuestros usuarios con Patologías Neoplásicas, pensando siempre prioritariamente en la conservación de la integridad física y emocional, mejorando continuamente nuestros servicios con profesionalismo y calidez humana.

4.2.2 Objetivos de Calidad

1. Brindar al usuario una atención oportuna de acuerdo a sus necesidades y expectativas.
2. Mantener el nivel de satisfacción de clientes y usuarios.
3. Garantizar una atención segura a los usuarios.
4. Mejoramiento continuo del sistema de gestión de calidad

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-MA-01
	MANUAL DE CALIDAD	Versión: 01
		Página 8 de 15

4.2.3 Responsables

Comité de Calidad

Órgano responsable de fomentar, promover y orientar todas las actividades de la institución que afectan la calidad de sus productos y servicios. El Comité de Calidad constituye la instancia en la que se atenderán y analizarán los intereses, necesidades, inquietudes, opiniones y sugerencias de los círculos de calidad del Centro Oncológico Ltda.


Funciones. Son funciones del Comité de Calidad para el Sistema de Gestión de la Calidad del Centro Oncológico Ltda., las siguientes:

- Formular y actualizar el alcance y las directrices de calidad (política y objetivos de calidad).
- Asegurar la conectividad entre los objetivos generales del SGC y los particulares de cada proceso.
- Realizar seguimiento a los resultados obtenidos en los procesos de calidad y mejora.
- Determinar las áreas críticas a atender con los procesos de calidad y mejora.
- Difundir el resultado del desempeño de los procesos.
- Proponer y promover las acciones necesarias para construir la cultura de calidad en toda la Organización.
- Informar a la Dirección Institucional sobre las actividades, avances y resultados relacionados con el Sistema de Gestión de la Calidad.
- Darse su propio reglamento.
- Las demás funciones que sean requeridas.

Círculos de Calidad

Órganos responsables de fomentar, promover y orientar todas las actividades que afectan la calidad de sus productos y servicios dentro del Círculo de Calidad del Servicio Asistencial y el Círculo de Calidad del Servicio Administrativo del Centro Oncológico Ltda. Los Círculos de calidad constituyen la instancia en la que se atenderán y analizarán los intereses, necesidades, inquietudes, opiniones y sugerencias de cada proceso perteneciente al círculo determinado.

- Promover que todo el personal se involucre y comprometa con los procesos de calidad y mejora.
- Difundir el resultado del desempeño de los procesos
- Asegurar la conectividad entre los objetivos generales del SGC y los particulares de cada proceso.
- Determinar las áreas críticas a atender con los procesos de calidad y mejora.

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-MA-01
	MANUAL DE CALIDAD	Versión: 01
		Página 9 de 15

- Realizar seguimiento a los resultados obtenidos en los procesos de calidad y mejora.
- Las demás funciones que sean requeridas.

Representante de la dirección


La Alta Dirección asigna como su representante para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad a la Coordinadora de Calidad quien independientemente de otras funciones debe:

- Asegurar que se establecen, implementan y mantienen los procesos del sistema de gestión de la calidad.
- Informar a la Alta Dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y de cualquier necesidad de mejora.
- Asegurar que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en toda la organización.
- Mantener y controlar la documentación del sistema de gestión de calidad.
- Administrar las acciones preventivas y correctivas a implementarse en la organización.
- Promover la comunicación con los clientes de la institución y demás partes interesadas de la misma, en temas relacionados con el sistema de gestión de calidad.
- Administrar los indicadores de calidad establecidos para el control del sistema de gestión de calidad.
- Planificar y ejecutar el programa de auditorías y elaborar informes de las mismas.
- Desarrollar programas de capacitación y sensibilización en la organización, orientadas al mejoramiento de la calidad.
- Promover una cultura de calidad y mejoramiento continuo al interior del Centro Oncológico Ltda.

4.2.4 Estructura de la Documentación.

La estructura documental define la manera como está documentado el Sistema de Gestión de la Calidad. Los tipos de documentos establecidos para la Institución son los siguientes:

- Manual
- Caracterización
- Procedimiento
- Guía
- Instructivo
- Protocolo Médico
- Formato

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-MA-01
	MANUAL DE CALIDAD	Versión: 01
		Página 10 de 15

4.2.5 Procesos del Centro Oncológico Ltda.

El Centro Oncológico Ltda., definió los procesos para la actividad Misional de la siguiente manera

PROCESOS DIRECTIVOS

Son el conjunto de procesos relacionados con la enunciación, transmisión y establecimiento de políticas y estrategias financieras y administrativas, así como el establecimiento de objetivos y el aseguramiento de la disponibilidad apropiada de los recursos que contribuyen al logro de la razón de ser de la organización. Estos procesos son:

DI: DIRECCION INSTITUCIONAL

GC: GESTION DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO

PROCESOS MISIONALES

Son el conjunto de procesos que contribuyen directamente con el cumplimiento de la razón de ser del Centro Oncológico Ltda. Estos procesos son:

QM: QUIMIOTERAPIA

CE: CONSULTA EXTERNA

PROCESOS DE APOYO

Son el conjunto de procesos relacionados con la ejecución de las políticas y estrategias financieras y administrativas, que tienen la finalidad de contribuir al logro de las actividades misionales del Centro Oncológico Ltda. Estos procesos son:

FA: FARMACIA

AU: AUTORIZACIONES

HC: HISTORIAS CLINICAS

FI: FINANCIERO

CO: COMPRAS


TH: TALENTO HUMANO

AM: AUDITORIA MÉDICA

TG: TECNOLOGÍA

IM: INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO

RE: RED EXTERNA

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-MA-01
	MANUAL DE CALIDAD	Versión: 01
		Página 11 de 4065

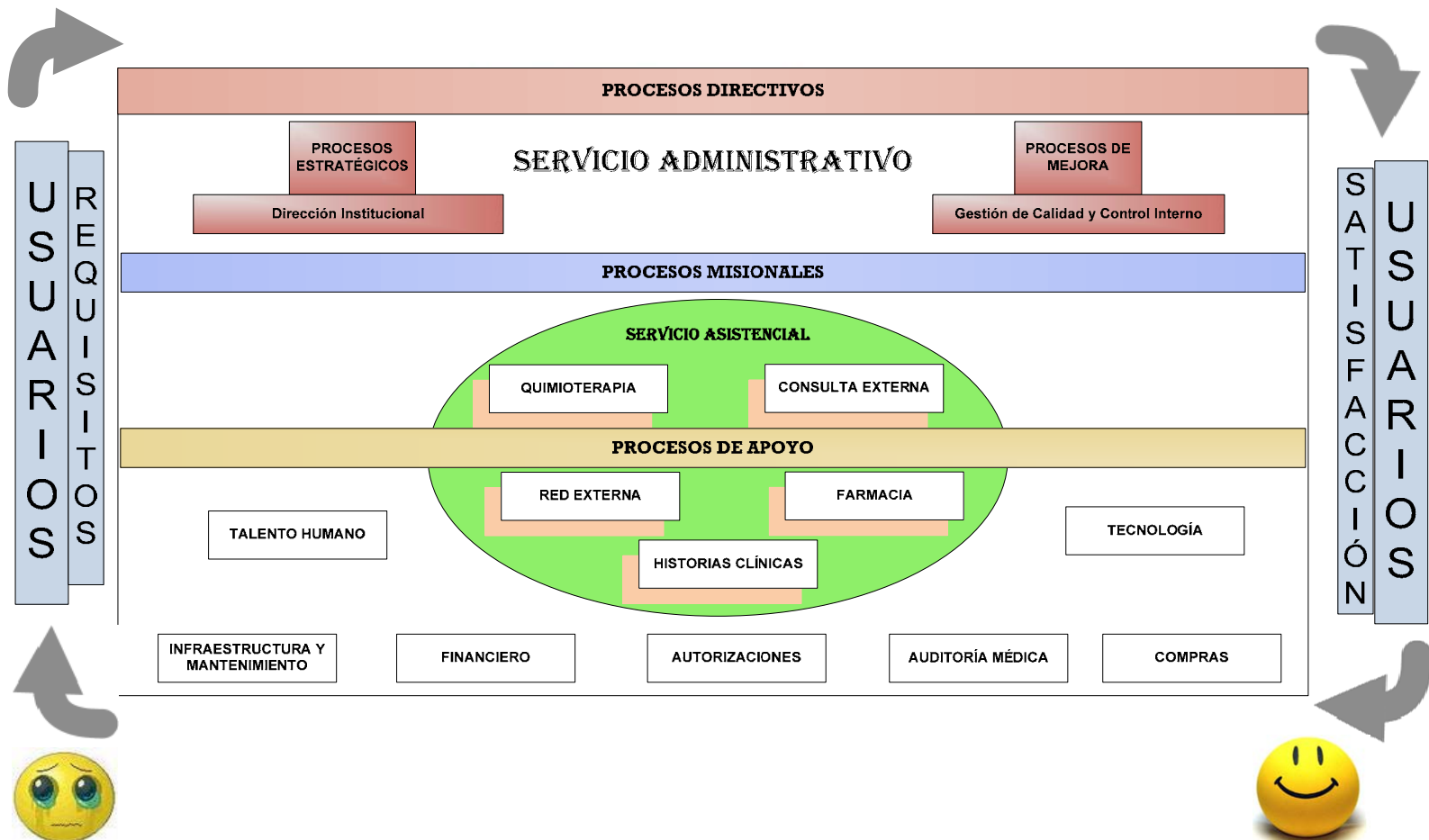
4.2.7 Caracterizaciones de los procesos involucrados en el alcance del Sistema de Gestión de Calidad


De acuerdo con los procesos establecidos para la organización, se relacionan a continuación las caracterizaciones respectivas.

Nota: Las caracterizaciones hacen parte integral de la documentación de cada proceso.

Tabla 1: CARACTERIZACIONES DE LOS PROCESOS

PROCESOS MISIONALES	
CE-CR-01	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE CONSULTA EXTERNA
QM-CR-01	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE QUIMIOTERAPIA
PROCESOS DIRECTIVOS	
GC-CR-01	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO
DI-CR-01	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE DIRECCIÓN INSTITUCIONAL
PROCESOS DE APOYO	
HC-CR-01	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO HISTORIAS CLÍNICAS
AU-CR-01	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE AUTORIZACIONES
FA-CR-01	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE FARMACIA
TH-CR-01	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO TALENTO HUMANO
FI-CR-01	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO FINANCIERO
IM-CR-01	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO
AU-CR-01	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE AUDITORÍA MÉDICA
TG-CR-01	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE TECNOLOGÍA
RE-CR-01	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO RED EXTERNA
CP-CR-01	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE COMPRAS



	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-MA-01
	MANUAL DE CALIDAD	Versión: 01
		Página 13 de 4065

4.2.7 Requisitos

- **De los beneficiarios.** Los diferentes beneficiarios y sus requisitos por cada proceso que conforman el Sistema de Gestión de Calidad del Centro Oncológico Ltda., se describen en las caracterizaciones de cada proceso.
- **Legales y Reglamentarios.** Los requisitos legales para los procesos del Centro Oncológico Ltda., se encuentran definidos en los Listados Maestros de Documentos Externos.
- **De la organización.** Los requisitos de la organización para los procesos del Centro Oncológico Ltda., se encuentran establecidos a nivel macro en las caracterizaciones de cada proceso y en los documentos del SGC.
- **De la NTC ISO 9001: 2000.** Los requisitos de la NTC ISO 9001: 2000 que aplican a los procesos del Centro Oncológico Ltda., se encuentran establecidos en la Matriz Interrelación de Requisitos. (Ver anexo 1).

Nota: Las caracterizaciones hacen parte integral de la documentación de cada proceso.

4.2.8 Procedimientos Obligatorios:


De acuerdo con lo establecido en la NTC ISO 9001:2000, se relacionan a continuación los procedimientos obligatorios con respecto al proceso que es responsable de su implementación (ver tabla 2)

Tabla 2: Relación de Procedimientos Obligatorios del SGC

GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	
GC-PR-01	PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS EXTERNOS
GC-PR-02	PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS
GC-PR-03	PROCEDIMIENTO CONTROL DE PRODUCTO O SERVICIO NO CONFORME
GC-PR-04	PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS
GC-PR-05	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS
GC-PR-06	PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD

5. CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	Febrero 24 de 2009	Creación del documento

 CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-MA-01
	MANUAL DE CALIDAD	Versión: 01
		Página 14 de 15



ANEXO 1: MATRIZ DE INTERRELACIÓN DE REQUISITOS

COPIA CONTROLADA




SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-MA-01
MANUAL DE CALIDAD	Versión: 01
	Página 15 de 15


REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000			PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA														
			AM	AU	CP	CE	GC	DI	RE	FA	FI	HC	TG	IM	QM	TH	
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	4.1 REQUISITOS GENERALES		C	C	C	C	C	R	C	C	C	C	C	C	C	C	C
	4.2 REQUISITOS DE DOCUMENTACIÓN	4.2.1. GENERALIDADES	C	C	C	C	C	R	C	C	C	C	C	C	C	C	C
		4.2.2. MANUAL DE CALIDAD	C	C	C	C	C	R	C	C	C	C	C	C	C	C	C
		4.2.3. CONTROL DE LOS DOCUMENTOS	C	C	C	C	R	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
		4.2.4. CONTROL DE LOS REGISTROS	C	C	C	C	R	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	5.1. COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN		X	X	X	X	X	R	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	5.2. ENFOQUE AL CLIENTE		R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	5.3. POLÍTICA DE CALIDAD		C	C	C	C	C	R	C	C	C	C	C	C	C	C	C
	5.4. PLANIFICACIÓN	5.4.1. OBJETIVOS DE CALIDAD	C	C	C	C	R	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
		5.4.2. PLANEACIÓN DEL SISTEMA	C	C	C	C	R	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
	5.5. RESPONSABILIDAD AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN	5.5.1. RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD	C	C	C	C	R	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
		5.5.2. REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	X	X	X	X	X	R	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		5.5.3. COMUNICACIÓN INTERNA	C	C	C	C	R	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
	5.6. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	5.6.1. GENERALIDADES	X	X	X	X	X	R	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		5.6.2. INFORMACIÓN PARA LA REVISIÓN	C	C	C	C	R	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
5.6.3. RESULTADOS DE LA REVISIÓN		C	C	C	C	R	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	
6. GESTIÓN DE RECURSOS	6.1. PROVISIÓN DE RECURSOS		C	C	C	C	R	C	C	C	C	C	C	C	C	C	
	6.2. RECURSOS HUMANOS	6.2.1. GENERALIDADES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		6.2.2. COMPETENCIA, TOMA DE CONCIENCIA Y FORMACIÓN	C	C	C	C	C	R	C	C	C	C	C	C	C	C	R
	6.3. INFRAESTRUCTURA	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	R	C	C	
6.4. AMBIENTE DE TRABAJO	X	X	X	X	X	C	X	X	X	X	X	X	X	X	X	R	
7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	7.1. PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO		R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	7.2. PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE	7.2.1. DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
		7.2.2. REVISIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
		7.2.3. COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
	7.3. DISEÑO Y DESARROLLO	7.3.1. PLANIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		7.3.2. ELEMENTOS DE ENTRADA PARA EL DISEÑO Y DESARROLLO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		7.3.3. RESULTADOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		7.3.4. REVISIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		7.3.5. VERIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		7.3.6. VALIDACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		7.3.7. CONTROL DE LOS CAMBIOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	7.4. COMPRAS	7.4.1. PROCESO DE COMPRAS	C	C	R	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
		7.4.2. INFORMACIÓN DE LAS COMPRAS	C	C	R	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
		7.4.3. VERIFICACIÓN DEL PRODUCTO COMPRADO	C	C	R	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
	7.5. PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO	7.5.1. CONTROL DEL PRODUCTO Y/O PRESTACIÓN DEL SERVICIO	R	R	X	R	R	C	X	R	X	C	C	C	R	C	
		7.5.2. VALIDACIÓN DE PROCESOS DE PRODUCTO Y/O SERVICIO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		7.5.3. IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD	R	R	R	R	R	X	R	R	R	R	R	R	R	R	R
		7.5.4. PROPIEDAD DEL CLIENTE	R	R	X	R	X	X	R	X	X	R	R	X	R	X	X
		7.5.5. PRESERVACIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
7.6. CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN		X	X	X	C	X	X	X	C	X	X	X	R	C	X		
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	8.1. GENERALIDADES		X	X	X	X	R	R	X	X	X	X	X	X	X	X	
	8.2. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	8.2.1. SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	R	R	R	R	R	X	R	R	R	R	R	R	R	R	R
		8.2.2. AUDITORIA INTERNA	C	C	C	C	R	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
		8.2.3. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS	R	R	R	R	R	R	C	R	R	R	R	R	R	R	R
		8.2.4. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO	R	R	R	R	R	X	C	R	R	R	R	R	R	R	R
	8.3. CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME		C	C	C	C	R	X	C	C	C	C	C	C	C	C	C
	8.4. ANÁLISIS DE DATOS		R	R	R	R	R	R	C	R	R	R	R	R	R	R	R
	8.5. MEJORA	8.5.1. MEJORA CONTINUA	R	R	R	R	R	R	C	R	R	R	R	R	R	R	R
		8.5.2. ACCIÓN CORRECTIVA	C	C	C	C	R	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
8.5.3. ACCIÓN PREVENTIVA		C	C	C	C	R	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	

CONVENCIONES: COLABORA (C) RESPONSABLE (R) NO APLICA (X)


ANEXO B: CARACTERIZACIONES DE PROCESOS


CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>		SERVICIO ASISTENCIAL		Código: CE-CR-01	
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE CONSULTA EXTERNA				Versión: 01	
				Página 1 de 2	
Revisó: Directora de Servicios y Analisis de Riesgo		Aprobó: Gerente General		Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009	
Tipo de Proceso:	Misional	Responsable del proceso:	Atencion al usuario		
Objetivo del proceso:	Ofrecer los servicios de salud a los usuarios afiliados a las aseguradoras, de una forma integral oportuna, segura, accesible y eficaz.				
Alcance del proceso	Este proceso involucra las actividades de asignación de citas y atención integral de usuarios con patologías oncológicas.				
Proveedores	Entradas	Actividades del proceso	Responsable	Salidas del proceso	Clientes
Clientes - Usuarios Talento Humano Autorizaciones Compras Informática y telecomunicaciones Infraestructura Historias Clínicas Bases de datos EPS's IPS'S Quimioterapia	Usuarios de EPS Llamadas de Usuarios de consulta Información: Base de datos de Usuarios de las EPS	Identificación del usuario	Auxiliar de atención al usuario	Llamadas atendidas	Clientes - Usuarios Autorizaciones Historias Clínicas Apoyo terapéutico Facturación Auditoría Médica Cirugía Farmacia Gestión de Calidad Profesionales de salud EPS Informática y telecomunicaciones IPS'S Quimioterapia
	Registros: Autorizaciones del servicio Fococopia del carnet y de identificación, orden médica, Información: datos suministrados por el usuario	Verificación del usuario	Auxiliar de atención al usuario	Derechos Comprobados Registros: Documentación datos personales de Historia Clínica	
	Registro: Formato de disponibilidad de especialistas Información: Agenda por profesional, Agenda de disponibilidad de consultorios, Resultados de exámenes clínicos, patologías, remisiones y otros.	Asignación de Citas	Auxiliar de atención al usuario	Registros: Reporte de Citas entre fechas, Reporte de citas de apoyo terapéutico	
	Información: Autorizaciones del servicio de las EPS'S Fococopia del carnet y de identificación Contratos de convenios institucionales Registros: Reportes de Citas entre fechas	Activación de Historia Clínica	Auxiliar de atención al usuario	Registros: Asistencia a citas Autorizaciones del servicio de las EPS'S Documentos de Usuarios	
	Registros: Historia Clínica Información: Resultados de exámenes clínicos, patologías, remisiones y otros Protocolos y Guías médicas de atención	Atención Médica	Profesional de la salud encargado	Registros: Órdenes de servicio Actualización de la Historia Clínica Plan de Tratamiento Remisión Formulario de medicamentos no POS Interconsulta Formulario de medicamentos de control especial Información: Orientación al usuario y/o familia sobre la enfermedad y tratamiento	
	Registros: Órdenes de servicio Actualización de la Historia Clínica Plan de Tratamiento Información: Orientación al usuario y/o familia sobre la enfermedad y tratamiento	Salida	Auxiliar de Consulta Externa	Registro: Archivo de la Historia Clínica Factura	
No conformidades Indicadores	Seguimiento y control	Auxiliar de Consulta Externa	Acciones correctivas, Acciones preventivas Planes de mejora		


 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>		SERVICIO ASISTENCIAL		Código: CE-CR-01
		CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE CONSULTA EXTERNA		Versión: 01
				Página 2 de 2
REQUISITOS LEGALES Y/O REGLAMENTARIOS			PROCESOS RELACIONADOS	
Ver listado Maestro de Documentos Externos			<ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia • Historias Clínicas • Farmacia • Autorizaciones 	
REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000			RECURSOS REQUERIDOS PARA EL PROCESO	
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos			<ul style="list-style-type: none"> • Instalaciones físicas de servicios de salud • Profesionales en salud y enfermería • Software 	
DOCUMENTOS ASOCIADOS			REGISTROS REQUERIDOS PARA EL PROCESO	
Ver Listado Maestro de Documentos Internos			Ver Listado Maestro de Registros	
MECANISMOS DE SEGUIMIENTO			MEDICIÓN DEL PROCESO	
Indicadores Auditorías Internas			Ver Hoja de Vida de indicadores	
REQUISITOS DE LOS BENEFICIARIOS			REQUISITOS DE LA ORGANIZACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad a la consulta • Atención amable y cordial. • Tiempo de espera mínimo en la atención. • Información veraz. • Atención oportuna. • Conformidad del servicio de salud. • Remisiones pertinentes. • Atención profesionalizada. 			Contratos con las EPS y EPSS Cumplir con los deberes de los usuarios	
RESPONSABLES				
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos				
CONTROL DE CAMBIOS				
VERSION	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS		
1	Febrero 24 de 2009	CREACIÓN DEL DOCUMENTO		


 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>		SERVICIO ASISTENCIAL	Código: QM-CR-01		
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE QUIMIOTERAPIA			Versión: 01	Página 1 de 2	
Revisó: Dirección de Servicios y Analisis de Riesgo	Aprobó: Gerente General	Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009			
Tipo de Proceso:	Misional	Responsable del proceso:	Enfermera Jefe		
Objetivo del proceso:	Ofrecer el procedimiento de quimioterapia a los usuarios con una atención oportuna, segura, accesible y eficaz.				
Alcance del proceso	Este proceso involucra la asignación de citas para quimioterapia y la aplicación del procedimiento				
Proveedores	Entradas	Actividades del proceso	Responsable	Salidas del proceso	Clientes
Clientes - Usuarios Autorizaciones Talento Humano Farmacia Compras Consulta Externa Bases de datos Infraestructura Historias Clínicas Informática y Telecomunicaciones EPS IPS	Usuarios de EPS Información: Contratos de convenios institucionales Registros: Autorización del procedimiento de la EPS	Autorización del procedimiento	Autorizaciones	Registros: Autorización del procedimiento y Autorización de medicamentos	Clientes - Usuarios Talento Humano Autorizaciones Farmacia EPS IPS Historias Clínicas Facturación Consulta Externa Informática y telecomunicaciones Gestión de Calidad
	Usuarios de EPS Información: Horarios disponibles Registros: Autorización del procedimiento de la EPS, Autorización del procedimiento del Centro Oncológico, Fotocopia y original de la evolución de la historia clínica SA-FO-103, Fotocopia del carnet y de Identificación, orden del procedimiento, orden de medicamentos y orden de laboratorios clínicos	Programación del procedimiento	Enfermera Jefe	Registros: Hojas de programación de quimioterapia, Formato de requerimiento de medicamentos de la unidad de quimioterapia a farmacia	
	Registros: Formato de requerimiento de medicamentos de la unidad de quimioterapia a farmacia, Programación de procedimientos de quimioterapia y Fotocopias de resultados de exámenes de laboratorio clínico	Recepción de mezclas oncológicas	Enfermera Jefe	Información: Revisión de medicamentos entregados, rotulación de soluciones y medicamentos	
	Registro: Orden del procedimiento	Aplicación del procedimiento	Enfermera Jefe	Registros: Notas de enfermería, Epicrisis, Registro de asistencia a Quimioterapia	
	Información: Procedimiento a seguir dada por el especialista en salud	Recomendaciones e indicaciones	Enfermera Jefe	Registros: Guía de aspectos relacionados con quimioterapia	
	Registros: Formato de programación de citas de quimioterapia, Formato de seguimiento del procedimiento	Programación de la siguiente sesión	Enfermera Jefe	Usuario atendido Registros: Facturas y autorización de consulta prioritaria	
	Indicadores No conformidades Registros: Notas de enfermería	Seguimiento y control	Enfermera Jefe	Acciones correctivas, Acciones preventivas Planes de mejora	

	SERVICIO ASISTENCIAL	Código: QM-CR-01
	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE QUIMIOTERAPIA	Versión: 01
		Página 2 de 2
REQUISITOS LEGALES Y/O REGLAMENTARIOS		PROCESOS RELACIONADOS
Ver listado Maestro de Documentos Externos		<ul style="list-style-type: none"> • Consulta Externa • Farmacia • Autorizaciones
REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000		RECURSOS REQUERIDOS PARA EL PROCESO
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos		<ul style="list-style-type: none"> • Instalaciones físicas de servicios de salud • Talento humano • Equipo para asistencia individual
DOCUMENTOS ASOCIADOS		REGISTROS REQUERIDOS PARA EL PROCESO
Ver Listado Maestro de Documentos Internos		Ver Listado Maestro de Registros
MECANISMOS DE SEGUIMIENTO		MEDICION DEL PROCESO
Indicadores Auditorías Internas		Ver Hoja de Vida de indicadores
REQUISITOS DE LOS CLIENTES		REQUISITOS DE LA ORGANIZACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Atención amable y cordial. • Tiempo de espera mínimo en la atención. • Información veraz. • Atención oportuna. 		Contratos con las EPS y EPSS Cumplir con los deberes de los usuarios
RESPONSABLES		
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos		
CONTROL DE CAMBIOS		
VERSION	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	Febrero 24 de 2009	CREACIÓN DEL DOCUMENTO


 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>		SERVICIO ADMINISTRATIVO		Código: AU-CR-01	
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE AUTORIZACIONES				Versión: 01	
				Página 1 de 1	
Revisó: Dirección Técnico Científica		Aprobó: Gerente General		Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009	
Tipo de Proceso:		Apoyo		Responsable del proceso: Jefe de Autorizaciones	
Objetivo del proceso:		Controlar, verificar y autorizar los servicios prestados por el Centro Oncológico Ltda.			
Alcance del proceso		Todos los servicios prestados por el Centro Oncológico Ltda.			
Proveedores	Entradas	Actividades del proceso	Responsable	Salidas del proceso	Clientes
Clientes - Usuarios Autorizaciones Externas Talento Humano Farmacia Compras Consulta Externa Bases de datos Infraestructura	Usuarios de EPS, Autorización del procedimiento de la EPS, identificación del usuario, Orden médica, consultas prioritaria	Solicitud de Autorización	Jefe de Autorizaciones	Usuarios de EPS, Autorización del procedimiento de la EPS, identificación del usuario, Orden médica, consultas prioritaria	Clientes - Usuarios Talento Humano Farmacia EPS IPS Historias Clínicas
	Usuarios de EPS Registros: Autorización del procedimiento de la EPS, identificación del usuario, Orden médica, consultas prioritarias, base de datos, listado de medicamentos pos (Ministerio de Protección Social).	Verificación de requisitos	Jefe de Autorizaciones	Usuarios de EPS, Autorización del procedimiento de la EPS, identificación del usuario, Orden médica, consultas prioritaria	
	Usuarios de EPS Información: Contratos de convenios institucionales	Verificación de contratos	Jefe de Autorizaciones	Disposiciones generales con relación a los contratos	
	Usuarios de EPS	Autorización del servicio	Jefe de Autorizaciones	Registros: Autorización del servicio, control de gastos	
	Indicadores Software No conformidades	Seguimiento y control	Jefe de Autorizaciones	Acciones correctivas, Acciones preventivas Planes de mejora	
REQUISITOS LEGALES Y/O REGLAMENTARIOS			PROCESOS RELACIONADOS		
Ver listado Maestro de Documentos Externos			<ul style="list-style-type: none"> • Consulta Externa • Quimioterapia • Farmacia • Auditoría médica • Financiero 		
REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000			RECURSOS REQUERIDOS PARA EL PROCESO		
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos			<ul style="list-style-type: none"> • Instalaciones físicas de servicios de salud • Talento humano • Software • Equipo para asistencia individual 		
DOCUMENTOS ASOCIADOS			REGISTROS REQUERIDOS PARA EL PROCESO		
Ver Listado Maestro de Documentos Internos			Ver Listado Maestro de Registros		
MECANISMOS DE SEGUIMIENTO			MEDICION DEL PROCESO		
Indicadores Auditorías Internas			Ver Hoja de Vida de indicadores		
REQUISITOS DE LOS BENEFICIARIOS			REQUISITOS DE LA ORGANIZACIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> • Atención amable y cordial. • Tiempo de espera mínimo en la atención. • Información veraz. • Atención oportuna. 			Contratos con las EPS y EPSS Cumplir con los deberes de los usuarios		
RESPONSABLES					
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos					
CONTROL DE CAMBIOS					
VERSION	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS			
1	Febrero 24 de 2009	CREACIÓN DEL DOCUMENTO			

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>		SERVICIO ASISTENCIAL	Código: FA-CR-01		
		CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE FARMACIA			
		Versión: 01	Página 1 de 2		
Revisó:	Dirección de Servicios y Analisis de Riesgo	Aprobó:	Gerente General		
		Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009			
Tipo de Proceso:	Apoyo	Responsable del proceso:	Quimica Farmaceutica		
Objetivo del proceso:	Ofrecer los servicios de salud relacionados con medicamentos y dispositivos medico-quirurgicos a los usuarios del Centro Oncológico Ltda., de una forma integral oportuna, segura, accesible y eficaz.				
Alcance del proceso	Este proceso involucra las actividades de entrega de medicamentos, dispositivos medico-quirurgicos y preparación de mezclas oncologicas				
Proveedores	Entradas	Actividades del proceso	Responsable	Salidas del proceso	Clientes
Clientes - Usuarios Talento Humano Autorizaciones Informática y telecomunicaciones Infraestructura Bases de datos Auditoría Médica	Usuarios de EPS y/o EPS'S Autorizaciones Requerimiento de Medicamentos de Quimio a Farmacia Requerimientos de otras sedes Requerimiento de Dispositivos Medico-Quirurgicos	Recepción de solicitudes	Quimica Farmaceutica	Solicitudes Recibidas	Clientes - Usuarios Hospitalización Apoyo terapéutico Quimioterapia Cirugía Consulta Externa Otras Sedes CO
	Requerimiento de Medicamentos de Quimio a Farmacia Requerimientos de otras sedes Requerimiento de Dispositivos Medico-Quirurgicos	Verificación del Inventario	Quimica Farmaceutica	Inventario Verificado	
	Medicamentos y/o dispositivos medicoquirurgicos Factura de Compra Formato de Recepcion Administrativa y Tecnica Formato de calificación de Proveedores	Recepción Administrativa y Técnica	Quimica Farmaceutica	Formato de Recepcion Administrativa y Tecnica diligenciada Formato de calificación de Proveedores diligenciada	
	Medicamentos y dispositivos medico quirurgicos Guia de Almacenamiento de Medicamentos y dispositivos medicoquirurgicos Oncologicos BPA Formato de Control de Temperatura	Almacenamiento y conservación	Quimica Farmaceutica	Formato de Control de Temperatura Diligenciado Inventario	
	Requerimiento de Medicamentos y dispositivos medico quirurgicos de Quimio a Farmacia Requerimientos de otras sedes Requerimiento de Dispositivos Medico-Quirurgicos Autorización	Dispensación y distribución	Quimica Farmaceutica	Autorizacion Firmada por el Usuario Medicamentos y/o dispositivos medicoquirurgicos Entregados Constancia de Entrega de Medicamentos	
	Orden médica, programación de quimioterapias, medicamentos y dispositivos medico quirurgicos, ordenes de producción	Preparación de mezclas oncologicas	Quimica Farmaceutica	Mezclas oncologicas,	


 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>		SERVICIO ASISTENCIAL			Código: FA-CR-01	
		CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE FARMACIA			Versión: 01	
					Página 2 de 2	
Proveedores	Entradas	Actividades del proceso	Responsable	Salidas del proceso	Clientes	
Cientes - Usuarios Talento Humano Autorizaciones Informática y telecomunicaciones Infraestructura Bases de datos Auditoría Médica	Indicadores Revisión de medicamentos Informe de No conformidades Revisión de condiciones de almacenamiento	Seguimiento y control	Química Farmaceutica	Acciones correctivas, Acciones preventivas Planes de mejora Actas de medicamentos dados de baja Control de temperatura y humedad	Clientes - Usuarios Hospitalización Apoyo terapéutico Quimioterapia Cirugía Consulta Externa Otras Sedes CO	
REQUISITOS LEGALES Y/O REGLAMENTARIOS				PROCESOS RELACIONADOS		
Ver listado Maestro de Documentos Externos				<ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia • Consulta Externa • Auditoría Médica • Autorizaciones 		
REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000				RECURSOS REQUERIDOS PARA EL PROCESO		
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos				<ul style="list-style-type: none"> • Instalaciones físicas del servicio de farmacia • Talento Humano 		
DOCUMENTOS ASOCIADOS				REGISTROS REQUERIDOS PARA EL PROCESO		
Ver Listado Maestro de Documentos Internos				Ver Listado Maestro de Registros		
MECANISMOS DE SEGUIMIENTO				MEDICION DEL PROCESO		
Indicadores Auditorías Internas				Ver Hoja de Vida de indicadores		
REQUISITOS DE LOS BENEFICIARIOS				REQUISITOS DE LA ORGANIZACIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> • Atención amable y cordial. • Tiempo de espera mínimo en la atención. • Información veraz. • Atención oportuna • Existencia de medicamentos requeridos para el tratamiento 				Contratos con las EPS y EPSS Cumplir con los deberes de los usuarios		
RESPONSABLES						
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos						
CONTROL DE CAMBIOS						
VERSION	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS				
1	Febrero 24 de 2009	CREACIÓN DEL DOCUMENTO				

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>		SERVICIO ADMINISTRATIVO		Código: HC-CR-01			
		CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE HISTORIAS CLINICAS				Versión: 01	
						Página 1 de 1	
Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo		Aprobó: Gerente General		Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009			
Tipo de Proceso:		Apoyo		Responsable del proceso:			
Objetivo del proceso:		Establecer el manejo adecuado de las Historias Clínicas dentro del Centro Oncológico Ltda.					
Alcance del proceso		Este proceso se dirige a todo el servicio asistencial del Centro Oncológico Ltda., y además aquellos procesos y personal debidamente autorizado para manipular o custodiar historias clínicas del Centro Oncológico Ltda.					
Proveedores	Entradas	Actividades del proceso	Responsable	Salidas del proceso	Clientes		
Usuarios de las EPS ó EPSS Sistemas de información y telecomunicaciones	Fotocopia documento de identidad, carné, Autorizaciones de la EPS Y del Centro Oncológico, orden médica, laboratorios clínicos, evolución médica, epicrisis, notas de enfermería y demás documentos del usuario	Apertura de historias clínicas a usuarios nuevos	Auxiliar de Consulta Externa	Creación de Historia Clínica	Consulta externa Quimioterapia Auditoria Médica Autorizaciones Sistemas de información y telecomunicaciones Usuarios de las Eps ó EPSS Facturación		
	Historia Clínica	Archivo y custodia de historias clínicas	Auxiliar de Consulta Externa	Historias Clínicas archivadas			
	Solicitud de prestamo de historias clínicas, solicitud de prestamo de documentos de historia clínica, carta de solicitud de prestamo de documentos de historia clínica	Prestamo de historias clínicas	Auxiliar de Consulta Externa	Registro de custodia de Historias Clínicas			
	Formato evaluación de historias clínicas, Historias Clínicas	Evaluación de historias clínicas	Auxiliar de Consulta Externa	Historias Clínicas evaluadas			
	Formato de evaluación de historias clínicas No conformidades Indicadores	Seguimiento y control	Auxiliar de Consulta Externa	Acciones correctivas, Acciones preventivas Planes de mejora			
REQUISITOS LEGALES Y/O REGLAMENTARIOS				PROCESOS RELACIONADOS			
Ver listado Maestro de Documentos Externos				<ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia • Consulta Externa • Auditoria Médica 			
REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000				RECURSOS REQUERIDOS PARA EL PROCESO			
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos				<ul style="list-style-type: none"> • Instalaciones físicas de servicios de salud • Talento Humano 			
DOCUMENTOS ASOCIADOS				REGISTROS REQUERIDOS PARA EL PROCESO			
Ver Listado Maestro de Documentos Internos				Ver Listado Maestro de Registros			
MECANISMOS DE SEGUIMIENTO				MEDICION DEL PROCESO			
Indicadores Auditorias Internas				Ver Hoja de Vida de indicadores			
REQUISITOS DE LOS BENEFICIARIOS				REQUISITOS DE LA ORGANIZACIÓN			
<ul style="list-style-type: none"> • Atención amable y cordial. • Tiempo de espera mínimo en la atención. • Información veraz. • Atención oportuna 				Contratos con las EPS y EPSS Cumplir con los deberes de los usuarios			
RESPONSABLES							
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos							
CONTROL DE CAMBIOS							
VERSION	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS					
1	Febrero 24 de 2009	CREACIÓN DEL DOCUMENTO					


CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>		SERVICIO ADMINISTRATIVO		Código: CP-CR-01	
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE COMPRAS				Versión: 01	
				Página 1 de 2	
Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo		Aprobó: Gerente General		Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009	
Tipo de Proceso:		Administrativo		Responsable del proceso: Comité de compras	
Objetivo del proceso:		Proveer con oportunidad, calidad y precios razonables los productos y servicios requeridos por cada uno de los procesos del sistema de gestión de calidad para garantizar su óptimo funcionamiento.			
Alcance del proceso		Este proceso involucra las actividades de compra de productos y servicios del Centro Oncológico Ltda.			
Proveedores	Entradas	Actividades del proceso	Responsable	Salidas del proceso	Clientes
Proveedores externos Todos los procesos Otras sedes del Centro Oncológico Ltda.	Requerimientos de productos y servicios estratégicos, Requerimientos de productos y servicios multiplicadores, Presupuesto de compras	Elaboración del plan de compras de conformidad con el presupuesto	Comité de compras	Solicitud de disponibilidad presupuestal.	Todos los procesos Otras Sedes CO
	Solicitud de disponibilidad presupuestal	Solicitud de disponibilidad presupuestal	Comité de compras	Disponibilidad presupuestal	
	Portafolio de productos y servicios de proveedores, Documentos legales de proveedores (para estudio de empresas), conceptos técnicos, jurídicos y económicos, lista de control de proveedores productos y servicios estratégicos, lista de control de proveedores productos y servicios multiplicadores, criterios de selección de proveedores.	Selección de Proveedores	Comité de compras	Orden de compra productos multiplicadores, orden de compra servicios estratégicos, orden de compra productos estratégicos	
	Orden de compra productos multiplicadores, orden de compra servicios estratégicos, orden de compra productos estratégicos	Negociación y Compra	Comité de compras	Factura de Compra	
	Control de requerimiento de productos estratégicos, control de requerimiento de productos multiplicadores.	Recepción y verificación de productos y/o servicios adquiridos	Comité de compras	Informe de no conformidades. Actualización de inventarios	
	Actualización de inventarios, BPA	Manejo de inventarios	Comité de compras	Informes de manejo de inventarios	
	Requerimientos de productos y servicios estratégicos de otras sedes, Requerimientos de productos multiplicadores de otras sedes.	Distribución a otras sedes	Comité de compras	Informes de manejo de inventarios de otras sedes	
	Informes de no conformidades, criterios de evaluación de proveedores	Evaluación de proveedores	Comité de compras	Informe de evaluación de proveedores	
	No conformidades Indicadores	Seguimiento y control	Comité de compras	Acciones correctivas, Acciones preventivas Planes de mejora	

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO		Código: CP-CR-01
	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE COMPRAS		Versión: 01
			Página 2 de 2
REQUISITOS LEGALES Y/O REGLAMENTARIOS		PROCESOS RELACIONADOS	
Ver listado Maestro de Documentos Externos		• Todos los procesos	
REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000		RECURSOS REQUERIDOS PARA EL PROCESO	
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos		<ul style="list-style-type: none"> • Instalaciones físicas • Talento Humano • Presupuesto 	
DOCUMENTOS ASOCIADOS		REGISTROS REQUERIDOS PARA EL PROCESO	
Ver Listado Maestro de Documentos Internos		Ver Listado Maestro de Registros	
MECANISMOS DE SEGUIMIENTO		MEDICIÓN DEL PROCESO	
Indicadores Auditorías Internas		Ver Hoja de Vida de indicadores	
REQUISITOS DE LOS BENEFICIARIOS		REQUISITOS DE LA ORGANIZACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> • Productos/servicios que cumplen con todas las especificaciones requeridas. • Tiempo de espera mínimo en la recepción del producto/servicio. • Información veraz. • Atención oportuna • Existencia de medicamentos requeridos por los usuarios. 		<ul style="list-style-type: none"> • Productos/servicios que cumplen con todas las especificaciones requeridas. • Reducción de costos. 	
RESPONSABLES			
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos			
VERSION	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS	
1	Febrero 24 de 2009	CREACIÓN DEL DOCUMENTO	

 SERVICIO ADMINISTRATIVO		Código: DI-CR-02			
CARACTERIZACIÓN DEL SUBPROCESO REALIZACIÓN DE CONVENIOS					
Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo		Aprobó: Gerente General			
		Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009			
Tipo de Subproceso: Dirección	Responsable del Subproceso: Alta dirección				
Objetivo del Subproceso: Determinar las acciones necesarias para asegurar la eficacia en la gestión de convenios para la prestación de servicios					
Alcance del Subproceso: Este proyecto incluye la oferta de prestación de servicios, consecución, gestión, renovación y cancelación de contratos de					
Proveedores	Entradas	Actividades del Subproceso	Responsable	Salidas	Clientes
Proveedores Usuarios Entidades gubernamentales empleados Todos los procesos Otras sedes del Centro Oncológico Ltda.	Información: requisitos y necesidades de los usuarios, solicitud de ofertas de prestación de servicios, licitaciones	Análisis de convenios potenciales	Gerente General y Comité de Compras	Información: instituciones potenciales para la oferta de servicios por parte de la organización	Proveedores Usuarios Entidades gubernamentales empleados Todos los procesos Otras sedes del Centro Oncológico Ltda.
	Información: requisitos y necesidades de los usuarios, instituciones potenciales para la oferta de servicios por parte de la organización, información sobre los servicios que presta la organización (capacidad de atención, tarifas)	Presentación de ofertas	Gerente General y Comité de Compras	Propuesta para la prestación de servicios	
	Información: condiciones y requisitos de los usuarios, portafolio de servicios, propuesta de prestación de servicios, requisitos y condiciones de la organización	Negociación de convenios y contratos de prestación de servicios	Gerente General y Comité de Compras	Condiciones de la presentación del servicio pactadas	
	Condiciones pactadas para la prestación de servicios	Contratación	Gerente General y Comité de Compras	Contrato establecido y en vigencia	
	Contratos, acuerdos o convenios de prestación de servicios establecidos	Divulgación al interior de la organización de convenios establecidos	Gerente General y Comité de Compras	Registros: divulgación de convenios y contratos	
	Cumplimiento de condiciones pactadas en el convenio	Evaluación y seguimiento de convenios	Gerente General y Comité de Compras	Evaluación de convenios	
	Indicadores, evaluaciones, encuestas de satisfacción	Seguimiento y medición	Gerente General y Comité de Compras	Acciones correctivas y preventivas, informe de satisfacción de usuarios	
	REQUISITOS LEGALES Y/O REGLAMENTARIOS			PROCESOS RELACIONADOS	
Ver listado Maestro de Documentos Externos			<ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia • Consulta Externa • Auditoria Medica • Autorizaciones 		
REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000			RECURSOS REQUERIDOS PARA EL SUBPROCESO		
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos			<ul style="list-style-type: none"> • Instalaciones físicas de servicios de salud • Talento Humano • Presupuesto 		
DOCUMENTOS ASOCIADOS			REGISTROS REQUERIDOS PARA EL SUBPROCESO		
Ver Listado Maestro de Documentos Internos			Ver Listado Maestro de Registros		
MECANISMOS DE SEGUIMIENTO			MEDICION DEL SUBPROCESO		
Indicadores Auditorias Internas			Ver Hoja de Vida de indicadores		
REQUISITOS DE LOS BENEFICIARIOS			REQUISITOS DE LA ORGANIZACIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> • Atención amable y cordial. • Tiempo de espera mínimo en la atención. • Información veraz. • Atención oportuna 			Contratos con las EPS y EPSS Cumplir con los deberes de los usuarios		
RESPONSABLES					
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos					
CONTROL DE CAMBIOS					
VERSION	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS			
1	Febrero 24 de 2009	CREACIÓN DEL DOCUMENTO			


		SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: DI-CR-01		
		CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE DIRECCIÓN INSTITUCIONAL	Versión: 01		
			Página 1 de 2		
Revisó:	Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo	Aprobó:	Gerente General		
		Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009			
Tipo de Proceso:	Dirección	Responsable del proceso:	Alta dirección		
Objetivo del proceso:	Determinar las acciones para garantizar la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad así como el mejoramiento continuo al interior de la organización				
Alcance del proceso	Este proyecto incluye las directrices organizacionales asociadas con la calidad, el sistema para la revisión por la dirección, los esquemas de comunicación interna y con el cliente y los recursos necesarios para la implementación del SGC en la organización.				
Proveedores	Entradas	Actividades del proceso	Responsable	Salidas del proceso	Cientes
Proveedores Usuarios Entidades gubernamentales empleados Todos los procesos Otras sedes del Centro Oncológico Ltda.	Información: necesidades de los clientes internos y externos; documentación establecida; estudios anteriores realizados	Involucrar a las personas de la organización	Gerente General y Comité de Calidad	Información: situación actual de la empresa, requerimiento de recursos	Proveedores Usuarios Entidades gubernamentales empleados Todos los procesos Otras sedes del Centro Oncológico Ltda.
	Análisis DOFA, normas ISO, capacidades y recursos de la organización	Análisis de la información	Gerente General y Comité de Calidad	Información: situación actual de la empresa, requerimiento de recursos	
	Filosofía corporativa, misión, visión, directrices organizacionales	Directrices de calidad	Gerente General y Comité de Calidad	Plan de calidad	
	Filosofía corporativa, misión, visión, directrices organizacionales	Definición de la política y objetivos de calidad	Gerente General y Comité de Calidad	Plan de calidad	
	Filosofía corporativa, misión, visión, directrices organizacionales	Definición de indicadores	Gerente General y Comité de Calidad	Indicadores de calidad	
	Plan de calidad	Divulgación de política y objetivos de calidad	Gerente General y Comité de Calidad	Hoja de vida de indicadores	
	Informes sobre indicadores informes de auditorías internas informes de acciones de seguimiento informes de acciones	Revisión del Sistema de Gestión de Calidad	Gerente General y Comité de Calidad	Acciones correctivas y preventivas, aumento de la satisfacción y del cumplimiento de los requisitos del usuario	
Informes sobre indicadores informes de auditorías internas informes de acciones de seguimiento informes de acciones correctivas y preventivas implementadas	Mejora continua - ciclo PHVA	Gerente General y Comité de Calidad	Mejora de las metas de la organización		
REQUISITOS LEGALES Y/O REGLAMENTARIOS			PROCESOS RELACIONADOS		
Ver listado Maestro de Documentos Externos			• Todos los procesos		
REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000			RECURSOS REQUERIDOS PARA EL		
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos			• Instalaciones físicas • Talento Humano • Presupuesto		
DOCUMENTOS ASOCIADOS			REGISTROS REQUERIDOS PARA EL		
Ver Listado Maestro de Documentos Internos			Ver Listado Maestro de Registros		


 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO		Código: DI-CR-01
	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE DIRECCIÓN INSTITUCIONAL		Versión: 01
			Página 2 de 2
MECANISMOS DE SEGUIMIENTO		MEDICION DEL PROCESO	
Indicadores Auditorias Internas		Ver Hoja de Vida de indicadores	
REQUISITOS DE LOS BENEFICIARIOS		REQUISITOS DE LA ORGANIZACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> • Mejoramiento continuo del sistema de gestión de calidad. • Atención amable y cordial. • Información veraz. 		Eficacia: Cumplimiento de objetivos y metas	
RESPONSABLES			
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos			
CONTROL DE CAMBIOS			
VERSION	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS	
1	Febrero 24 de 2009	CREACIÓN DEL DOCUMENTO	

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>		SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: FI-CR-01		
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO FINANCIERO			Versión: 01		
			Página 1 de 1		
Revisó:	Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo	Aprobó:	Gerente General		
		Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009			
Tipo de Proceso:	Administrativo	Responsable del proceso:			
Objetivo del proceso:	Asegurar la eficacia y transparencia en el manejo de dineros y valores de la institución				
Alcance del proceso	Este proyecto incluye las actividades de los cargos de financiero y contabilidad				
Proveedores	Entradas	Actividades del proceso	Responsable	Salidas del proceso	Clientes
Proveedores Usuarios Entidades gubernamentales empleados Todos los procesos Otras sedes del Centro Oncológico Ltda.	Documentos soportes de factura (Autorizaciones, órdenes médicas, órdenes de medicamentos, etc)	Facturar	Facturador	Factura de venta	Proveedores Usuarios Entidades gubernamentales empleados Todos los procesos Otras sedes del Centro Oncológico Ltda.
	Facturas de compra, facturas de venta, recibos de caja, extractos bancarios, reporte de novedades de nomina, informes financieros de periodos anteriores, leyes tributarias	Recolectar información	Contador	Registros e información recolectada	
	Registros e información recolectada	Revisar información y registrar en el programa contable	Contador	Registros recolectados, revisados, organizados y contabilizados; información completa	
	Registros recolectados, revisados, organizados y contabilizados; información completa organizada y registrada; relación nomina por pagar, relación de pagos por realizar, relación de cuentas por cobrar, disponibilidad de recursos financieros	realizar informes y estados financieros	Contador	Informe diario de caja, informe de bancos, flujo de caja, estado de resultados, balance general, informes a entes gubernamentales	
	Informe diario de caja, informe de bancos, flujo de caja, estado de resultados, balance general, instrucciones de gerencia	Ejecución de pagos y responsabilidades financieras	Contador	Comprobantes de egresos, cheques, consignaciones, pago de nomina	
	Indicadores, auditorias	Seguimiento y control	Contador	Acciones correctivas y preventivas	
REQUISITOS LEGALES Y/O REGLAMENTARIOS			PROCESOS RELACIONADOS		
Ver listado Maestro de Documentos Externos			<ul style="list-style-type: none"> Dirección Institucional Auditoria Medica Autorizaciones 		
REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000			RECURSOS REQUERIDOS PARA EL PROCESO		
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos			<ul style="list-style-type: none"> Instalaciones físicas Talento Humano 		
DOCUMENTOS ASOCIADOS			REGISTROS REQUERIDOS PARA EL PROCESO		
Ver Listado Maestro de Documentos Internos			Ver Listado Maestro de Registros		
MECANISMOS DE SEGUIMIENTO			MEDICION DEL PROCESO		
Indicadores Auditorias Internas			Ver Hoja de Vida de indicadores		
REQUISITOS DE LOS BENEFICIARIOS			REQUISITOS DE LA ORGANIZACIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> Atención amable y cordial. Tiempo de espera mínimo en la generación de informes. Información veraz. Atención oportuna 			<ul style="list-style-type: none"> Eficacia Oportunidad Eficiencia 		
RESPONSABLES					
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos					
CONTROL DE CAMBIOS					
VERSION	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS			
1	Febrero 24 de 2009	CREACIÓN DEL DOCUMENTO			

	SERVICIO ADMINISTRATIVO		Código: GC-CR-01		
	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO GESTION DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO			Versión: 01	
				Página 1 de 2	
Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo	Aprobó: Gerente General		Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009		
Tipo de Proceso:	Dirección	Responsable del proceso:	Gestión de calidad		
Objetivo del proceso:	Asegurar que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Calidad				
Alcance del proceso	Este proceso aplica a todos los procesos del SGC, en las actividades de documentación, seguimiento y mejoramiento del sistema.				
Proveedores	Entradas	Actividades del proceso	Responsable	Salidas del proceso	Clientes
clientes-usuarios Entidades Gubernamentales Planeación de sistema de convenios Todos los procesos	Información: necesidad de definir, documentar e incorporar documentos y registros al Sistema de Gestión de Calidad registros	Mantenimiento y control de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad Administración de registros de calidad	Directora de Calidad y Control Interno Directora de Calidad y Control Interno	Documentos y registros incorporados y controlados por el SGC, listado maestro de documentos y registros, registro de aprobación y control de distribución	Clientes-usuarios Entidades Gubernamentales Planeación de sistema de convenios Todos los procesos
	Información: necesidades del usuario y/o empresa, sugerencias quejas y/o felicitaciones	Medición y seguimiento a la satisfacción del usuario	Directora de Calidad y Control Interno	Informe de satisfacción del usuario, acciones de mejoramiento	
	No cumplimiento de criterios planificados, de ley, ISO, quejas, fallas o novedades en los procesos y/o servicios Procedimiento producto o servicio no conforme	Control de servicio no conforme	Directora de Calidad y Control Interno	Acciones para eliminar la no conformidad detectada o indeseada; registro: control de las no conformidades	
	Información: no conformidad real o problema real, problema potencial o no conformidad potencial, no conformidades detectadas en auditorías, quejas de los usuarios	Administración de acciones correctivas y preventivas	Directora de Calidad y Control Interno	Planes de mejora para eliminar la causa real o potencial; registros: acciones correctivas y preventivas	
	registro: programas de auditorías, informes de resultados de auditorías	Auditorías internas del Sistema de Gestión de Calidad	Directora de Calidad y Control Interno	informes de auditorías realizadas; registro: solicitud de acciones	
	Datos de la medición de los procesos	Administración de indicadores de Calidad	Directora de Calidad y Control Interno	Informe de indicadores	
	Programas de actividades de sensibilización	Promoción de una cultura de calidad y mejoramiento continuo	Directora de Calidad y Control Interno	Registros: cumplimiento del programa de sensibilización	
	REQUISITOS LEGALES Y/O REGLAMENTARIOS			PROCESOS RELACIONADOS	
Ver listado Maestro de Documentos Externos			• Todos los procesos		
REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000			RECURSOS REQUERIDOS PARA EL PROCESO		
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos			• Instalaciones físicas • Talento Humano • Presupuesto		
DOCUMENTOS ASOCIADOS			REGISTROS REQUERIDOS PARA EL PROCESO		
Ver Listado Maestro de Documentos Internos			Ver Listado Maestro de Registros		
MECANISMOS DE SEGUIMIENTO			MEDICION DEL PROCESO		
Indicadores Auditorías Internas			Ver Hoja de Vida de indicadores		

	SERVICIO ADMINISTRATIVO		Código: GC-CR-01
	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO		Versión: 01
			Página 2 de 2
REQUISITOS DE LOS BENEFICIARIOS		REQUISITOS DE LA ORGANIZACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> • Atención amable y cordial. • Información veraz. • Atención oportuna 		<ul style="list-style-type: none"> • Eficacia • Satisfacción del Cliente • Mejoramiento Continuo • Personal comprometido 	
RESPONSABLES			
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos			
CONTROL DE CAMBIOS			
VERSION	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS	
1	Febrero 24 de 2009	CREACIÓN DEL DOCUMENTO	

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO		Código: IM-CR-01		
	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO		Versión: 01		
			Página 1 de 1		
Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo	Aprobó: Gerente General	Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009			
Tipo de Proceso:	Apoyo	Responsable del proceso:	Profesional de infraestructura y mantenimiento		
Objetivo del proceso:	Garantizar la fiabilidad de los equipos e infraestructura del Centro Oncológico Ltda.				
Alcance del proceso	Equipos e infraestructura del Centro Oncológico Ltda.				
Proveedores	Entradas	Actividades del proceso	Responsable	Salidas del proceso	Clientes
Proveedores Todos los procesos	Solicitud del servicio de mantenimiento	Realizar el diagnóstico técnico	Profesional de infraestructura y mantenimiento	Solicitud de baja, reparación	Todos los procesos
	Equipos, partes y repuestos e infraestructura física	Ejecutar el servicio	Profesional de infraestructura y mantenimiento	equipo reparado, infraestructura reparada, concepto de baja	
	Inventario de equipos, necesidad de calibración de equipos	Identificar los equipos que requieren calibración	Profesional de infraestructura y mantenimiento	Programa anual de calibración	
	Programa anual de calibración	Realizar el programa anual de calibración	Profesional de infraestructura y mantenimiento	resultados de calibración	
	Solicitud del concepto técnico de compra	Realizar análisis de proveedores	Profesional de infraestructura y mantenimiento	Concepto de compra de equipos	
	Proveedores de servicios de mantenimiento	Selección y Evaluación de Proveedores Mantenimiento	Profesional de infraestructura y mantenimiento	Evaluación de Proveedores de mantenimiento	
	Información del proceso, auditorías, no conformidades	Seguimiento y mejora	Profesional de infraestructura y mantenimiento	Acciones correctivas, acciones preventivas, acciones de mejora	
REQUISITOS LEGALES Y/O REGLAMENTARIOS			PROCESOS RELACIONADOS		
Ver listado Maestro de Documentos Externos			Todos los procesos		
REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000			RECURSOS REQUERIDOS PARA EL PROCESO		
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos			<ul style="list-style-type: none"> • Instalaciones físicas • Talento Humano • Presupuesto 		
DOCUMENTOS ASOCIADOS			REGISTROS REQUERIDOS PARA EL PROCESO		
Ver Listado Maestro de Documentos Internos			Ver Listado Maestro de Registros		
MECANISMOS DE SEGUIMIENTO			MEDICION DEL PROCESO		
Indicadores Auditorías Internas			Ver Hoja de Vida de indicadores		
REQUISITOS DE LOS BENEFICIARIOS			REQUISITOS DE LA ORGANIZACIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> • Atención amable y cordial. • Información veraz. • Atención oportuna 			<ul style="list-style-type: none"> • Equipos e infraestructura en óptimas condiciones de servicio • Eficiencia 		
RESPONSABLES					
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos					
CONTROL DE CAMBIOS					
VERSION	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS			
1	Febrero 24 de 2009	CREACIÓN DEL DOCUMENTO			


 SERVICIO ASISTENCIAL		Código: RE-CR-01			
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO RED EXTERNA		Versión: 01 Página 1 de 1			
Revisó:	Aprobó:	Fecha de Aprobación:			
Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo	Gerente General	Febrero 24 de 2009			
Tipo de Proceso:	Apoyo	Responsable del proceso: Enfermera jefe			
Objetivo del proceso:	Brindar al usuario los servicios de salud que son ofertados por el Centro Oncológico Ltda., pero que son realizados en nuestra red externa.				
Alcance del proceso	Este proceso abarca desde la salida de consulta externa hasta la prestación del servicio en nuestra red externa				
Proveedores	Entradas	Actividades del proceso	Responsable	Salidas del proceso	Clientes
Red Externa Autorizaciones Consulta Externa	Usuarios de consulta externa. Información: Sobre el usuario. Registros: Evolución médica, orden médica, Control programación de cirugía gestión medico especialista,	Presentación del usuario	Red externa	Derechos comprobados.	EPS Y EPSS Usuarios Otras sedes del Centro Oncológico Ltda. Consulta Externa
	Historia clínica, exámenes médicos Información relativa al usuario	Evaluación de la condiciones de salud del usuario	Red externa	Concepto sobre la realización del tratamiento	
	Historia clínica, guías médicas de atención de usuario, plan de tratamiento, protocolos de enfermería.	Prestación del servicio	Red externa	Registros: historia clínica, exámenes realizados, reporte de enfermería, dietas para nutrición, autorizaciones para alargar estancia hospitalaria, para toma de exámenes.	
	Registros: historia clínica, exámenes realizados, reporte de enfermería, dietas para nutrición, autorizaciones para alargar estancia hospitalaria, para toma de exámenes.	Emisión de resultados	Red externa	Resultados del procedimiento	
	Registros: historias clínicas, indicadores	Seguimiento y medición	Enfermera jefe	Acciones correctivas, acciones preventivas, planes de mejora, historia clínica.	
REQUISITOS LEGALES Y/O REGLAMENTARIOS			PROCESOS RELACIONADOS		
Ver listado Maestro de Documentos Externos			<ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia • Consulta Externa • Financiero • Auditoria Medica • Autorizaciones 		
REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000			RECURSOS REQUERIDOS PARA EL PROCESO		
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos			<ul style="list-style-type: none"> • Instalaciones físicas de servicios de salud • Talento Humano 		
DOCUMENTOS ASOCIADOS			REGISTROS REQUERIDOS PARA EL PROCESO		
Ver Listado Maestro de Documentos Internos			Ver Listado Maestro de Registros		
MECANISMOS DE SEGUIMIENTO			MEDICION DEL PROCESO		
Indicadores Auditorias Internas			Ver Hoja de Vida de indicadores		
REQUISITOS DE LOS BENEFICIARIOS			REQUISITOS DE LA ORGANIZACIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> • Atención amable y cordial. • Tiempo de espera mínimo en la atención. • Información veraz. • Atención oportuna 			<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de calidad. • Competitividad en precios. • Contratos con las EPS Y EPSS. 		
RESPONSABLES					
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos					
CONTROL DE CAMBIOS					
VERSION	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS			
1	Febrero 24 de 2009	CREACIÓN DEL DOCUMENTO			

CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la vida</i>		SERVICIO ASISTENCIAL		Código: TH-CR-01	
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO TALENTO HUMANO				Versión: 01	
				Página 1 de 1	
Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo		Aprobó: Gerente General		Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009	
Tipo de Proceso:		Apoyo		Responsable del proceso: Profesional de talento humano	
Objetivo del proceso:		Proporcionar y administrar las condiciones y elementos necesarios para garantizar un recurso humano competente			
Alcance del proceso		Este proceso aplica a todas las dependencias del Centro Oncológico Ltda			
Proveedores	Entradas	Actividades del proceso	Responsable	Salidas del proceso	Cientes
Clientes - Usuarios Talento Humano Universidades Informática y telecomunicaciones Infraestructura Bases de datos Bolsas de empleo	Necesidades de recurso humano para los diferentes procesos, identificación de competencias y responsabilidades del cargo, lineamientos institucionales	Definición de perfiles	Profesional de talento humano	Perfil del cargo	Usuarios Entidades gubernamentales empleados Todos los procesos Otras sedes del Centro Oncológico Ltda
	Perfil del cargo	Reclutamiento del personal	Profesional de talento humano	Convocatoria interna y externa (cooperativa de trabajo)	
	Hoja de vida, manual de funciones	Selección y contratación del personal	Profesional de talento humano	Resultados de pruebas y entrevistas, candidato seleccionado y contratado.	
	Personal contratado, cronograma de inducción del personal, reglamento de trabajo	Inducción del personal	Profesional de talento humano	Personal capacitado	
	Evaluación del personal, evaluación de competencias	Evaluación del personal	Profesional de talento humano	Resultados de evaluación de competencias y desempeño, necesidades de capacitación o formación	
	Programa de capacitación o formación	Capacitación y formación del personal	Profesional de talento humano	Personal competente, registro de capacitación o formación	
	Quejas de clientes, resultados de seguimiento y medición	Acciones de mejora	Profesional de talento humano	Acciones correctivas, acciones preventivas, planes de mejora	
REQUISITOS LEGALES Y/O REGLAMENTARIOS				PROCESOS RELACIONADOS	
Ver listado Maestro de Documentos Externos				• Todos los procesos	
REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000				RECURSOS REQUERIDOS PARA EL PROCESO	
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos				• Instalaciones físicas • Talento Humano • Presupuesto	
DOCUMENTOS ASOCIADOS				REGISTROS REQUERIDOS PARA EL PROCESO	
Ver Listado Maestro de Documentos Internos				Ver Listado Maestro de Registros	
MECANISMOS DE SEGUIMIENTO				MEDICIÓN DEL PROCESO	
Indicadores Auditorias Internas				Ver Hoja de Vida de indicadores	
REQUISITOS DE LOS BENEFICIARIOS				REQUISITOS DE LA ORGANIZACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> Entrega Satisfacción laboral Condiciones de trabajo optimas (iluminación, ambiente de trabajo, trato amable, condiciones ergonómicas, etc) 				Personal competente y comprometido.	
RESPONSABLES					
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos					
CONTROL DE CAMBIOS					
VERSION	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS			
1	Febrero 24 de 2009	CREACIÓN DEL DOCUMENTO			


 SERVICIO ADMINISTRATIVO		Código: TG-CR-01			
CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE TECNOLOGIA					
Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo		Aprobó: Gerente General			
		Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009			
Tipo de Proceso:	Apoyo	Responsable del proceso: Profesional de Tecnología			
Objetivo del proceso:	Mantener en perfecto funcionamiento la plataforma tecnológica del Centro Oncológico Ltda y brindar información y soporte a todos los servidores de la institución.				
Alcance del proceso	Diseñar, construir y optimizar los sistemas de información del Centro Oncológico Ltda, y prestar el apoyo tecnológico para su actualización.				
Proveedores	Entradas	Actividades del proceso	Responsable	Salidas del proceso	Clientes
Todos los procesos Otras sedes del Centro Oncológico Ltda.	Información: necesidades de los clientes internos y externos; documentación establecida; estudios anteriores realizados	Administración infraestructura tecnológica	Profesional de Tecnología	Plan estratégico de sistemas de información	Usuarios Entidades gubernamentales empleados Todos los procesos Otras sedes del Centro Oncológico Ltda.
	Directrices generales de la organización	Definir políticas de uso y seguridad de la información	Profesional de Tecnología	Políticas de uso de la información	
	Recursos tecnológicos	Administración Técnica de los sistemas de información	Profesional de Tecnología	Plan de contingencias informático	
	Solicitudes enviadas por los usuarios internos y requerimiento internos	Soporte al usuario	Profesional de Tecnología	Ajuste a los requerimientos	
	Plan estratégico	Coordinar y dirigir la ejecución de proyectos informáticos	Profesional de Tecnología	Cumplimiento con el plan de desarrollo informático	
	Informes sobre indicadores informes de auditorias internas informes de acciones de seguimiento informes de acciones correctivas y preventivas implementadas	Mejora continua - ciclo PHVA	Profesional de Tecnología	Acciones correctivas, preventivas y planes de mejora	
REQUISITOS LEGALES Y/O REGLAMENTARIOS				PROCESOS RELACIONADOS	
Ver listado Maestro de Documentos Externos				• Todos los procesos	
REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000				RECURSOS REQUERIDOS PARA EL	
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos				<ul style="list-style-type: none"> • Hardware, software de información y comunicaciones • Talento Humano • Presupuesto • Infraestructura 	
DOCUMENTOS ASOCIADOS				REGISTROS REQUERIDOS PARA EL	
Ver Listado Maestro de Documentos Internos				Ver Listado Maestro de Registros	

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO		Código: TG-CR-01
	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE TECNOLOGIA		Versión: 01
			Página 2 de 2
MECANISMOS DE SEGUIMIENTO		MEDICION DEL PROCESO	
Indicadores Auditorias Internas		Ver Hoja de Vida de indicadores	
REQUISITOS DE LOS BENEFICIARIOS		REQUISITOS DE LA ORGANIZACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> • Información confiable, segura y eficaz • Atención amable y cordial. • Equipos de informática y telecomunicaciones en optimo funcionamiento 		Eficacia: Cumplimiento de objetivos y metas	
RESPONSABLES			
Ver Matriz de Interrelación de Requisitos			
CONTROL DE CAMBIOS			
VERSION	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS	
1	Febrero 24 de 2009	CREACIÓN DEL DOCUMENTO	


ANEXO C: LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

		SERVICIO ASISTENCIAL							Código: GC-FO-16	
		LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS							Versión: 01	
PROCESO:		AUTORIZACIONES								
IDENTIFICACIÓN					ACTUALIZACIÓN					
TIPO	NOMBRE	CLASIFICACIÓN DEL DOCUMENTO	CODIGO	VERSIÓN	FECHA DE SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN	REVISÓ		APROBÓ		FECHA DE APROBACIÓN
						NOMBRE	CARGO	NOMBRE	CARGO	
CARACTERIZACIÓN	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO AUTORIZACIONES	ESPECÍFICO	AU-CR-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS	TRANSVERSAL	AU-FO-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	REGISTRO DE USUARIOS NUEVOS EN EL SISTEMA	ESPECÍFICO	AU-FO-03	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	LISTA DE MANEJO PARA LA AUTORIZACIÓN DE DISPOSITIVOS MEDICOQUIRÚRGICOS DEL SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA	ESPECÍFICO	AU-FO-04	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	LISTA DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA	ESPECÍFICO	AU-FO-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
MANUAL	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	TRANSVERSAL	CE-MA-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACIONES	ESPECÍFICO	CE-MA-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009


Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la vida.</i>		SERVICIO ASISTENCIAL								Código: GC-FO-16	
		LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS								Versión: 01	
										Página 1 de 4	
CONSULTA EXTERNA											
IDENTIFICACIÓN					ACTUALIZACIÓN						
TIPO	NOMBRE	CLASIFICACIÓN DEL DOCUMENTO	CODIGO	VERSIÓN	FECHA DE SOLICITUD DE	REVISÓ		APROBÓ		FECHA DE APROBACIÓN	
						NOMBRE	CARGO	NOMBRE	CARGO		
CARACTERIZACIÓN	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE CONSULTA EXTERNA	ESPECÍFICO	CE-CR-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
FORMATO	EVOLUCIÓN MÉDICA	TRANSVERSAL	CE-FO-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
FORMATO	FORMATO DE DISPONIBILIDAD DE ESPECIALISTA	ESPECÍFICO	CE-FO-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
FORMATO	FORMATO DE INASISTENCIA A CITAS	ESPECÍFICO	CE-FO-03	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
FORMATO	FORMATO DE JUNTA MÉDICA	TRANSVERSAL	CE-FO-U4	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
FORMATO	FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	TRANSVERSAL	CE-FO-05	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
FORMATO	ORDEN DE MEDICAMENTOS	TRANSVERSAL	CE-FO-06	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
FORMATO	ORDEN MÉDICA	TRANSVERSAL	CE-FO-07	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
FORMATO	FORMATO CITAS	ESPECÍFICO	CE-FO-08	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
FORMATO	REGISTRO DE PAGO DE CITAS PARTICULARES	TRANSVERSAL	CE-FO-09	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
FORMATO	REPORTE DE CITAS ENTRE FECHAS	TRANSVERSAL	CE-FO-10	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	


Revisó: Dirección de Calidad y Control Interno Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009

		SERVICIO ASISTENCIAL								Código: GC-FO-16	
		LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS								Versión: 01	
										Página 2 de 4	
IDENTIFICACIÓN					ACTUALIZACIÓN						
TIPO	NOMBRE	CLASIFICACIÓN DEL DOCUMENTO	CODIGO	VERSIÓN	FECHA DE SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN	REVISÓ		APROBÓ		FECHA DE APROBACIÓN	
						NOMBRE	CARGO	NOMBRE	CARGO		
FORMATO	SEGUIMIENTO A LA RESPUESTA DE LOS TRATAMIENTOS GENERADOS A LOS USUARIOS	ESPECÍFICO	CE-FO-11	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
FORMATO	CONTROL DE ASISTENCIA DE ESPECIALISTAS A JUNTA MÉDICA	ESPECÍFICO	CE-FO-12	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
FORMATO	FORMATO DE JUSTIFICACIÓN NO POS	ESPECÍFICO	CE-FO-13	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
FORMATO	DOCUMENTOS PARA PRESENTAR EN AUTORIZACIONES	ESPECÍFICO	CE-FO-14	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
FORMATO	CONTROL PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS GESTIÓN MEDICO ESPECIALISTA	ESPECÍFICO	CE-FO-15	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
GUIA	GUIA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	TRANSVERSAL	QM-G-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
GUIA	GUIA ASEO TERMINAL CAMILLAS Y SALAS DE PROCEDIMIENTOS	TRANSVERSAL	QM-G-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
GUIA	GUIA CONTROL DE SIGNOS VITALES	TRANSVERSAL	QM-G-04	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
GUIA	GUIA DE ATENCIÓN TRANSTORNO EN EL AJUSTE EMOCIONAL	ESPECÍFICO	CE-G-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
GUIA	GUIA DE MANEJO E INMOVILIZACIÓN DE USUARIOS	TRANSVERSAL	QM-G-07	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
GUIA	GUIA DE REANIMACIÓN CEREBRO-CARDIO-PULMONAR	TRANSVERSAL	QM-G-05	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	


Revisó: Dirección de Calidad y Control Interno Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009

		SERVICIO ASISTENCIAL								Código: GC-FO-16	
		LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS								Versión: 01	
										Página 3 de 4	
IDENTIFICACIÓN					ACTUALIZACIÓN						
TIPO	NOMBRE	CLASIFICACIÓN DEL DOCUMENTO	CODIGO	VERSIÓN	FECHA DE SOLICITUD DE	REVISÓ		APROBÓ		FECHA DE APROBACIÓN	
						NOMBRE	CARGO	NOMBRE	CARGO		
GUIA	GUIA TRATAMIENTO DEPRESIVO	ESPECÍFICO	CE-G-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
MANUAL	MANUAL DE ANTISEPSIA	TRANSVERSAL	QM-MA-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
MANUAL	MANUAL CUIDADO PALIATIVO	TRANSVERSAL	CE-MA-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
MANUAL	MANUAL DE CONDUCTAS BÁSICAS	TRANSVERSAL	QM-MA-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
MANUAL	MANUAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	TRANSVERSAL	CE-MA-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
MANUAL	MANUAL DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS	TRANSVERSAL	FA-MA-04	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
MANUAL	MANUAL DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES	TRANSVERSAL	FA-MA-06	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO DE APOYO TERAPÉUTICO	ESPECÍFICO	CE-PR-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA	ESPECÍFICO	CE-PR-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO DE JUNTA MÉDICA	ESPECÍFICO	CE-PR-03	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	ESPECÍFICO	CE-PR-04	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	ESPECÍFICO	CE-PT-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE VENOPUNCIÓN	ESPECÍFICO	QM-PT-01	1		Dra. Piedad Eugenia	Directora de Servicios y Analisis de	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	


Revisó: Dirección de Calidad y Control Interno Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>		SERVICIO ASISTENCIAL							Código: GC-FO-16	
		LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS							Versión: 01	
									Página 4 de 4	
IDENTIFICACIÓN					ACTUALIZACIÓN					
TIPO	NOMBRE	CLASIFICACIÓN DEL DOCUMENTO	CODIGO	VERSIÓN	FECHA DE SOLICITUD DE	REVISÓ		APROBÓ		FECHA DE APROBACIÓN
						NOMBRE	CARGO	NOMBRE	CARGO	
PROTOCOLO	PROTOCOLO MANEJO NUTRICION EN USUARIOS CON CANCER	ESPECÍFICO	CE-PT-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE MANEJO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE USUARIOS CON PATOLOGÍAS NEOPLÁSICAS	ESPECÍFICO	CE-PT-03	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS	TRANSVERSAL	CE-PT-04	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
INSTRUCTIVO	INSTRUCTIVO LAVADO DE MANOS COMÚN Y QUIRÚRGICO	TRANSVERSAL	QM-IN-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2010

Revisó: Dirección de Calidad y Control Interno Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009

		SERVICIO ASISTENCIAL							Código: GC-FO-16	
		LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS							Versión: 01	
PROCESO:		FARMACIA							Página 1 de 5	
IDENTIFICACIÓN					ACTUALIZACIÓN					
TIPO	NOMBRE	CLASIFICACIÓN DEL DOCUMENTO	CODIGO	VERSIÓN	FECHA DE SOLICITUD DE	REVISÓ		APROBÓ		FECHA DE APROBACIÓN
						NOMBRE	CARGO	NOMBRE	CARGO	
CARACTERIZACIÓN	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE FARMACIA	ESPECÍFICO	FA-CR-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Tecnico Cientifica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	ACTA DE DESTRUCCIÓN DE MEDICAMENTOS VENCIDOS	TRANSVERSAL	FA-FO-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Tecnico Cientifica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	ACTA DE INSPECCIÓN Y RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS	ESPECÍFICO	FA-FO-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Tecnico Cientifica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	CERTIFICACIÓN RECIBO DE MEDICAMENTOS EXTERNOS	ESPECÍFICO	FA-FO-03	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Tecnico Cientifica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	CONTROL DE ABREVIATURAS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOQUIRÚRGICOS	TRANSVERSAL	FA-FO-04	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Tecnico Cientifica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	CONTROL DE TEMPERATURA PARA LA CONSERVACIÓN DE MEDICAMENTOS	TRANSVERSAL	FA-FO-05	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Tecnico Cientifica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	CONTROL DEL PORCENTAJE DE LA HUMEDAD RELATIVA PARA LA CONSERVACIÓN DE MEDICAMENTOS	TRANSVERSAL	FA-FO-06	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Tecnico Cientifica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	COSTO TOTAL POR USUARIO FARMACIA	TRANSVERSAL	FA-FO-07	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Tecnico Cientifica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS POR USUARIO	TRANSVERSAL	FA-FO-08	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Tecnico Cientifica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	ETIQUETAS PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS	ESPECÍFICO	FA-FO-09	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Tecnico Cientifica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009

Revisó: Dirección de Servicios y Analisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009


		SERVICIO ASISTENCIAL							Código: GC-FO-16	
		LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS							Versión: 01	
									Página 2 de 5	
IDENTIFICACIÓN					ACTUALIZACIÓN					
TIPO	NOMBRE	CLASIFICACIÓN DEL DOCUMENTO	CODIGO	VERSIÓN	FECHA DE SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN	REVISÓ		APROBÓ		FECHA DE APROBACIÓN
						NOMBRE	CARGO	NOMBRE	CARGO	
FORMATO	EVALUACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL PROCESO DE DESTRUCCIÓN	ESPECÍFICO	FA-FO-10	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Tecnico Cientifica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	INVENTARIO DE MEDICAMENTOS FARMACIA	TRANSVERSAL	FA-FO-12	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Tecnico Cientifica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	PLANILLA DE ELABORACIÓN DE MEZCLAS ONCOLÓGICAS	ESPECÍFICO	FA-FO-13	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Tecnico Cientifica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	INFORME RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS	ESPECÍFICO	FA-FO-14	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Tecnico Cientifica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	RECEPCIÓN Y ELABORACIÓN UNIDAD DE RECONSTITUCIÓN DE CITOSTÁTICOS	ESPECÍFICO	FA-FO-15	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Tecnico Cientifica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	REGISTRO DIARIO DE MEDICAMENTOS ENTREGADOS A LA UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA	ESPECÍFICO	FA-FO-16	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Tecnico Cientifica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	REPORTE DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS	ESPECÍFICO	FA-FO-17	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Tecnico Cientifica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	SOLICITUD DE CONCEPTO TÉCNICO SERVICIO FARMACÉUTICO	ESPECÍFICO	FA-FO-18	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Tecnico Cientifica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	DESPACHO DE MEDICAMENTOS	ESPECÍFICO	FA-FO-19	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Tecnico Cientifica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	TARJETA DE MEDICAMENTOS	ESPECÍFICO	FA-FO-20	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Tecnico Cientifica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS	ESPECÍFICO	FA-FO-21	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Tecnico Cientifica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009

Revisó: Dirección de Servicios y Analisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009


LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS

IDENTIFICACIÓN					ACTUALIZACIÓN					
TIPO	NOMBRE	CLASIFICACIÓN DEL DOCUMENTO	CODIGO	VERSIÓN	FECHA DE SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN	REVISÓ		APROBÓ		FECHA DE APROBACIÓN
						NOMBRE	CARGO	NOMBRE	CARGO	
FORMATO	INFORME DE NO CONFORMIDADES	ESPECÍFICO	FA-FO-22	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Técnico Científica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2010
FORMATO	HOJA DE GASTOS QUIMIOTERAPIA	ESPECÍFICO	FA-FO-11	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Técnico Científica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2011
FORMATO	REINGRESO DE MEDICAMENTOS A LA UNIDAD DE FARMACIA	ESPECÍFICO	FA-FO-23	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Técnico Científica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2012
FORMATO	LISTA DE CHEQUEO PARA LA LIMPIEZA DE LA CENTRAL DE MEZCLA	ESPECÍFICO	FA-FO-24	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Técnico Científica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2013
FORMATO	DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOQUIRÚRGICOS	ESPECÍFICO	FA-FO-25	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Técnico Científica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2014
GUIA	GUIA PREPARACIÓN DE MEZCLAS Y DILUCIONES PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	ESPECÍFICO	QM-G-12	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Técnico Científica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
INSTRUCTIVO	INSTRUCTIVO CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD EN EL ÁREA DE ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS	ESPECÍFICO	FA-IN-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Técnico Científica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
INSTRUCTIVO	INSTRUCTIVO PARA LA LIMPIEZA DE LA CABINA DE FLUJO LAMINAR	ESPECÍFICO	FA-IN-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Técnico Científica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
INSTRUCTIVO	INSTRUCTIVO PARA LA DISPENSACIÓN Y/O DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS DE CADENA DE FRÍO	ESPECÍFICO	FA-IN-03	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Técnico Científica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
INSTRUCTIVO	INSTRUCTIVO PARA LA LIMPIEZA DE LA NEVERA DE MEDICAMENTOS	ESPECÍFICO	FA-IN-04	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Técnico Científica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
INSTRUCTIVO	INSTRUCTIVO ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOQUIRÚRGICOS	ESPECÍFICO	FA-IN-05	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Técnico Científica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
INSTRUCTIVO	INSTRUCTIVO DISPOSICIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS, Y DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE FARMACIA	ESPECÍFICO	FA-IN-06	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Técnico Científica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
INSTRUCTIVO	INSTRUCTIVO DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS MEDICOQUIRÚRGICOS	ESPECÍFICO	FA-IN-07	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Técnico Científica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009

Revisó: Dirección de Servicios y Analisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009

		SERVICIO ASISTENCIAL							Código: GC-FO-16	
		LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS							Versión: 01	
									Página 4 de 5	
IDENTIFICACIÓN					ACTUALIZACIÓN					
TIPO	NOMBRE	CLASIFICACIÓN DEL DOCUMENTO	CODIGO	VERSIÓN	FECHA DE SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN	REVISÓ		APROBÓ		FECHA DE APROBACIÓN
						NOMBRE	CARGO	NOMBRE	CARGO	
MANUAL	MANUAL DE ANTISEPSIA	TRANSVERSAL	QM-MA-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Técnico Científica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
MANUAL	MANUAL DE CONDUCTAS BÁSICAS	TRANSVERSAL	QM-MA-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Técnico Científica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
MANUAL	MANUAL DE CUIDADO PALIATIVO	TRANSVERSAL	CE-MA-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Técnico Científica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
MANUAL	MANUAL DE MANEJO DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS	TRANSVERSAL	FA-MA-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Técnico Científica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
MANUAL	MANUAL DE RECOMENDACIONES PARA LA MANIPULACIÓN DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS	TRANSVERSAL	FA-MA-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Técnico Científica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
MANUAL	MANUAL PARA LA BIOSEGURIDAD EN LA MANIPULACIÓN DE AGENTES CITOSTÁTICOS	TRANSVERSAL	FA-MA-03	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Técnico Científica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
MANUAL	MANUAL DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS	TRANSVERSAL	FA-MA-04	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Técnico Científica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
MANUAL	MANUAL PARA LA GESTIÓN DE INSUMOS	ESPECÍFICO	FA-MA-05	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Técnico Científica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
MANUAL	MANUAL DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES	TRANSVERSAL	FA-MA-06	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Técnico Científica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOQUIRÚRGICOS	ESPECÍFICO	FA-PR-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Técnico Científica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOQUIRÚRGICOS	ESPECÍFICO	FA-PR-07	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Técnico Científica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009

Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009

		SERVICIO ASISTENCIAL							Código: GC-FO-16	
		LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS							Versión: 01	
									Página 5 de 5	
IDENTIFICACIÓN					ACTUALIZACIÓN					
TIPO	NOMBRE	CLASIFICACIÓN DEL DOCUMENTO	CODIGO	VERSIÓN	FECHA DE SOLICITUD DE	REVISÓ		APROBÓ		FECHA DE APROBACIÓN
						NOMBRE	CARGO	NOMBRE	CARGO	
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO DE DISPOSICIÓN DE MEDICAMENTOS VENCIDOS, PRÓXIMOS A VENCERSE Y/O DAÑADOS	ESPECÍFICO	FA-PR-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Tecnico Cientifica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN DE MEZCLAS ONCOLÓGICAS	ESPECÍFICO	FA-PR-03	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Tecnico Cientifica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOQUIRÚRGICOS	ESPECÍFICO	FA-PR-04	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Tecnico Cientifica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO RECEPCIÓN ADMINISTRATIVA, TÉCNICA Y ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOQUIRÚRGICOS	ESPECÍFICO	FA-PR-05	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Tecnico Cientifica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO ENTRADA DE MEDICAMENTOS POR DEVOLUCIÓN	ESPECÍFICO	FA-PR-06	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Tecnico Cientifica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
PROTOCOLO	PROTOCOLO DEL CUIDADO EN EL MANEJO DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS	ESPECÍFICO	FA-PT-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora Tecnico Cientifica	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009

Revisó: Dirección de Servicios y Analisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009



SERVICIO ASISTENCIAL

Código: GC-FO-16

LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS

Versión: 01


Página 1 de 1

PROCESO:


HISTORIAS CLÍNICAS

IDENTIFICACIÓN					ACTUALIZACIÓN					
TIPO	NOMBRE	CLASIFICACIÓN DEL DOCUMENTO	CODIGO	VERSIÓN	FECHA DE SOLICITUD DE	REVISÓ		APROBÓ		FECHA DE APROBACIÓN
						NOMBRE	CARGO	NOMBRE	CARGO	
CARACTERIZACIÓN	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE HISTORIAS CLÍNICAS	ESPECÍFICO	HC-CR-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	CONTROL ARCHIVO TRANSITORIO DE HISTORIAS CLÍNICAS	ESPECÍFICO	HC-FO-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	CONTROL DE HISTORIAS CLÍNICAS EN LA UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA	ESPECÍFICO	HC-FO-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	EVALUACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS	TRANSVERSAL	HC-FO-03	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	REGISTRO DE CONTROL DE FOLIOS CONSOLIDADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA	ESPECÍFICO	HC-FO-04	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	REGISTRO DE CONTROL DE CUSTODIA DE HISTORIA CLÍNICA	ESPECÍFICO	HC-FO-05	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	REGISTRO DE CONTROL DE SOLICITUD DE DOCUMENTOS DE HISTORIA CLÍNICA	ESPECÍFICO	HC-FO-06	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	REGISTRO DE CONTROL DE SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA	ESPECÍFICO	HC-FO-07	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
MANUAL	MANUAL DE HISTORIAS CLÍNICAS Y REGISTROS ASISTENCIALES	TRANSVERSAL	HC-MA-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO PRÉSTAMO DE DOCUMENTOS DE HISTORIA CLÍNICA	ESPECÍFICO	HC-PR-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO DE PRÉSTAMO DE HISTORIAS CLÍNICAS	ESPECÍFICO	HC-PR-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009


Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009

		SERVICIO ASISTENCIAL							Código: GC-FO-16	
		LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS							Versión: 01	
PROCESO:		QUIMIOTERAPIA								
IDENTIFICACIÓN					ACTUALIZACIÓN					
TIPO	NOMBRE	CLASIFICACIÓN DEL DOCUMENTO	CODIGO	VERSIÓN	FECHA DE SOLICITUD DE	REVISÓ		APROBÓ		FECHA DE APROBACIÓN
						NOMBRE	CARGO	NOMBRE	CARGO	
CARACTERIZACIÓN	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE QUIMIOTERAPIA	ESPECÍFICO	QM-CA-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE QUIMIOTERAPIA	ESPECÍFICO	QM-FO-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	CONTROL ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA	ESPECÍFICO	QM-FO-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	EPICRISIS	TRANSVERSAL	QM-FO-03	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	NOTA DE ENFERMERIA	TRANSVERSAL	QM-FO-04	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	PROGRAMADOR DE CITAS	TRANSVERSAL	QM-FO-05	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	REPORTE DE CITAS ENTRE FECHAS	TRANSVERSAL	CE-FO-10	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	REQUERIMIENTO DE DISPOSITIVOS MEDICOQUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA A FARMACIA	TRANSVERSAL	QM-FO-06	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	REQUERIMIENTO DE MEDICAMENTOS DE LA UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA A FARMACIA	TRANSVERSAL	QM-FO-07	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	ASPECTOS IMPORTANTES SOBRE QUIMIOTERAPIA	ESPECÍFICO	QM-FO-08	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	BOLETIN INFORMATIVO TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA	ESPECÍFICO	QM-FO-09	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	FORMATO DE CONSULTA MÉDICA PRIORITARIA	TRANSVERSAL	QM-FO-10	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	CONTROL DE QUIMIOS APLICADAS POR SEDE	TRANSVERSAL	QM-FO-11	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009


Revisó: Dirección de Servicios y Analisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>		SERVICIO ASISTENCIAL							Código: GC-FO-16	
		LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS							Versión: 01	
									Página 2 de 3	
IDENTIFICACIÓN					ACTUALIZACIÓN					
TIPO	NOMBRE	CLASIFICACIÓN DEL DOCUMENTO	CODIGO	VERSIÓN	FECHA DE SOLICITUD DE	REVISÓ		APROBÓ		FECHA DE APROBACIÓN
						NOMBRE	CARGO	NOMBRE	CARGO	
FORMATO	REPORTE DE QUIMIOTERAPIA	TRANSVERSAL	QM-FO-12	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
GUIA	GUIA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	TRANSVERSAL	QM-G-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
GUIA	GUIA ASEO TERMINAL CAMILLAS Y SALAS DE PROCEDIMIENTOS	TRANSVERSAL	QM-G-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
GUIA	GUIA CAMBIOS DE POSICIÓN Y POSICIONAMIENTO DEL USUARIO	ESPECÍFICO	QM-G-03	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
GUIA	GUIA CONTROL DE SIGNOS VITALES	TRANSVERSAL	QM-G-04	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
GUIA	GUIA DE REANIMACIÓN CEREBRO-CARDIO-PULMONAR	TRANSVERSAL	QM-G-05	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
GUIA	GUIA MANEJO E INMOVILIZACIÓN DE USUARIOS	TRANSVERSAL	QM-G-07	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
GUIA	GUIA PREVENCIÓN DE CAÍDAS	ESPECÍFICO	QM-G-08	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
GUIA	GUIA REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS	ESPECÍFICO	QM-G-09	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
GUIA	GUIA DE MANEJO Y UTILIZACIÓN DE BOMBAS DE INFUSIÓN	ESPECÍFICO	QM-G-10	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
GUIA	GUIA REVISIÓN DE ORDEN MÉDICA PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS	ESPECÍFICO	QM-G-11	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
GUIA	GUIA SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS	ESPECÍFICO	QM-G-06	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
GUIA	GUIA PARA LA PREPARACIÓN DE MEZCLAS Y DILUCIONES PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	ESPECÍFICO	QM-G-12	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2010

Revisó: Dirección de Servicios y Analisis de Pilezgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la vida</i>		SERVICIO ASISTENCIAL							Código: GC-FO-16	
		LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS							Versión: 01	
									Página 3 de 3	
IDENTIFICACIÓN					ACTUALIZACIÓN					
TIPO	NOMBRE	CLASIFICACIÓN DEL DOCUMENTO	CODIGO	VERSIÓN	FECHA DE SOLICITUD DE	REVISÓ		APROBÓ		FECHA DE APROBACIÓN
						NOMBRE	CARGO	NOMBRE	CARGO	
MANUAL	MANUAL DE ANTISEPSIA	TRANSVERSAL	QM-MA-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
MANUAL	MANUAL DE CONDUCTAS BÁSICAS	TRANSVERSAL	QM-MA-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
MANUAL	MANUAL DE HISTORIAS CLÍNICAS Y REGISTROS ASISTENCIALES	TRANSVERSAL	HC-MA-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
MANUAL	MANUAL DE MANEJO DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS	TRANSVERSAL	FA-MA-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
MANUAL	MANUAL DE RECOMENDACIONES PARA LA MANIPULACIÓN DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS	TRANSVERSAL	FA-MA-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
MANUAL	MANUAL PARA LA BIOSEGURIDAD EN LA MANIPULACIÓN DE AGENTES CITOSTÁTICOS	TRANSVERSAL	FA-MA-03	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
MANUAL	MANUAL DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS	TRANSVERSAL	FA-MA-04	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
MANUAL	MANUAL DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES	TRANSVERSAL	FA-MA-06	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO DE QUIMIOTERAPIA	ESPECÍFICO	QM-PR-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE VENOPUNCIÓN	ESPECÍFICO	QM-PT-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS	TRANSVERSAL	CE-PT-04	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
INSTRUCTIVO	INSTRUCTIVO ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS	ESPECÍFICO	QM-IN-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
INSTRUCTIVO	INSTRUCTIVO LAVADO DE MANOS COMÚN Y QUIRÚRGICO	TRANSVERSAL	QM-IN-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Analisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009


Revisó: Dirección de Servicios y Analisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009

		SERVICIO ASISTENCIAL							Código: GC-FO-16	
		LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS							Versión: 01	
PROCESO:		GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO								
IDENTIFICACIÓN		ACTUALIZACIÓN								
TIPO	NOMBRE	CLASIFICACIÓN DEL DOCUMENTO	CODIGO	VERSIÓN	FECHA DE SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN	REVISÓ		APROBÓ		FECHA DE APROBACIÓN
						NOMBRE	CARGO	NOMBRE	CARGO	
CARACTERIZACIÓN	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	ESPECÍFICO	GC-CR-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS	TRANSVERSAL	GC-FO-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	CONTROL DE ENTREGA DE COPIAS A OTROS PROCESOS	ESPECÍFICO	GC-FO-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL AUDITOR INTERNO	ESPECÍFICO	GC-FO-03	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	HOJA DE VIDA DE INDICADORES	TRANSVERSAL	GC-FO-04	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD	TRANSVERSAL	GC-FO-05	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	INFORME DE DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	TRANSVERSAL	GC-FO-06	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	LISTA DE VERIFICACIÓN	TRANSVERSAL	GC-FO-07	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	MATRIZ DE IMPACTO DE LOS PROCESOS	TRANSVERSAL	GC-FO-08	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	ESPECÍFICO	GC-FO-09	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	PRODUCTO O SERVICIO NO CONFORME	ESPECÍFICO	GC-FO-10	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	TRANSVERSAL	GC-FO-11	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009

Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009

SERVICIO ASISTENCIAL										Código: GC-FO-16
LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS										Versión: 01
										Página 2 de 3
IDENTIFICACIÓN					ACTUALIZACIÓN					
TIPO	NOMBRE	CLASIFICACIÓN DEL DOCUMENTO	CODIGO	VERSIÓN	FECHA DE SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN	REVISÓ		APROBÓ		FECHA DE APROBACIÓN
						NOMBRE	CARGO	NOMBRE	CARGO	
FORMATO	RECEPCIÓN DE PETICIONES, QUEJAS Y/O RECLAMOS	ESPECÍFICO	GC-FO-12	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	RELACIÓN DE PRÉSTAMO DE DOCUMENTOS	ESPECÍFICO	GC-FO-13	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS	ESPECÍFICO	GC-FO-14	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS EXTERNOS	ESPECÍFICO	GC-FO-15	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS	TRANSVERSAL	GC-FO-16	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	LISTADO MAESTRO DE REGISTROS	ESPECÍFICO	GC-FO-17	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	ACCIONES DE MEJORA	ESPECÍFICO	GC-FO-18	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO	TRANSVERSAL	GC-FO-19	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
FORMATO	FORMATO ACTA DE REUNIÓN	TRANSVERSAL	GC-FO-20	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
GUÍA	GUÍA PARA EL MANEJO DE INDICADORES DE GESTIÓN	ESPECÍFICO	GC-G-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
GUÍA	GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	TRANSVERSAL	GC-G-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
GUÍA	GUÍA PARA LA ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS	TRANSVERSAL	GC-G-03	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
MANUAL	MANUAL DE CALIDAD	ESPECÍFICO	GC-MA-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009

Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009

		SERVICIO ASISTENCIAL							Código: GC-FO-16	
		LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS							Versión: 01	
									Página 3 de 3	
IDENTIFICACIÓN				ACTUALIZACIÓN						
TIPO	NOMBRE	CLASIFICACIÓN DEL DOCUMENTO	CODIGO	VERSIÓN	FECHA DE SOLICITUD DE	REVISÓ		APROBÓ		FECHA DE APROBACIÓN
						NOMBRE	CARGO	NOMBRE	CARGO	
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS EXTERNOS	ESPECÍFICO	GC-PR-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS	ESPECÍFICO	GC-PR-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO CONTROL DE PRODUCTO O SERVICIO NO CONFORME	ESPECÍFICO	GC-PR-03	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS	ESPECÍFICO	GC-PR-04	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS	ESPECÍFICO	GC-PR-05	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	ESPECÍFICO	GC-PR-06	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009
INSTRUCTIVO	INSTRUCTIVO RECEPCIÓN QUEJAS Y RECLAMOS	ESPECÍFICO	GC-IN-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2010
INSTRUCTIVO	INSTRUCTIVO TABULACIÓN DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	ESPECÍFICO	GC-IN-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2011

Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009



SERVICIO ASISTENCIAL

Código: GC-FO-16


LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS

Versión: 01

Página 1 de 2

PROCESO:		COMPRAS													
IDENTIFICACIÓN												ACTUALIZACIÓN			
TIPO	NOMBRE	CLASIFICACIÓN DEL DOCUMENTO	CODIGO	VERSIÓN	FECHA DE SOLICITUD DE	REVISÓ		APROBÓ		FECHA DE APROBACIÓN					
						NOMBRE	CARGO	NOMBRE	CARGO						
CARACTERIZACIÓN	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE COMPRAS	ESPECÍFICO	CP-CR-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009					
FORMATO	CONTROL DE REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS ESTRATÉGICOS	TRANSVERSAL	CP-FO-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009					
FORMATO	CONTROL DE REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS MULTIPLICADORES	ESPECÍFICO	CP-FO-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009					
FORMATO	CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PROVEEDORES	ESPECÍFICO	CP-FO-04	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009					
FORMATO	INFORME DE EVALUACIÓN DE PROVEEDORES	TRANSVERSAL	CP-FO-05	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009					
FORMATO	INFORME DE NO CONFORMIDADES	TRANSVERSAL	CP-FO-06	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009					
FORMATO	LISTA DE CONTROL DE PROVEEDORES DE PRODUCTOS ESTRATÉGICOS	TRANSVERSAL	CP-FO-07	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009					
FORMATO	LISTA DE CONTROL DE PROVEEDORES DE PRODUCTOS MULTIPLICADORES	TRANSVERSAL	CP-FO-08	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009					
FORMATO	ORDENES DE COMPRA PRODUCTOS ESTRATÉGICOS	ESPECÍFICO	CP-FO-03	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009					
FORMATO	ORDENES DE COMPRA PRODUCTOS MULTIPLICADORES	TRANSVERSAL	CP-FO-09	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009					
FORMATO	CONTROL DE REQUERIMIENTOS DE SERVICIOS MULTIPLICADORES	TRANSVERSAL	CP-FO-10	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009					


Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009

		SERVICIO ASISTENCIAL								Código: GC-FO-16	
		LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS								Versión: 01	
										Página 2 de 2	
IDENTIFICACIÓN					ACTUALIZACIÓN						
TIPO	NOMBRE	CLASIFICACIÓN DEL DOCUMENTO	CODIGO	VERSIÓN	FECHA DE SOLICITUD DE	REVISÓ		APROBÓ		FECHA DE APROBACIÓN	
						NOMBRE	CARGO	NOMBRE	CARGO		
FORMATO	LISTA DE CONTROL DE PROVEEDORES DE PRODUCTOS MULTIPLICADORES	TRANSVERSAL	CP-FO-11	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
FORMATO	ORDENES DE COMPRA SERVICIOS MULTIPLICADORES	TRANSVERSAL	CP-FO-12	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
GUIA	GUIA DE GESTIÓN DE COMPRAS	TRANSVERSAL	CP-G-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO DE COMPRAS DE PRODUCTOS ESTRATÉGICOS	ESPECÍFICO	CP-PR-01	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO DE COMPRAS DE PRODUCTOS MULTIPLICADORES	ESPECÍFICO	CP-PR-02	1		Dra. Piedad Eugenia Sanabria	Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	Dr Jose Luis Mayorca Castilla	Gerente General	Febrero 24 de 2009	
Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009											


LISTADO MAESTRO DE REGISTROS

PROCESO:		AUTORIZACIONES								
NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO (si aplica)	RESPONSABLE DEL MANEJO DEL ARCHIVO	LUGAR DE ALMACENAMIENTO	MEDIO DE ALMACENAMIENTO		NIVEL DE ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN EN ARCHIVO DE GESTIÓN	DISPOSICIÓN FINAL		
				Impreso	Digital			E	CT	SE
AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS	AU-FO-01	JEFE DE FACTURACIÓN	ARCHIVO AUTORIZACIONES		X	GENERAL	1 AÑO	X		
REGISTRO DE USUARIOS NUEVOS EN EL SISTEMA	AU-FO-03	JEFE DE FACTURACIÓN	ARCHIVO AUTORIZACIONES		X	GENERAL	1 AÑO	X		
LISTA DE MANEJO PARA LA AUTORIZACIÓN DE DISPOSITIVOS MEDICOQUIRÚRGICOS DEL SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA	AU-FO-04	JEFE DE FACTURACIÓN	ARCHIVO AUTORIZACIONES		X	GENERAL	5 AÑOS	X		
LISTA DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA	AU-FO-02	JEFE DE FACTURACIÓN	ARCHIVO AUTORIZACIONES		X	GENERAL	5 AÑOS	X		

Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009

 CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>		SERVICIO ASISTENCIAL						Código: GC-FO-17		
		LISTADO MAESTRO DE REGISTROS						Versión: 01		
PROCESO:		CONSULTA EXTERNA								
NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO (si aplica)	RESPONSABLE DEL MANEJO DEL ARCHIVO	LUGAR DE ALMACENAMIENTO	MEDIO DE ALMACENAMIENTO		NIVEL DE ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN EN ARCHIVO DE GESTIÓN	DISPOSICIÓN FINAL		
				Impreso	Digital			E	CT	SE
FORMATO DE DISPONIBILIDAD DE ESPECIALISTA	CE-FO-02	ATENCIÓN AL USUARIO	ARCHIVO DE CONSULTA EXTERNA	X		GENERAL	5 AÑOS	X		
FORMATO DE INASISTENCIA A CITAS	CE-FO-03	ATENCIÓN AL USUARIO	ARCHIVO DE CONSULTA EXTERNA	X		GENERAL	5 AÑOS	X		
REGISTRO DE PAGO DE CITAS PARTICULARES	CE-FO-09	ATENCIÓN AL USUARIO	ARCHIVO DE CONSULTA EXTERNA	X		GENERAL	5 AÑOS	X		
REPORTE DE CITAS ENTRE FECHAS	CE-FO-10	ATENCIÓN AL USUARIO	ARCHIVO DE CONSULTA EXTERNA	X		GENERAL	5 AÑOS	X		
CONTROL DE ASISTENCIA DE ESPECIALISTAS A JUNTA MÉDICA	CE-FO-12	ATENCIÓN AL USUARIO	ARCHIVO DE CONSULTA EXTERNA	X		GENERAL	5 AÑOS	X		
FORMATO DE INCLUSIONES Y EXCLUSIONES DE CONTRATOS	DI-FO-01	ATENCIÓN AL USUARIO	ARCHIVO DE CONSULTA EXTERNA	X		GENERAL	5 AÑOS	X		


Revisó: Dirección de Calidad y Control Interno **Aprobó:** Gerente General **Fecha de Aprobación:** Febrero 24 de 2009

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>		SERVICIO ASISTENCIAL					Código: GC-FO-17			
		LISTADO MAESTRO DE REGISTROS					Versión: 01			
PROCESO:		FARMACIA					Página 1 de 3			
NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO (si aplica)	RESPONSABLE DEL MANEJO DEL ARCHIVO	LUGAR DE ALMACENAMIENTO	MEDIO DE ALMACENAMIENTO		NIVEL DE ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN EN ARCHIVO DE GESTIÓN	DISPOSICIÓN FINAL		
				Impreso	Digital			E	CT	SE
AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS	AU-FO-01	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X		
ACTA DE DESTRUCCIÓN DE MEDICAMENTOS VENCIDOS	FA-FO-01	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X		
ACTA DE INSPECCIÓN Y RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS	FA-FO-02	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X		
CERTIFICACIÓN RECIBO DE MEDICAMENTOS EXTERNOS	FA-FO-03	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X		
CONTROL DE ABREVIATURAS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOQUIRÚRGICOS	FA-FO-04	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X		
CONTROL DE TEMPERATURA PARA LA CONSERVACIÓN DE MEDICAMENTOS	FA-FO-05	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X		
CONTROL DEL PORCENTAJE DE LA HUMEDAD RELATIVA PARA LA CONSERVACIÓN DE MEDICAMENTOS	FA-FO-06	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X		


Revisó: Dirección de Servicios y Analisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009

NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO (si aplica)	RESPONSABLE DEL MANEJO DEL ARCHIVO	LUGAR DE ALMACENAMIENTO	MEDIO DE ALMACENAMIENTO		NIVEL DE ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN EN ARCHIVO DE GESTIÓN	DISPOSICIÓN FINAL		
				Impreso	Digital			E	CT	SE
COSTO TOTAL POR USUARIO FARMACIA	FA-FO-07	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X		
DESPACHO DE MEDICAMENTOS	FA-FO-19	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X		
DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS A LA UNIDAD DE FARMACIA	FA-FO-23	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X		
DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS POR USUARIO	FA-FO-08	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X		
ETIQUETAS PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS	FA-FO-09	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X		
EVALUACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA EL PROCESO DE DESTRUCCIÓN	FA-FO-10	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X		
FORMATO DE JUSTIFICACIÓN NO POS	CE-FO-13	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X		
INFORME DE NO CONFORMIDADES	FA-FO-22	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X		
INFORME RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS	FA-FO-14	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X		
INVENTARIO DE MEDICAMENTOS FARMACIA	FA-FO-12	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X		
LISTA DE CHEQUEO INSPECCIÓN DEL ÁREA CENTRAL DE MEZCLA	FA-FO-24	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X		
ORDEN DE MEDICAMENTOS	CE-FO-08	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X		
PLANILLA DE ELABORACIÓN DE MEZCLAS ONCOLÓGICAS	FA-FO-13	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X		

Revisó: Dirección de Servicios y Analisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>		SERVICIO ASISTENCIAL					Código: GC-FO-17				
		LISTADO MAESTRO DE REGISTROS					Versión: 01				
									Página 3 de 3		
NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO (si aplica)	RESPONSABLE DEL MANEJO DEL ARCHIVO	LUGAR DE ALMACENAMIENTO	MEDIO DE		NIVEL DE ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN EN ARCHIVO DE GESTIÓN	DISPOSICIÓN			
				Impreso	Digital			E	CT	SE	
RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS	FA-FO-21	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X			
RECEPCIÓN Y ELABORACIÓN UNIDAD DE RECONSTITUCIÓN DE CITOSTÁTICOS	FA-FO-15	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X			
REGISTRO DIARIO DE MEDICAMENTOS ENTREGADOS A LA UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA	FA-FO-18	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X			
REPORTE DE CITAS ENTRE FECHAS	CE-FO-10	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X			
REPORTE DE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS	FA-FO-17	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X			
REQUERIMIENTO DE DISPOSITIVOS MEDICOQUIRURGICOS DE LA UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA A FARMACIA	QM-FO-06	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X			
REQUERIMIENTO DE MEDICAMENTOS DE LA UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA A FARMACIA	QM-FO-07	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X			
SOLICITUD DE CONCEPTO TÉCNICO SERVICIO FARMACÉUTICO	FA-FO-18	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X			
TARJETA DE MEDICAMENTOS	FA-FO-20	QUÍMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL		X			


Revisó: Dirección de Servicios y Analisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009


 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>		SERVICIO ASISTENCIAL					Código: GC-FO-17			
		LISTADO MAESTRO DE REGISTROS					Versión: 01			
PROCESO:		HISTORIAS CLÍNICAS					Página 1 de 2			
NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO (si aplica)	RESPONSABLE DEL MANEJO DEL ARCHIVO	LUGAR DE ALMACENAMIENTO	MEDIO DE ALMACENAMIENTO		NIVEL DE ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN EN ARCHIVO DE GESTIÓN	DISPOSICIÓN FINAL		
				Impreso	Digital			E	CT	SE
CONSENTIMIENTO INFORMADO	QM-FO-01	AUXILIAR CONSULTA EXTERNA	ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS	X		RESTRINGID O	5 años		X	
CONTROL ARCHIVO TRANSITORIO DE HISTORIAS CLÍNICAS	HC-FO-01	AUXILIAR CONSULTA EXTERNA	ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS	X		GENERAL	5 años	X		
CONTROL DE HISTORIAS CLÍNICAS EN LA UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA	HC-FO-02	AUXILIAR CONSULTA EXTERNA	ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS	X		GENERAL	5 años	X		
EPICRISIS	QM-FO-03	AUXILIAR CONSULTA EXTERNA	ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS	X		RESTRINGID O	5 años		X	
EVALUACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS	HC-FO-03	AUXILIAR CONSULTA EXTERNA	ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS	X		GENERAL	5 años	X		
EVOLUCIÓN MÉDICA	CE-FO-01	AUXILIAR CONSULTA EXTERNA	ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS	X		RESTRINGID O	5 años		X	
FORMATO DE JUNTA MÉDICA	CE-FO-04	AUXILIAR CONSULTA EXTERNA	ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS	X		RESTRINGID O	5 años		X	
FORMATO DE NEGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y/O MEDICAMENTOS	AM-FO-01	AUXILIAR CONSULTA EXTERNA	ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS	X		RESTRINGID O	5 años		X	
FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	CE-FO-05	AUXILIAR CONSULTA EXTERNA	ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS	X		RESTRINGID O	5 años		X	
LABORATORIOS Y/O EXÁMENES ESPECIALIZADOS		AUXILIAR CONSULTA EXTERNA	ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS	X		RESTRINGID O	5 años		X	
NOTAS DE ENFERMERÍA	QM-FO-04	AUXILIAR CONSULTA EXTERNA	ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS	X		RESTRINGID O	5 años		X	
ORDEN DE MEDICAMENTOS	CE-FO-06	AUXILIAR CONSULTA EXTERNA	ARCHIVO DE CONSULTA EXTERNA	X		RESTRINGID O	5 años		X	
ORDEN MÉDICA	CE-FO-07	AUXILIAR CONSULTA EXTERNA	ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS	X		RESTRINGID O	5 años		X	

Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009


 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>		SERVICIO ASISTENCIAL					Código: GC-FO-17			
		LISTADO MAESTRO DE REGISTROS					Versión: 01			
							Página 2 de 2			
NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO (si aplica)	RESPONSABLE DEL MANEJO DEL ARCHIVO	LUGAR DE ALMACENAMIENTO	MEDIO DE ALMACENAMIENTO		NIVEL DE ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN EN ARCHIVO DE GESTIÓN	DISPOSICIÓN FINAL		
				Impreso	Digital			E	CT	SE
REGISTRO DE CONTROL DE CUSTODIA DE HISTORIA CLÍNICA	HC-FO-05	AUXILIAR CONSULTA EXTERNA	ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS	X		GENERAL	5 años	X		
REGISTRO DE CONTROL DE FOLIOS CONSOLIDADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA	HC-FO-04	AUXILIAR CONSULTA EXTERNA	ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS	X		GENERAL	5 años	X		
REGISTRO DE CONTROL DE SOLICITUD DE DOCUMENTOS DE HISTORIA CLÍNICA	HC-FO-06	AUXILIAR CONSULTA EXTERNA	ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS	X		GENERAL	5 años	X		
REGISTRO DE CONTROL DE SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA	HC-FO-07	AUXILIAR CONSULTA EXTERNA	ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS	X		GENERAL	5 años	X		
REPORTE DE CITAS ENTRE FECHAS	CE-FO-10	AUXILIAR CONSULTA EXTERNA	ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS	X		GENERAL	5 años	X		
SEGUIMIENTO A LA RESPUESTA DE LOS TRATAMIENTOS GENERADOS A LOS USUARIOS	CE-FO-11	AUXILIAR CONSULTA EXTERNA	ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS	X		RESTRINGID O	5 años		X	
FORMATO DE JUSTIFICACIÓN NO POS	CE-FO-13	AUXILIAR CONSULTA EXTERNA	ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS	X		RESTRINGID O	5 años		X	

Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009


 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ASISTENCIAL						Código: GC-FO-17			
	LISTADO MAESTRO DE REGISTROS						Versión: 01			
							Página 1 de 1			
PROCESO:	QUIMIOTERAPIA									
NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO (si aplica)	RESPONSABLE DEL MANEJO DEL ARCHIVO	LUGAR DE ALMACENAMIENTO	MEDIO DE ALMACENAMIENTO		NIVEL DE ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN EN ARCHIVO DE GESTIÓN	DISPOSICIÓN FINAL		
				Impreso	Digital			E	CT	SE
REPORTE DE CITAS ENTRE FECHAS	CE-FO-11	Enfermera Jefe	ARCHIVO QUIMIOTERAPIA		X	GENERAL		X		
CONTROL ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA	QM-FO-02	Enfermera Jefe	ARCHIVO QUIMIOTERAPIA	X		GENERAL		X		
FORMATO DE CONSULTA MÉDICA PRIORITARIA	QM-FO-10	Enfermera Jefe	ARCHIVO QUIMIOTERAPIA	X		GENERAL		X		
FORMATO DE INASISTENCIA A CITAS	CE-FO-03	Enfermera Jefe	ARCHIVO QUIMIOTERAPIA	X		GENERAL		X		
CONTROL DE QUIMIOS APLICADAS POR SEDE	QM-FO-11	Enfermera Jefe	ARCHIVO QUIMIOTERAPIA		X	GENERAL		X		
REPORTE DE QUIMIOTERAPIA	QM-FO-12	Enfermera Jefe	ARCHIVO QUIMIOTERAPIA		X	GENERAL		X		
CONTROL EXISTENCIAS CARRO DE PARO	QM-FO-13	Enfermera Jefe	ARCHIVO QUIMIOTERAPIA	X		GENERAL		X		
Revisó: Dirección de Servicios y Analisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009										

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>		SERVICIO ASISTENCIAL						Código: GC-FO-17		
		LISTADO MAESTRO DE REGISTROS						Versión: 01		
PROCESO:		GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO						Página 1 de 2		
NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO (si aplica)	RESPONSABLE DEL MANEJO DEL ARCHIVO	LUGAR DE ALMACENAMIENTO	MEDIO DE ALMACENAMIENTO		NIVEL DE ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN EN ARCHIVO DE GESTIÓN	DISPOSICIÓN FINAL		
				Impreso	Digital			E	CT	SE
ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS	GC-FO-01	PROFESIONAL DE CALIDAD	ARCHIVO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	X		GENERAL	1 AÑO	X		
CONTROL DE ENTREGA DE COPIAS A OTROS PROCESOS	GC-FO-02	PROFESIONAL DE CALIDAD	ARCHIVO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	X		GENERAL	1 AÑO	X		
EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DEL AUDITOR INTERNO	GC-FO-03	PROFESIONAL DE CALIDAD	ARCHIVO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	X		GENERAL	1 AÑO	X		
HOJA DE VIDA DE INDICADORES	GC-FO-04	PROFESIONAL DE CALIDAD	ARCHIVO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	X		GENERAL	1 AÑO	X		
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD	GC-FO-05	PROFESIONAL DE CALIDAD	ARCHIVO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	X		GENERAL	1 AÑO	X		
INFORME DE DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	GC-FO-06	PROFESIONAL DE CALIDAD	ARCHIVO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	X		GENERAL	1 AÑO	X		
LISTA DE VERIFICACIÓN	GC-FO-07	PROFESIONAL DE CALIDAD	ARCHIVO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	X		GENERAL	1 AÑO	X		
MATRIZ DE IMPACTO DE LOS PROCESOS	GC-FO-08	PROFESIONAL DE CALIDAD	ARCHIVO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	X		GENERAL	1 AÑO	X		
PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	GC-FO-09	PROFESIONAL DE CALIDAD	ARCHIVO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	X		GENERAL	1 AÑO	X		
PRODUCTO O SERVICIO NO CONFORME	GC-FO-10	PROFESIONAL DE CALIDAD	ARCHIVO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	X		GENERAL	1 AÑO	X		
PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	GC-FO-11	PROFESIONAL DE CALIDAD	ARCHIVO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	X		GENERAL	1 AÑO	X		
RECEPCIÓN DE QUEJAS Y/O RECLAMOS	GC-FO-12	PROFESIONAL DE CALIDAD	ARCHIVO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	X		GENERAL	1 AÑO	X		

Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009


 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>		SERVICIO ASISTENCIAL					Código: GC-FO-17			
		LISTADO MAESTRO DE REGISTROS					Versión: 01			
Página 2 de 2										
NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO (si aplica)	RESPONSABLE DEL MANEJO DEL ARCHIVO	LUGAR DE ALMACENAMIENTO	MEDIO DE ALMACENAMIENTO		NIVEL DE ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN EN ARCHIVO DE GESTIÓN	DISPOSICIÓN FINAL		
				Impreso	Digital			E	CT	SE
RELACIÓN DE PRÉSTAMO DE DOCUMENTOS	GC-FO-13	PROFESIONAL DE CALIDAD	ARCHIVO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	X		GENERAL	1 AÑO	X		
SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS	GC-FO-14	PROFESIONAL DE CALIDAD	ARCHIVO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	X		GENERAL	1 AÑO	X		
LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS EXTERNOS	GC-FO-15	PROFESIONAL DE CALIDAD	ARCHIVO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	X		GENERAL	1 AÑO	X		
LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNOS	GC-FO-16	PROFESIONAL DE CALIDAD	ARCHIVO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	X		GENERAL	1 AÑO	X		
LISTADO MAESTRO DE REGISTROS	GC-FO-17	PROFESIONAL DE CALIDAD	ARCHIVO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	X		GENERAL	1 AÑO	X		
ACCIONES DE MEJORA	GC-FO-18	PROFESIONAL DE CALIDAD	ARCHIVO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	X		GENERAL	1 AÑO	X		
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO	GC-FO-19	PROFESIONAL DE CALIDAD	ARCHIVO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	X		GENERAL	1 AÑO	X		
FORMATO ACTA DE REUNIÓN	GC-FO-20	PROFESIONAL DE CALIDAD	ARCHIVO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	X		GENERAL	1 AÑO	X		

Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>		SERVICIO ASISTENCIAL					Código: GC-FO-16			
		LISTADO MAESTRO DE REGISTROS					Versión: 01			
PROCESO:		COMPRAS					Página 1 de 1			
NOMBRE DEL REGISTRO	CÓDIGO (si aplica)	RESPONSABLE DEL MANEJO DEL ARCHIVO	LUGAR DE ALMACENAMIENTO	MEDIO DE ALMACENAMIENTO		NIVEL DE ACCESO	TIEMPO DE RETENCIÓN EN ARCHIVO DE GESTIÓN	DISPOSICIÓN FINAL		
				Impreso	Digital			E	CT	SE
CONTROL DE REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS ESTRATÉGICOS	CP-FO-01	QUIMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL	1 AÑO	X		
CONTROL DE REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS MULTIPLICADORES	CP-FO-02	AUXILIAR DE CALIDAD	ARCHIVO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	X		GENERAL	1 AÑO	X		
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PROVEEDORES	CP-FO-04	AUXILIAR DE CALIDAD	ARCHIVO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	X		GENERAL	1 AÑO	X		
INFORME DE EVALUACIÓN DE PROVEEDORES	CP-FO-05	AUXILIAR DE CALIDAD	ARCHIVO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	X		GENERAL	1 AÑO	X		
INFORME DE NO CONFORMIDADES	CP-FO-06	AUXILIAR DE CALIDAD	ARCHIVO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	X		GENERAL	1 AÑO	X		
LISTA DE CONTROL DE PROVEEDORES DE PRODUCTOS ESTRATÉGICOS	CP-FO-07	QUIMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL	1 AÑO	X		
LISTA DE CONTROL DE PROVEEDORES DE PRODUCTOS MULTIPLICADORES	CP-FO-08	AUXILIAR DE CALIDAD	ARCHIVO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	X		GENERAL	1 AÑO	X		
ORDENES DE COMPRA PRODUCTOS ESTRATÉGICOS	CP-FO-03	QUIMICA FARMACÉUTICA	ARCHIVO GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO	X		GENERAL	1 AÑO	X		
ORDENES DE COMPRA PRODUCTOS MULTIPLICADORES	CP-FO-09	AUXILIAR DE CALIDAD	ARCHIVO FARMACIA	X		GENERAL	1 AÑO	X		

Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009

ANEXO D: HOJA DE VIDA INDICADORES


		SERVICIO ADMINISTRATIVO							Código: GC-FO-04	
		HOJA DE VIDA DE INDICADORES							Versión: 01	
									Página 1 de 1	
PROCESO:		FARMACIA								
NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	META	MÉTODO DE CÁLCULO	UNIDAD	PONDERACIÓN	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	FUENTE DE DATOS	SENTIDO (Maximizar, minimizar o mantener)	RESPONSABLE DE MEDICIÓN
PEDIDOS INCOMPLETOS	EFICIENCIA	DETERMINAR LA EFICACIA DEL SURTIDO FARMACEUTICO EN EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	<15%	$\sum(\text{PEDIDOS INCOMPLETOS}) \times 100 / \text{TOTAL PEDIDOS ENTREGADOS}$	PORCENTAJE	10%	TRIMESTRAL	Autorización	MINIMIZAR	FARMACIA
Porcentaje tiempo de entrega de medicamentos	EFICACIA	DETERMINAR LA OPORTUNIDAD EN EL DESPACHO DE MEDICAMENTOS	>=80%	$((\sum \text{del \# de días transcurridos entre la solicitud de medicamentos hasta el momento en que se entregan}) / (\text{Total de solicitudes al mes})) \times 100$	PORCENTAJE	10%	MENSUAL	Registro de solicitudes pendientes por entregar	MINIMIZAR	FARMACIA
Porcentaje de satisfacción del usuario	EFICACIA	DETERMINAR EL GRADO DE SATISFACCION DEL USUARIO	90%- 100%	$\sum((\text{PUNTOS OBTENIDOS} / \text{PUNTOS MAXIMOS TOTALES}) \times 100\%) / \text{TOTAL DE ENCUESTAS APLICADAS}$	PORCENTAJE	10%	TRIMESTRAL	Encuesta de satisfacción	MAXIMIZAR	FARMACIA
Medicamentos no pos generados	EFICIENCIA	EVALUAR LA CANTIDAD DE MEDICAMENTOS NO POS ENTREGADOS	<=10%	$\sum((\text{MEDICAMENTOS NO POS ENTREGADOS}) \times 100\%) / \text{TOTAL DE MEDICAMENTOS ENTREGADOS}$	PORCENTAJE	10%	TRIMESTRAL	FORMATO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS NO POS	MINIMIZAR	FARMACIA
Despachos no entregados	EFICIENCIA	DETERMINAR EL GRADO DE CUMPLIMIENTO CON LOS PEDIDOS DE MEDICAMENTOS POR PARTE DEL USUARIO	<=10%	$\sum(\text{PEDIDOS NO ENTREGADOS EN EL MES}) \times 100 / \text{TOTAL PEDIDOS ENTREGADOS}$	PORCENTAJE	10%	MENSUAL	Autorización	MINIMIZAR	FARMACIA
Oportunidad en la entrega de medicamentos no pos	EFICACIA	DETERMINAR LA OPORTUNIDAD EN EL DESPACHO DE MEDICAMENTOS NO POS	>=80%	$((\sum \text{del \# de días transcurridos entre la solicitud de medicamentos NO POS hasta el momento en que se entregan}) / (\text{Total de solicitudes al mes})) \times 100$	PORCENTAJE	10%	MENSUAL	FORMATO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS NO POS	MINIMIZAR	FARMACIA
Rotacion de inventarios	EFFECTIVIDAD	DETERMINAR LA ROTACION DE INVENTARIO DE MEDICAMENTOS	>=1	Costo de dispositivos hospitalarios entregados en el periodo / inventario promedio de dispositivos hospitalarios	NUMERO	20%	MENSUAL	INVENTARIO DE FARMACIA	MAXIMIZAR	FARMACIA
Destruccion de medicamentos	EFICIENCIA	DETERMINAR LA RELACION ENTRE LA CANTIDAD DE MEDICAMENTOS PARA DESTRUIR Y EL TOTAL DE MEDICAMENTOS	<=5%	$\sum(\# \text{ DE MEDICAMENTOS PARA DESTRUIR}) \times 100 / \text{TOTAL MEDICAMENTOS}$	PORCENTAJE	10%	TRIMESTRAL	ACTA DE DESTRUCCIÓN DE MEDICAMENTOS	MINIMIZAR	FARMACIA
Satisfacción del usuario	EFICACIA	EVALUAR Y MEJORAR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO	>=85%	Número de solicitudes, quejas y tutelas resueltas/ Número total de solicitudes, quejas y tutelas presentadas X 100%	PORCENTAJE	20%	TRIMESTRAL	Buzón de sugerencias	MAXIMIZAR	FARMACIA
APROBADO POR: Gerente General					FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Febrero 24 de 2009					


PROCESO: QUIMIOTERAPIA


NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	META	MÉTODO DE CÁLCULO	UNIDAD	PONDERACIÓN	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	FUENTE DE DATOS	SENTIDO (Maximizar, minimizar o mantener)	RESPONSABLE DE MEDICIÓN
Porcentaje de eventos adversos en quimioterapia	EFICACIA	DETERMINAR LA TASA DE EVENTOS ADVERSOS ATENDIDOS	<=5%	((# de usuarios que presentaron eventos adversos en quimioterapia)/(total de usuario atendidos en quimioterapia)) x 100	PORCENT AJE	20%	MENSUAL	Notas de enfermería	MINIMIZAR	QUIMIOTERAPIA
ABANDONOS DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPIA	EFICIENCIA	DETERMINAR LA TASA DE ABANDONOS DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPIA	< 5%	(# DE USUARIOS QUE ABANDONAN EL TRATAMIENTO) *100 / TOTAL DE USUARIOS EN TRATAMIENTO	PORCENT AJE	20%	MENSUAL	Formato de inasistencia a citas	MINIMIZAR	QUIMIOTERAPIA
Porcentaje de cumplimiento de fechas programadas administración de tratamiento	EFICACIA	DETERMINAR LA EFICIENCIA DEL PROCESO	>=95%	Σ de fechas programadas para administración de tratamiento cumplidas al mes/ # total de usuarios programados para administración de tratamiento al mes.	PORCENT AJE	20%	MENSUAL	Sistema de información	MAXIMIZAR	QUIMIOTERAPIA
Porcentaje de satisfacción del usuario	EFICACIA	DETERMINAR EL GRADO DE SATISFACCION DEL USUARIO	90%- 100%	Σ[(PUNTOS OBTENIDOS / PUNTOS MAXIMOS TOTALES)x100%] y TOTAL DE ENCUESTAS APLICADAS	PORCENT AJE	20%	TRIMESTRAL	Encuesta de satisfacción	MAXIMIZAR	QUIMIOTERAPIA
Satisfacción del usuario	EFICACIA	EVALUAR Y MEJORAR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO	<10	NÚMERO DE QUEJAS RECIBIDAS	NÚMERO	20%	TRIMESTRAL	Buzón de sugerencias	MINIMIZAR	QUIMIOTERAPIA

APROBADO POR: Gerente General

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Febrero 24 de 2009

		SERVICIO ADMINISTRATIVO							Código: GC-FO-04	
		HOJA DE VIDA DE INDICADORES							Versión: 02	
									Página 1 de 1	
PROCESO: AUTORIZACIONES										
NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	META	MÉTODO DE CÁLCULO	UNIDAD	PONDERACIÓN	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	FUENTE DE DATOS	SENTIDO (Maximizar, minimizar o mantener)	RESPONSABLE DE MEDICIÓN
Porcentaje de satisfacción del usuario	EFICACIA	DETERMINAR EL GRADO DE SATISFACCION DEL USUARIO	90%- 100%	$\sum(\text{PUNTOS OBTENIDOS} / \text{PUNTOS MAXIMOS TOTALES}) \times 100\%$ / TOTAL DE ENCUESTAS APLICADAS	PORCENT AJE	20%	TRIMESTRAL	Encuesta de satisfacción	MAXIMIZAR	GESTION DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO
Satisfacción del usuario	EFICACIA	EVALUAR Y MEJORAR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO	>=85%	Número de solicitudes, quejas y tutelas resueltas/ Número total de solicitudes, quejas y tutelas presentadas X 100%	PORCENT AJE	20%	TRIMESTRAL	Buzón de sugerencias	MAXIMIZAR	GESTION DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO
# de Autorizaciones Realizadas	EFICIENCIA	DETERMINAR EL NUMERO DE AUTORIZACIONES REALIZADAS	>=90%	# DE AUTORIZACIONES REALIZADAS / # DE ORDENES RECIBIDAS * 100	PORCENT AJE	20	MENSUAL	Sistema de información	MAXIMIZAR	AUTORIZACIONES
# de Autorizaciones pendientes	EFICIENCIA	DETERMINAR EL NUMERO DE AUTORIZACIONES PENDIENTES DE REALIZAR	<=10%	# DE AUTORIZACIONES PENDIENTES / # DE ORDENES RECIBIDAS * 100	PORCENT AJE	20	MENSUAL	Sistema de información	MINIMIZAR	AUTORIZACIONES
# de Autorizaciones facturadas	EFICIENCIA	DETERMINAR EL NUMERO DE AUTORIZACIONES FACTURADAS	>=90%	# DE AUTORIZACIONES FACTURADAS / # DE AUTORIZACIONES REALIZADAS * 100	PORCENT AJE	20	MENSUAL	Sistema de información	MAXIMIZAR	AUTORIZACIONES
APROBADO POR: Gerente General					FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Junio 19 de 2009					

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>		SERVICIO ADMINISTRATIVO							Codigo: GC-FO-04	
		HOJA DE VIDA DE INDICADORES							Versión: 01	
									Página 1 de 1	
PROCESO:		CONSULTA EXTERNA								
NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	META	MÉTODO DE CÁLCULO	UNIDAD	PONDERACIÓN	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	FUENTE DE DATOS	SENTIDO (Maximizar, minimizar o mantener)	RESPONSABLE DE MEDICIÓN
Oportunidad en la prestación de servicios.	EFICACIA	GARANTIZAR QUE LOS USUARIOS SEAN ATENDIDOS OPORTUNAMENTE EN CONSULTA EXTERNA	< 10%	$No = \frac{\sum \text{del \# de días por usuario transcurridos entre la solicitud del servicio hasta el día en que se presta el servicio}}{\text{Total de usuarios atendidos al mes}}$	PORCENTAJE	25%	MENSUAL	Sistema de información	MINIMIZAR	CONSULTA EXTERNA
Usuarios atendidos con un retardo mayor a 20 minutos en consulta externa	EFICIENCIA	DETERMINAR LA OPORTUNIDAD POR LA CUAL SE ES ATENDIDO EL USUARIO RESPECTO A LA FECHA EN QUE SOLICITA ATENCION	<50	No = No de usuarios atendidos con un retardo mayor a 20 minutos en consulta externa	NÚMERO	25%	MENSUAL	Sistema de información	MINIMIZAR	CONSULTA EXTERNA
Porcentaje de satisfacción del usuario	EFICACIA	DETERMINAR EL GRADO DE SATISFACCION DEL USUARIO	90%- 100%	$\frac{\sum (\text{PUNTOS OBTENIDOS} / \text{PUNTOS MAXIMOS TOTALES}) \times 100\%}{\text{TOTAL DE ENCUESTAS APLICADAS}}$	PORCENTAJE	25%	TRIMESTRAL	Encuesta de satisfacción	MAXIMIZAR	CONSULTA EXTERNA
Satisfacción del usuario	EFICACIA	EVALUAR Y MEJORAR LA SATISFACCION DEL USUARIO	<10	NÚMERO DE QUEJAS, RECLAMOS Y PETICIONES RECIBIDAS	NÚMERO	25%	TRIMESTRAL	Buzón de sugerencias	MINIMIZAR	CONSULTA EXTERNA
APROBADO POR: Gerente General					FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Febrero 24 de 2009					

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>		SERVICIO ADMINISTRATIVO							Código: GC-FO-04	
		HOJA DE VIDA DE INDICADORES							Versión: 02	
									Página 1 de 1	
PROCESO:		HISTORIAS CLINICAS								
NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	META	MÉTODO DE CÁLCULO	UNIDAD	PONDERACIÓN	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	FUENTE DE DATOS	SENTIDO (Maximizar, minimizar o mantener)	RESPONSABLE DE MEDICIÓN
Porcentaje de satisfacción del usuario	EFICACIA	DETERMINAR EL GRADO DE SATISFACCION DEL USUARIO	90%- 100%	Σ (PUNTOS OBTENIDOS / PUNTOS MAXIMOS TOTALES)x100% / TOTAL DE ENCUESTAS APLICADAS	PORCENT AJE	25%	TRIMESTRAL	Encuesta de satisfacción	MAXIMIZAR	GESTION DE CALIDAD
Satisfacción del usuario	EFICACIA	EVALUAR Y MEJORAR LA SATISFACCION DEL USUARIO	>=85%	Número de solicitudes, quejas y tutelas resueltas/ Número total de solicitudes, quejas y tutelas presentadas X 100%	NÚMERO	25%	TRIMESTRAL	Buzón de sugerencias	MAXIMIZAR	GESTION DE CALIDAD
% CUMPLIMIENTO DE HISTORIAS CLÍNICAS	EFICACIA	EVALUAR LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA DE CONSULTA AMBULATORIA	>90%	(Nº DE HCL QUE CUMPLEN/TOTAL HCL AUDITADAS)x100%	PORCENT AJE	25%	TRIMESTRAL	Evaluación de historias clínicas	MAXIMIZAR	HISTORIAS CLÍNICAS
# DE NO CONFORMIDADES EN HC ENCONTRADAS	EFICACIA	EVALUAR LA EFICACIA DEL SERVICIO DE HC	<10	(Nº DE HCL QUE CUMPLEN/TOTAL HCL AUDITADAS)x100%	NUMERO	25%	MENSUAL	Evaluación de historias clínicas	MINIMIZAR	HISTORIAS CLÍNICAS
APROBADO POR: Gerente General					FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Junio 19 de 2009					

ANEXO E: DOCUMENTOS OBLIGATORIOS DE LA NORMA



SERVICIO ADMINISTRATIVO

Código : GC-PR-02

PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS

Versión : 01

Página 1 de 8

Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo

Aprobó: Gerente General

Fecha de aprobación: Febrero 24 de 2009

OBJETIVO	ALCANCE
<p>Establecer las actividades necesarias para el control de los documentos en los procesos del Centro Oncológico Ltda., conforme a los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000</p>	<p>Este procedimiento aplica a todos los documentos internos que se utilicen dentro de los procesos del Centro Oncológico Ltda.</p>
NORMATIVIDAD	
<p>Norma Técnica ISO 9001:2000</p>	
DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Copia controlada: Copia de un documento sometida a los controles que se describen en este procedimiento, con el fin de asegurar al poseedor del documento que cuente con la última versión de éste. Su distribución es efectuada mediante un registro de entrega de copias controladas. ➤ Copia no controlada: Copia de documentos que se imprimen del sistema de información del Centro Oncológico, y que no es necesario recoger ni cambiar en caso de actualización. ➤ Documento: Información y su medio de soporte. ➤ Documento interno: Documento diseñado para el SGC del Centro Oncológico Ltda., Ej.: procedimientos, guías, instructivos, entre otros. En el Centro Oncológico se ha catalogado estos documentos como específicos, transversales u obligatorios de la NTC ISO 9001:2000. ➤ Documento específico: Documento de aplicación particular en un proceso del Centro Oncológico Ltda. ➤ Documento transversal: Documento de aplicación en varios de los procesos del Centro Oncológico Ltda. ➤ Documento obsoleto: Documento que ya no se utiliza, debido a que existe una actualización del mismo. ➤ Formato: Plantilla destinada especialmente a la consignación o anotaciones de datos. ➤ Guía: Documento que establece observaciones y lineamientos a seguir para asegurar el cumplimiento de los objetivos. 	



SERVICIO ADMINISTRATIVO
PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS

Código : GC-PR-02
Versión : 01
Página 2 de 8

DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

- **Instructivo:** Descripción detallada sobre cómo efectuar las actividades y procesos de manera coherente, llegando a un nivel de detalle amplio.
- **Manual:** Documento que contiene información clasificada sobre un aspecto determinado. Es un compendio de información fácilmente accesible.
- **Manual de calidad:** Documento que describe el Sistema de Gestión de la Calidad de aplicación en varios de los procesos del Centro Oncológico Ltda.
- **Procedimiento:** Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.
- **Proceso:** Conjunto de recursos y actividades interrelacionadas que transforman elementos de entrada en resultados.
- **Registro:** Documento que suministra evidencia objetiva de actividades efectuadas o de resultados alcanzados.
- **Reglamento:** Colección ordenada de reglas o preceptos, que por la autoridad competente se da para el desarrollo y cumplimiento de una norma superior.
- **SGC:** Sistema de Gestión de la Calidad.

CONSIDERACIONES

- Los documentos internos se mantienen de manera actualizada en la oficina de gestión de calidad, quien realiza las copias de seguridad respectivas. Todo documento impreso se considera como Copia Controlada.
- La creación o anulación de los documentos, requiere de acto administrativo. Las modificaciones están a cargo de las instancias definidas para realizar la revisión técnica, de acuerdo con la delegación otorgada (Ver anexo 1). En los casos que las instancias de revisión lo consideren necesario, las modificaciones se realizan a través de acto administrativo (de acuerdo con el impacto de la modificación).
- En el caso del Manual de Funciones, la dirección del Centro Oncológico determina las instancias competentes de realizar la elaboración, revisión y aprobación.
- El líder de cada proceso es responsable de que el personal realice las actividades de acuerdo a lo establecido en la documentación.
- Todos los documentos internos del SGC, deben regirse por la normatividad del Centro del Centro Oncológico Ltda.



DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD INICIO([INICIO]) --> A[1. Identificar la necesidad de actualización] A --> B{¿Se requiere crear o modificar?} B -- SI --> C[2. Asignación de responsable de elaboración del borrador del documento] B -- NO --> D[4. Revisión técnica del borrador] C --> D D --> E[/1/] </pre>	<p>1. Se identifica la necesidad de actualización de los Documentos Internos y se informa al líder del proceso. Para los Documentos internos, la actualización se asocia a creación, modificación o anulación.</p> <p>2. Se asigna el responsable de elaborar el borrador del documento.</p> <p>3. Se elabora el borrador del documento de acuerdo con la guía para la elaboración de documentos y lo entrega al líder del proceso para su revisión.</p> <p>4. Se realiza la revisión técnica, y si lo considera necesario, asigna un funcionario con la competencia requerida para acompañar la revisión. En el caso de anulación revisa la pertinencia de la anulación.</p>	<p>Empleado asociado al proceso</p> <p>Líder del proceso</p> <p>Empleado asignado</p> <p>Líder del proceso y/o empleado asignado</p>	<p>Guía de elaboración de documentos GC-G-02.</p>



DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD 1[1] --> D1{¿Es documento específico?} D1 -- SI --> C1((1)) D1 -- NO --> S5[5. Envío a revisión de las instancias competentes] S5 --> S6[6. Se realiza la revisión técnica] S6 --> D2{¿Requiere ajustes?} D2 -- SI --> S7[7. Realiza los respectivos ajustes] S7 --> D2 D2 -- NO --> S8[8. Diligencia la solicitud de actualización de documentos] S8 --> 2[2] </pre>	<p>5. En caso de documento transversal u obligatorio de la norma NTC ISO 9001:2000, el líder del proceso solicita la revisión a las instancias competentes (ver anexo 1).</p> <p>6.Revisa el documento y realiza las respectivas observaciones al líder del proceso solicitante. En caso de anulación, revisa la pertinencia de anulación.</p> <p>7. Realiza los ajustes necesarios.</p> <p>8. Diligencia el formato de solicitud de actualización de documentos y lo entrega a las instancias competentes para su visado correspondiente.</p>	<p>Líder del proceso</p> <p>Instancias competentes (Ver anexo 1)</p> <p>Líder del proceso y/o empleado asignado</p> <p>Líder del proceso y/o empleado asignado</p>	<p>Solicitud de actualización de documentos GC-FO-14</p>



DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD 2{{2}} --> 9[9. Visa la solicitud de actualización de documentos] 9 --- SD[<i>Solicitud de actualización de documentos</i>] SD --> 10[10. Solicita revisión del profesional de calidad] 10 --- SD2[<i>Solicitud de actualización de documentos</i>] SD2 --> 11[11. Realiza revisión de adecuación al SGC] 11 --- OA[<i>Observaciones de adecuación al SGC</i>] OA --> 3{{3}} 1((1)) --> 10 </pre>	<p>9. Se visa la solicitud de actualización de documentos, como constancia de su conformidad</p> <p>10. Una vez finalizada la revisión técnica del documento se envía un comunicado al profesional de calidad para solicitar la revisión de adecuación al SGC adjuntando el documento en medio digital.</p> <p>11. Revisa la coherencia del documento con los parámetros establecidos en el SGC de acuerdo con la guía para elaboración de documentos y realiza las observaciones pertinentes.</p>	<p>Instancias competentes (Ver anexo 1)</p> <p>Lider del proceso</p> <p>Profesional de calidad</p>	<p>Solicitud de actualización de documentos GC-FO-14</p> <p>Guía de elaboración de documentos GC-G-02, Observaciones de adecuación al SGC</p>



PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS

DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD 3[3] --> D{¿El documento requiere ajustes?} D -- SI --> 12[12. Realiza modificaciones] D -- NO --> 13[13. Ajusta versión, código, fecha de aprobación del documento] 12 --> 13 13 --> 14[14. Actualiza el listado maestro de documentos internos] 14 --> 15[15. Informa al líder del proceso de la actualización] 15 --> 16[16. Envía versión digital] 16 --> 17[17. Socializa cambios realizados] 17 --> FIN([FIN]) </pre>	<p>12. Cuando se requiera, realiza los ajustes al documento, a partir de las observaciones emitidas por el profesional de calidad.</p> <p>13. Se ajusta el número de versión en el documento; si es un nuevo documento, asigna el código correspondiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actualiza los ítems de: aprobó y fecha de aprobación. - Actualiza la fecha de aprobación en el control de cambios. <p>14. Se actualiza el listado maestro de documentos internos, con base en la solicitud de actualización de documentos.</p> <p>15. Se informa al líder del proceso de la actualización del documento.</p> <p>16. Se envía los documentos en medio digital a la división de informática y telecomunicaciones para su publicación dentro del sistema de información. En caso de anulación, solicita la eliminación del documento.</p> <p>17. Se socializan los cambios realizados al documento a los usuarios del mismo.</p>	<p>Líder del proceso y/o empleado asignado</p> <p>Profesional de calidad</p> <p>Profesional de calidad</p> <p>Profesional de calidad</p> <p>Profesional de calidad</p> <p>Líder del proceso</p>	<p>Listado Maestro de Documentos Internos GC-FO-16, Solicitud de Actualización de Documentos GC-FO-14.</p> <p>Control de asistencia a capacitaciones TH-FO-01</p>



CENTRO ONCOLOGICO
Comprometidos con la Vida

SERVICIO ADMINISTRATIVO

Código : GC-PR-02

PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS INTERNOS

Versión : 01

Página 7 de 8

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	Febrero 24 de 2009	CREACIÓN DEL DOCUMENTO

COPIA CONTROLADA



ANEXOS

Anexo No. 1. Instancias de elaboración, revisión y aprobación de documentos.

DOCUMENTO	ELABORACIÓN	REVISIÓN		APROBACIÓN
		TÉCNICA	DE ADECUACIÓN AL SGC	
Documentos obligatorios de NTC ISO 9001:2000	Control de Calidad Gestión Documental	Líder del proceso que generó el documento Líderes de procesos involucrados	Profesional (calidad)	Gerente General
Documentos Transversales	Funcionario asociado a un proceso	Líder del proceso que generó el documento Líderes de procesos involucrados	Profesional (calidad)	Gerente General
Documentos específicos	Funcionario asociado a un proceso	Líder del proceso y/o empleado con la competencia técnica requerida	Profesional (calidad)	Gerente General

COPIA CONTROLADA

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código : GC-PR-01
	PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS EXTERNOS	Versión : 01
		Página 1 de 5
Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo	Aprobó: Gerente General	Fecha de aprobación: Febrero 24 de 2009

OBJETIVO	ALCANCE
Establecer las actividades necesarias para el control de los documentos externos de los procesos del Centro Oncológico Ltda., conforme a los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000	Aplica a todos los documentos externos que se utilicen dentro de los procesos del Centro Oncológico Ltda.
NORMATIVIDAD	
Norma Técnica ISO 9001:2000	
DEFINICIONES Y ABREVIATURAS	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Documento: Información y su medio de soporte. ➤ Documento externo: Documento generado por entidades externas al Centro Oncológico Ltda., pero que es requerido en los procesos. Ej.: normas, especificaciones técnicas, leyes, decretos, resoluciones externas, entre otros. ➤ Procedimiento: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso. ➤ RGDE: Responsable de Gestión de Documentos Externos en cuanto a actualización y socialización. ➤ Registro: Documento que suministra evidencia objetiva de actividades efectuadas o de resultados alcanzados. ➤ SGC: Sistema de Gestión de la Calidad. 	
CONSIDERACIONES	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Todo documento de origen externo debe estar relacionado en el Listado Maestro de Documentos Externos GC-FO-15. ➤ El líder de cada proceso debe definir un responsable de análisis, almacenamiento, estado del documento y ubicación de la normatividad del proceso. 	



Inicio/Fin



Actividad



Decisión



Documento



Procesamiento en S.I.



Procedimiento predefinido



Conector



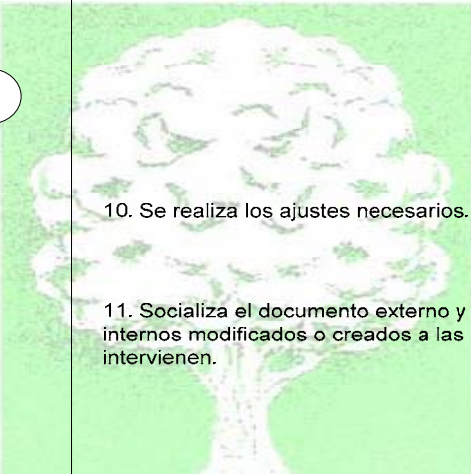
Conector de página

DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD INICIO([INICIO]) --> A[1. Se identifica y consulta la normatividad aplicable] A --> B[2. Se informa al Profesional de calidad] B --> C[3. Se analiza la norma e identifica la aplicación e impacto] C --> D{¿Aplica al proceso?} D -- NO --> FIN([FIN]) D -- SI --> E[4. Se informa al Líder del proceso] E --> P1[1] </pre>	<p>1. Se identifica y consulta permanentemente la normatividad aplicable de acuerdo a cada proceso.</p> <p>Nota: La actualización de los Documentos Externos se hace a través de medios como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consulta de las páginas web de las entidades que emiten normatividad asociada al proceso. - Suscripciones o convenios con dichas entidades para que sean informadas de las actualizaciones de la normatividad. - Empleo de herramientas de búsqueda ofrecidas por la web. <p>2. Se informa al Profesional de calidad y/o auxiliar de calidad sobre la norma susceptible de actualización.</p> <p>3. Se analiza la norma e identifica la aplicación e impacto.</p> <p>4. Se Informa al líder del proceso el documento externo susceptible a actualización.</p>	<p>Trabajador asociado a un proceso</p> <p>Trabajador asociado a un proceso</p> <p>Profesional de Calidad y/o auxiliar de calidad</p> <p>Líder del proceso</p>	



DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD Start([1]) --> Decision{¿Requiere solicitar consulta Jurídica o Técnica?} Decision -- NO --> Connector1((1)) Decision -- SI --> Step5[5. Se realiza la consulta pertinente] Step5 --> Step6[6. Se analiza y emite concepto del documento externo susceptible de actualización] Step6 --> Step7[7. Se define y ejecuta acciones para dar cumplimiento al Documento Externo.] Step7 --> Step8[8. Se realiza actualización del Listado Maestro de Documentos Externos] Step8 --> Step9[9. Se revisa el Listado Maestro de Documentos Externos] Step9 --> End([2]) Connector1 --> Step5 </pre>	<p>5. Se realiza la consulta a la persona o unidad competente pertinente.</p> <p>6. Se analiza y emite concepto del documento externo identificado en el proceso y da pautas para su cumplimiento.</p> <p>7. Define y ejecuta las acciones a desarrollar para dar cumplimiento al documento externo analizado y el responsable de su realización.</p> <p>Nota: Si esto incluye creación de documentos o actualización de los existente, realizar este trámite según lo establecido en el Procedimiento de Control de Documentos Internos GC-PR-02.</p> <p>8. Realiza actualización del Listado Maestro de Documentos Externos (LMDE).</p> <p>9. Se revisa y verifica que todos los campos del Listado Maestro de Documentos Externos estén diligenciados correctamente.</p>	<p>Líder del proceso</p> <p>Asesoría Jurídica o especialista solicitado</p> <p>Líder del proceso</p> <p>Profesional de Calidad y/o auxiliar de calidad</p> <p>Profesional de Calidad y/o auxiliar de calidad</p>	<p>Listado Maestro de Documentos Externos GC-FO-15, Procedimiento Control de Documentos Internos GC-PR-02</p> <p>Listado Maestro de Documentos Externos GC-FO-15</p>



DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD Start((2)) --> Decision{¿La LMDE requiere ajustes?} Decision -- NO --> 1((1)) Decision -- SI --> 10[10. Se realiza ajustes] 10 --> 11[11. Socializa el documento externo] 11 --> End([FIN]) </pre>	 <p>10. Se realiza los ajustes necesarios.</p> <p>11. Socializa el documento externo y los documentos internos modificados o creados a las partes que intervienen.</p>	<p>Facilitador de Calidad y/o Auxiliar de Calidad</p> <p>Lider del proceso</p>	<p>Listado Maestro de Documentos Externos GC-FO-15</p> <p>Control de asistencia a capacitaciones TH-FO-01</p>

COPIA CONTROLADA



CENTRO ONCOLOGICO
Comprometidos con la Vida

SERVICIO ADMINISTRATIVO

Código : GC-PR-01

PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS EXTERNOS


Versión : 01

Página 5 de 5

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	Febrero 24 de 2009	CREACIÓN DEL DOCUMENTO

COPIA CONTROLADA

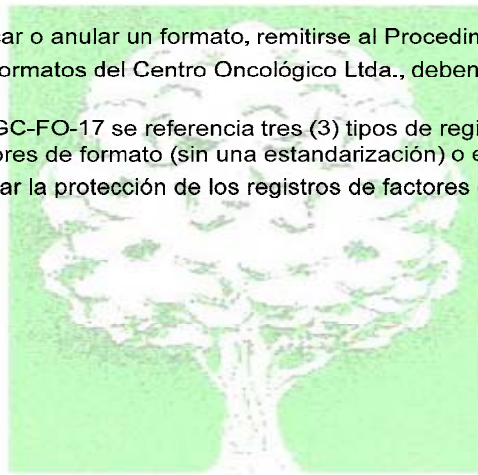
	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código : GC-PR-04
	PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS	Versión : 01
		Página 1 de 5
Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo	Aprobó: Gerente General	Fecha de aprobación: Febrero 24 de 2009

OBJETIVO	ALCANCE
Establecer las actividades necesarias para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros del Sistema de Gestión de Calidad.	Aplica a todos los registros que se utilicen dentro de los Procesos de Apoyo del Centro Oncológico Ltda.
NORMATIVIDAD	
Norma Técnica ISO 9001:2000	
DEFINICIONES Y ABREVIATURAS	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Archivo central: Es aquel en el que se agrupan documentos transferidos por los distintos archivos de gestión de la entidad respectiva, cuya consulta no es tan frecuente pero que siguen teniendo vigencia y son objeto de consulta por las propias oficinas y particulares en general. ➤ Archivo de gestión: Comprende toda la documentación que es sometida a continua utilización y consulta administrativa por las oficinas productoras u otras que la soliciten. Su circulación o trámite se realiza para dar respuesta o solución a los asuntos iniciados. ➤ Conservación total: Aplica a aquellos documentos que tienen valor permanente, es decir, los que lo tienen por disposición. ➤ Eliminación: Documentos que han perdido sus valores, sin perjuicio de conservar su información en otros soportes. ➤ Formato: Plantilla destinada especialmente a la consignación o anotación de datos. ➤ Microfilmación: Técnica que permite fotografiar documentos y obtener pequeñas imágenes en película. ➤ Registro: Documento que suministra evidencia objetiva de actividades efectuadas o de resultados alcanzados. ➤ Selección: Escoger una muestra de documentos de carácter representativo para su conservación permanente. 	



CONSIDERACIONES

- Cuando sea necesario crear, modificar o anular un formato, remitirse al Procedimiento Control de Documentos Internos GC-PR-02.
- Los responsables de diligenciar los formatos del Centro Oncológico Ltda., deben hacerlo en tiempo real, en forma legible o utilizando una herramienta software.
- En el Listado Maestro de Registros GC-FO-17 se referencia tres (3) tipos de registros: los que provienen de los formatos establecidos por el Sistema de Gestión de Calidad, libres de formato (sin una estandarización) o externos (que provengan de otras entidades).
- Cada líder de proceso debe garantizar la protección de los registros de factores que alteren sus condiciones físicas tales como polvo, humedad, sol, entre otros.



COPIA CONTROLADA



Inicio/Fin



Actividad



Decisión



Documento



Procesamiento en S.I.



Procedimiento predefinido



Conector



Conector de página

DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD INICIO([INICIO]) --> A1[1. Identifica los registros] A1 --> A2[2. Determina el lugar de almacenamiento y el acceso] A2 --> A3[3. Establece el tiempo de retención] A3 --> CONECTOR[1] </pre>	<p>1. Identifica los registros que pertenecen al Sistema de Gestión de Calidad.</p> <p>Nota: Si se requiere crear, modificar o anular un formato, se debe seguir el procedimiento de control de documentos</p> <p>2. Determina el lugar de almacenamiento y el acceso (general o restringido) de los registros. Se deben determinar los cargos que pueden tener acceso al archivo de los registros, teniendo en cuenta que si una persona no autorizada requiere algún registro debe consultarlo a través de los cargos autorizados. Esta información se registra en el Listado Maestro de Registros</p> <p>3. Establece en el listado Maestro de Registros el tiempo de retención o conservación de cada uno de los registros del SGC. Se deben tener en cuenta los requerimientos legales para determinar el tiempo de retención de algunos registros</p>	<p>Profesional de calidad</p> <p>Profesional de calidad</p> <p>Profesional de calidad</p>	<p>Listado maestro de registros GC-FO-17.</p> <p>Listado maestro de registros GC-FO-17.</p>



PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS

DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD Start([1]) --> Step4[4. Determina la disposición final] Step4 --> Step5[5. Actualiza y envía el Listado Maestro de Registros] Step5 --> Step7[7. Revisa el Listado Maestro de Registros] Step7 --> Step8[8. Envía al proceso] Step8 --> Step9[9. Publica y actualiza la Web] Step9 --> End([FIN]) </pre>	<p>4. Determina la disposición a aplicar a cada registro una vez haya culminado el periodo de retención del archivo, registrando esta información en el Listado Maestro de Registros.</p> <p>5. Actualiza el Listado Maestro de Registros cuando se requiera, identificando los cambios.</p> <p>7. Revisa que los campos del Listado Maestro de Registros estén diligenciados correctamente</p> <p>8. Envía la versión al proceso respectivo.</p> <p>9. Publica el Listado Maestro de Registros.</p>	<p>Profesional de calidad</p> <p>Profesional de calidad</p> <p>Profesional de calidad</p> <p>Profesional de calidad</p> <p>Profesional de calidad</p>	<p>Listado maestro de registros GC-FO-17</p> <p>Listado maestro de registros GC-FO-17</p> <p>Listado maestro de registros GC-FO-17</p> <p>Listado maestro de registros GC-FO-17</p> <p>Listado maestro de registros GC-FO-17</p>



CENTRO ONCOLOGICO
Comprometidos con la Vida

SERVICIO ADMINISTRATIVO

Código : GC-PR-04

PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS

Versión : 01

Página 5 de 5

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	Febrero 24 de 2009	CREACIÓN DEL DOCUMENTO

COPIA CONTROLADA



CENTRO ONCOLÓGICO
Comprometidos con la Vida

SERVICIO ADMINISTRATIVO

Código : GC-PR-03

PROCEDIMIENTO CONTROL DE PRODUCTO O SERVICIO NO CONFORME

Versión : 01

Página 1 de 4

Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo

Aprobó: Gerente General

Fecha de aprobación: Febrero 24 de 2009

OBJETIVO

Asegurar que los productos o servicios no conformes presentados se identifiquen y controlen para prevenir su uso o entrega no intencional, así como establecer las responsabilidades y autoridades relacionadas con su tratamiento.

ALCANCE

Este procedimiento aplica a todos los Procesos del Sistema de Gestión de la Calidad del Centro Oncológico Ltda.

NORMATIVIDAD

Norma Técnica ISO 9001:2000

DEFINICIONES

- **Producto/ Servicio No Conforme:** Corresponde a un producto o servicio que no cumple con los requisitos del beneficiario y permite dar tratamiento inmediato, que puede ser: Reproceso, reparación, reclasificación, concesión, desecho y permiso de desviación.
- **Tratamiento de una No conformidad:** La acción emprendida respecto a una no conformidad.
- **Verificación:** Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que ha cumplido los requisitos especificados.

CONSIDERACIONES

Formas de dar tratamiento al producto o servicio no conforme:

- Volverlo a hacer (Reproceso).
- Cambio de una parte del producto o servicio para que funcione. (Reparación).
- Acuerdo con el cliente para apartarse de los requisitos originalmente especificados de un producto después de su realización. (Concesión).
- Desecharlo.
- Autorización para apartarse de los requisitos originalmente especificados de un producto antes de su realización (Permiso de Desviación).
- Cambiar la tipología de un producto o servicio. (Reclasificación).



PROCEDIMIENTO CONTROL DE PRODUCTO O SERVICIO NO CONFORME



Inicio/Fin



Actividad



Decisión



Documento



Procesamiento en S.I.



Procedimiento predefinido



Conector



Conector de página

DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD INICIO([INICIO]) --> A1[1. Se identifica el producto o servicio no conforme] A1 --> A2[2. Se registra el producto o servicio no conforme] A2 --> A3[3. Se define tratamiento a seguir] A3 --> A4[4. Se ejecuta acciones para la eliminación del producto o servicio no conforme] A4 --> A5[5. Se verifica el resultado obtenido] A5 --> A6[6. Se envía trimestralmente el informe de Desempeño de los Procesos] A6 --> C1{1} </pre>	<ol style="list-style-type: none"> Se identifica el producto o servicio no conforme. <i>Nota: Si el producto o servicio no conforme es repetitivo se requiere aplicar una acción correctiva, empleando el procedimiento acciones preventivas/correctivas GC-PR-05</i> Se registra el producto o servicio no conforme en el respectivo formato, e informa al líder del proceso. De acuerdo a las características del producto o servicio no conforme, define el tratamiento a seguir: Reproceso, Reclasificación, Reparación, Concesión, Desecho, Permiso de Desviación, asignando responsable y fecha. Ejecuta acciones para la eliminación del producto o servicio no conforme Verifica el resultado obtenido de las actividades. Envía trimestralmente el estado de los productos o servicios no conformes a Control de Calidad 	<p>Líder del proceso y/o personal involucrado</p> <p>Líder del Proceso</p> <p>Líder del Proceso</p> <p>Funcionario asignado</p> <p>Líder del Proceso</p> <p>Líder del Proceso</p>	<p>Producto o Servicio No Conforme GC-FO-10</p> <p>Producto o Servicio No Conforme GC-FO-10</p> <p>Producto o Servicio No Conforme GC-FO-10</p> <p>Informe de Desempeño de los Procesos GC-FO-06</p>



CENTRO ONCOLOGICO
Comprometidos con la Vida.

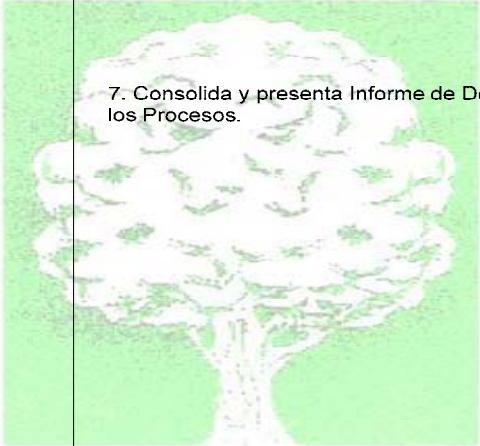
SERVICIO ADMINISTRATIVO

Código : GC-PR-03

PROCEDIMIENTO CONTROL DE PRODUCTO O SERVICIO NO CONFORME

Versión : 01

Página 3 de 4

DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre>graph TD; A{{1}} --> B[7. Se consolida y presenta informe de desempeño de los procesos]; B --> C([FIN]);</pre>	 <p>7. Consolida y presenta Informe de Desempeño de los Procesos.</p>	Profesional de calidad	

COPIA CONTROLADA



CENTRO ONCOLÓGICO
Comprometidas con la Vida

SERVICIO ADMINISTRATIVO

Código : GC-PR-03

PROCEDIMIENTO CONTROL DE PRODUCTO O SERVICIO NO
CONFORME


Versión : 01

Página 4 de 4

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	Febrero 24 de 2009	CREACIÓN DEL DOCUMENTO

COPIA CONTROLADA

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código : GC-PR-05
	PROCEDIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS	Versión : 01
		Página 1 de 5
Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo	Aprobó: Gerente General	Fecha de aprobación: Febrero 24 de 2009

OBJETIVO	ALCANCE
Establecer el procedimiento para identificar, analizar y eliminar las causas de los problemas potenciales/reales con el fin de tomar las acciones preventivas/correctivas apropiadas para prevenir/evitar su ocurrencia.	Este procedimiento aplica para todas aquellas acciones preventivas/correctivas que se generen en los Procesos del Sistema de Gestión de la Calidad del Centro Oncológico Ltda.
NORMATIVIDAD	
Norma Técnica ISO 9001:2000	
DEFINICIONES Y ABREVIATURAS	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Acción Preventiva: Acción emprendida para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación indeseable y evitar que suceda una no conformidad. ➤ Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable. ➤ No conformidad: El no cumplimiento de un requisito especificado y debe dar tratamiento. 	
CONSIDERACIONES	
Las Acciones de Mejora que se generen por iniciativa del personal interno o externo y las observaciones de las auditorías internas de calidad que apunten a la optimización del proceso, se registran en el formato Acciones de Mejora GC-FO-18.	



DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD INICIO([INICIO]) --> A[1. Identifica la no conformidad.] A --> B[2. Describe la no conformidad encontrada.] B --> C[3. Determina las causas para la no conformidad encontrada.] C --> D[4. Establece el Plan de Acción.] D --> E{1} </pre>	<p>1. Identifica la no conformidad potencial/real con base en la información suministrada por el Sistema de Gestión de la Calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hallazgos de Auditorías Internas de Calidad. - Revisión por la Dirección. - Peticiones, Quejas, Reclamos de los beneficiarios. - Análisis de indicadores. - Evaluación de Satisfacción del beneficiario. - Productos No Conformes. - Otras fuentes de información. <p>2. Describe la no conformidad encontrada, en el formato Acciones Correctivas/ Preventivas/de Mejora/ Producto no conforme GC-FO-01.</p> <p>3. Determina las causas que originan la no onformidad potencial/real, para lo cual se realiza "El análisis de causas".</p> <p>4. Establece y comunica el Plan de Acción teniendo en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actividades necesarias para prevenir/evitar nuevamente la ocurrencia de la no conformidad potencial/real. - Responsable de la ejecución. - Fecha límite de cada actividad. 	<p>Equipo Auditor, Líder del Proceso y/o el personal involucrado.</p> <p>Líder del Proceso</p> <p>Líder del Proceso y/o el personal involucrado.</p> <p>Líder del Proceso</p>	<p>Informe de Auditoría Interna de Calidad GC-FO-05, Recepción de Quejas y Reclamos GC-FO-12.</p> <p>Acciones Correctivas/ Preventivas GC-FO-01.</p> <p>Acciones Correctivas/ Preventivas GC-FO-01.</p> <p>Acciones Correctivas/ Preventivas GC-FO-01.</p>



DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD Start([1]) --> S5[5. Se implementa el Plan de Acción.] S5 --> S6[6. Se verifica el cumplimiento del Plan de Acción.] S6 --> S7[7. Se verifica la eficacia de las acciones tomadas.] S7 --> D{¿La solución es eficaz?} D -- NO --> L1((1)) D -- SI --> S8[8. Se cierra la acción planteada.] S8 --> End([2]) </pre>	<p>5. Se implementa el Plan de Acción.</p> <p>6. Se verifica el cumplimiento del Plan de Acción.</p> <p>7. Se verifica si las acciones tomadas son eficaces. Si se detecta que las acciones realizadas no son eficaces, volver al numeral 3. Nota: Si las acciones correctivas fueron resultado de auditoría interna de calidad, el responsable de verificar la eficacia es el equipo auditor.</p> <p>8. Se realiza el cierre de la acción planteada. Nota: Si las acciones correctivas fueron resultado de auditoría interna de calidad, el responsable de cerrarla es el líder del proceso Control de Calidad.</p>	<p>Líder del Proceso</p> <p>Líder del Proceso</p> <p>Líder del Proceso, Equipo auditor</p> <p>Líder del Proceso, Profesional de calidad</p>	<p>Acciones Correctivas/ Preventivas GC-FO-01.</p> <p>Acciones Correctivas/ Preventivas GC-FO-01.</p> <p>Acciones Correctivas/ Preventivas GC-FO-01.</p> <p>Acciones Correctivas/ Preventivas GC-FO-01.</p>



PROCEDIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS

DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre>graph TD; A[2] --> B[9. Envía trimestralmente el Estado de las Acciones Preventivas/Correctivas.]; B --> C[10. Consolida y presenta informe a la Alta Dirección.]; C --> D([FIN]);</pre>	<p>9. Se envía trimestralmente el Estado de las Acciones Preventivas/Correctivas al proceso de Control de Calidad.</p> <p>10. Consolida y presenta informe del Estado de las Acciones a la Alta Dirección.</p> <p>Nota: Las Acciones de Mejora que se generen por la iniciativa del personal interno o externo y las observaciones de las auditorías internas de calidad que apunten a la optimización del proceso, se registran en el formato GC-FO-18 Acciones de Mejora.</p>	<p>Líder del Proceso</p> <p>Profesional de calidad</p>	<p>Informe de Desempeño de los Procesos GC-FO-06.</p>

COPIA CONTROLADA



CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	Febrero 24 de 2009	CREACIÓN DEL DOCUMENTO

COPIA CONTROLADA



SERVICIO ADMINISTRATIVO

Código : GC-PR-06

PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD

Versión : 01

Página 1 de 8

Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo

Aprobó: Gerente General

Fecha de aprobación: Febrero 24 de 2009

OBJETIVO	ALCANCE
<p>Establecer las pautas necesarias para realizar las auditorías internas de calidad en el Centro Oncológico Ltda., de acuerdo con los lineamientos del Sistema de Gestión de la Calidad.</p>	<p>Este procedimiento aplica a las actividades para el desarrollo de las auditorías del Sistema de Gestión de la Calidad de los procesos del Centro Oncológico Ltda.</p>
NORMATIVIDAD	
<p>Norma NTC ISO 9001:2000.</p>	
DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sistema de Gestión de Calidad (S.G.C) : Conjunto de elementos mutuamente relacionados, utilizados para establecer la política y además para definir y controlar una Organización con respecto a la Calidad. ➤ Alcance de la Auditoría: El alcance describe la extensión y límites de la auditoría en términos de localización física, unidades organizacionales, actividades, procesos por auditar, y el periodo de tiempo cubierto por la auditoría. ➤ Auditado: Organización o persona que se somete a una auditoría. ➤ Auditor: Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría. ➤ Auditor Líder: Persona externa o funcionario de la Organización que coordina y direcciona el desarrollo de la auditoría interna y que cumple con el perfil establecido. ➤ Auditoría: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría. ➤ Auditoría Interna: Proceso sistemático, objetivo e independiente realizado por la misma Organización. 	



SERVICIO ADMINISTRATIVO

Código : GC-PR-06

PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD

Versión : 01

Página 2 de 8

DEFINICIONES

- **Competencia:** Habilidad demostrada para aplicar conocimientos y aptitudes.
- **Conclusiones de Auditoría:** Resultados de una auditoría que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de auditoría.
- **Criterios de la Auditoría:** Comprenden las políticas y procedimientos utilizados como referencia durante toda la auditoría.
- **Equipo Auditor:** Una o más personas que llevan a cabo una auditoría, con el apoyo de expertos técnicos, si se requieren.
- **Evidencia de la Auditoría:** Registros, declaraciones de hecho u otra información que sea pertinente para los criterios de auditoría y que sea verificable.
- **Hallazgos de la Auditoría:** Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada, contra los criterios de la auditoría. Los hallazgos de la auditoría pueden indicar conformidad o no conformidad con los criterios de la auditoría, u oportunidades de mejora.

CONSIDERACIONES

El Profesional de calidad debe definir el programa de formación para los Auditores Internos que contribuyan al fortalecimiento de sus competencias y desempeño, teniendo en cuenta los siguientes parámetros :

- a) El perfil del Auditor Líder y el Auditor Interno.
- b) La información registrada en la base de datos de las hojas de vida de los auditores.
- c) La certificación de las experiencias en auditorías.
- d) Las evaluaciones de competencias y desempeño realizadas por el Auditor Líder y el líder del proceso al Auditor Interno.



PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD

DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD Start{{2}} --> Step7[7. Prepara la documentación para la realización de auditorías internas de calidad.] Step7 --> Step8[8. Realiza reunión de apertura.] Step8 --> Step9[9. Desarrollo de auditorías en el sitio.] Step9 --> Step10[10. Informa al líder del proceso los principales hallazgos.] Step10 --> End{{3}} </pre>	<p>7. Prepara los documentos necesarios con base en la revisión de la información pertinente relacionada con sus asignaciones de auditoría. Entre dichos documentos se encuentran las <i>listas de verificación</i> creadas por cada auditor.</p> <p>EJECUCIÓN DE LAS AUDITORÍAS</p> <p>8. Realiza la reunión de apertura, en la cual se presenta el Plan de Auditorías Internas de Calidad, y se resuelven las dudas existentes, dejando evidencia en un acta reunión de apertura.</p> <p>9. Recolecta y verifica la información de los procesos que le sean asignados, a través de la revisión de documentos y registros, observación directa y entrevistas al personal; confrontándolo con los criterios de auditoría para generar los hallazgos según corresponda.</p> <p>NOTA: Durante la auditoría, el auditor líder puede reunirse periódicamente con el equipo auditor para intercambiar información, evaluar el progreso de la auditoría y reasignar trabajo entre los auditores, según se requiera.</p> <p>10. Informa al líder del proceso y al personal involucrado los principales hallazgos una vez terminada la auditoría.</p>	<p>Auditor líder y equipo auditor</p> <p>Equipo auditor</p> <p>Auditor líder y equipo auditor</p> <p>Auditor líder</p>	<p>Lista de verificación GC-FO-07.</p> <p>-Acta reunión de apertura.</p> <p>Lista de verificación GC-FO-07.</p>



PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD

DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD 3{{3}} --> 11[11. Prepara el Informe de Auditoría.] 11 --> 12[12. Realiza reunión de cierre.] 12 --> 13[13. Toma las acciones para eliminar las no conformidades detectadas.] 13 --> 14[14. Envía Acciones correctivas y preventivas establecidas.] 14 --> 15[15. Manejo y seguimiento de las no conformidades.] 15 --> 4{{4}} </pre>	<p>11. Revisa los hallazgos y prepara el Informe de Auditoría.</p> <p>12. Realiza la reunión de cierre presidida por el auditor líder y las personas responsables de los procesos auditados, para presentar el Informe de Auditoría haciendo énfasis en: a) Los hallazgos de la auditoría. b) Las conclusiones de la auditoría. Esta información se presenta para que sea comprendida y reconocida por el auditado.</p> <p>SEGUIMIENTO Y MEJORAMIENTO</p> <p>13. Toma las acciones necesarias para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas, empleando el formato GC-FO-01.</p> <p>14. Envía trimestralmente el estado de las acciones Preventivas/Correctivas a la Oficina de Gestión de Calidad.</p> <p>15. Realiza seguimiento de las no conformidades, según lo estipulado en el Procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas</p>	<p>Auditor líder y equipo auditor</p> <p>Auditor líder</p> <p>Líder del Proceso</p> <p>Líder del Proceso</p> <p>Líder del Proceso</p>	<p>Informe de Auditoría Interna de Calidad GC-FO-05.</p> <p>Informe de Auditoría Interna de Calidad GC-FO-05.</p> <p>Acciones Correctivas/ Preventivas GC-FO-01</p> <p>Informe de Desempeño de los Procesos GC-FO-06.</p> <p>Procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas GC-PR-05.</p>



PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD

DIAGRAMA DE FLUJO	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	DOCUMENTOS DE REFERENCIA
<pre> graph TD Start{{4}} --> Step16[16. Verifica el cumplimiento de las acciones planteadas.] Step16 --> Step17[17. Realiza evaluación de desempeño.] Step17 --> Step18[18. Analiza resultados obtenidos de la Evaluación de Desempeño.] Step18 --> End([FIN]) </pre>	<p>16. Verifica la eficacia de las acciones planteadas, según lo estipulado en el <i>Procedimiento De Acciones Correctivas y preventivas</i>.</p> <p>17. Realiza la Evaluación de Desempeño a los miembros del equipo auditor.</p> <p>18. Analiza los resultados obtenidos en la Evaluación de Desempeño del Auditor Interno para ser comentados con el equipo auditor y tomar las medidas necesarias para mejorar y tenerlas en cuenta para el próximo ciclo de auditoría.</p>	<p>Auditor líder y equipo auditor</p> <p>Auditor líder y Líder del Proceso</p> <p>Auditor líder y equipo auditor</p>	<p>Procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas GC-PR-05.</p> <p>Evaluación de Desempeño del Auditor Interno GC-FO-03.</p> <p>Evaluación de Desempeño del Auditor Interno GC-FO-03.</p>

COPIA CONTROLADA



CENTRO ONCOLOGICO
Comprometidos con la Vida

SERVICIO ADMINISTRATIVO

Código : GC-PR-06

PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD


Versión : 01

Página 8 de 8

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	Febrero 24 de 2009	CREACIÓN DEL DOCUMENTO

COPIA CONTROLADA

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-G-02
	GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	Versión: 01
		Página 1 de 15
Revisó: Dirección Técnico Científica	Aprobó: Gerente General	Fecha de aprobación: Febrero 24 de 2009

1. OBJETIVO:


El objetivo de esta guía es definir los lineamientos para la elaboración o actualización de los documentos que conforman el Sistema de Gestión de Calidad en el Centro Oncológico Ltda.

2. ALCANCE

Aplica a todos los documentos internos que se vayan a elaborar y/o actualizar dentro de los Procesos del Centro Oncológico Ltda., seccional Bucaramanga.

3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

- **Copia no controlada:** Copia de documentos que se imprimen del sistema de información del Centro Oncológico Ltda. y que no es necesario recoger ni cambiar en caso de actualización.
- **Copia controlada:** Copia de un documento sometido a los controles que se describen en este procedimiento, con el fin de asegurar al poseedor del documento que cuente con la última versión de éste. Su distribución es efectuada mediante un registro de entrega de copias controladas.
- **Documento:** Información y su medio de soporte.
- **Documento externo:** Documento que pertenece a entidades externas
- **Documento interno:** Documento diseñado para el SGC del Centro Oncológico Ltda. ejemplos: procedimiento, guía, instructivo, protocolos, entre otros. En el Centro Oncológico Ltda. se han catalogado estos documentos como específicos, transversales u obligatorios de la NTC ISO 9001:2000.
- **Documento específico:** Documento de aplicación particular en un proceso del Centro Oncológico Ltda.
- **Documento transversal:** Documento de aplicación en varios de los procesos del Centro Oncológico Ltda.
- **Documento obsoleto:** Documento que ya no se utiliza, debido a que existe una actualización del mismo.
- **Formato:** Plantilla destinada especialmente a la consignación o anotación de datos.
- **Guía:** Documento que establece observaciones y lineamientos a seguir para asegurar el cumplimiento de los objetivos.
- **Instructivo:** Descripción detallada sobre cómo efectuar las actividades y procesos de manera coherente, llegando a un nivel de detalle amplio.

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-G-02
	GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	Versión: 01
		Página 2 de 15

- **Manual:** Documento que contiene información clasificada sobre un aspecto determinado. Es un compendio de información fácilmente accesible.
- **Manual de Calidad:** Documento que describe el Sistema de Gestión de la Calidad del Centro Oncológico Ltda.
- **Procedimiento:** Forma específica para llevar a cabo una actividad o un proceso.
- **Proceso:** Conjunto de recursos y actividades interrelacionadas que transforman elementos de entrada en resultados.
- **Protocolo Médico:** Documento que describe el conjunto de recomendaciones y procedimientos técnico médicos necesarias para la atención de una situación específicas de salud.
- **Registro:** Documento que suministra evidencia objetiva de actividades efectuadas o de resultados alcanzados.
- **SGC:** Sistema de Gestión de la Calidad.

4. CONTENIDO DE LA GUÍA

4.1 CODIFICACIÓN

Los documentos del Sistema de Gestión de Calidad establecido en los procesos del Centro Oncológico Ltda., se codifican de la siguiente forma:

XX-YY-ZZZ


XX: Hace referencia al proceso que generó el documento.

YY: Hace referencia al tipo de documento.

ZZZ: Hace referencia al consecutivo dentro del proceso y según el tipo de documento

4.1.1 Tipos de documentos del Sistema de Gestión de Calidad

CODIGO	TIPO DE DOCUMENTO
MA	Manual
CR	Caracterización
PR	Procedimiento
G	Guía
IN	Instructivo
PT	Protocolo
FO	Formato

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-G-02
	GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	Versión: 01
		Página 3 de 15

4.1.2 Tipos de Procesos del Sistema de Gestión de Calidad

CÓDIGO	TIPO DE PROCESO
AM	Auditoría Médica
AU	Autorizaciones
CP	Compras
CE	Consulta Externa
GC	Gestión de calidad y Control Interno
DI	Dirección Institucional
FA	Farmacia
FI	Financiero
HC	Historias Clínicas
IM	Infraestructura y Mantenimiento
QM	Quimioterapia
RE	Red Externa
TH	Talento Humano
TG	Tecnología




4.2. ASPECTOS DE FORMA

4.2.1 Textos

Todos los documentos del Sistema de Gestión de Calidad de los procesos del Centro Oncológico Ltda., deben elaborarse según las siguientes especificaciones:

- **Fuente de los textos:** letra ARIAL. El tamaño de la fuente en los documentos es once (11) a excepción de los procedimientos y formatos. En los procedimientos, en las secciones donde se describen las actividades del procedimiento, responsables y documentos de referencia se utiliza el tamaño diez (10) y ocho (8) para el texto de los flujogramas. (ver numeral 4.3.3). El tamaño de fuente para los formatos es de libre escogencia de acuerdo con su contenido.
- **Fuente de los encabezados:** Ver numeral 4.2.2
- **Espacios:** Interlineado sencillo.
- **Títulos:** La presentación de los títulos y la numeración se realizan de acuerdo con la siguiente especificación:

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-G-02
	GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	Versión: 01
		Página 4 de 15


División		Tipo / Tamaño	Directriz
Primer Nivel	I. TITULO 1	ARIAL / 11 Negrita	Mayúscula sostenida
Segundo Nivel	I.I TITULO 2	ARIAL / 11 Negrita	Mayúscula sostenida
Tercer Nivel	I.I.I. TITULO 3	ARIAL / 11 Negrita	Mayúscula inicial
Cuarto Nivel	• Viñeta	ARIAL / 11 Negrita	Mayúscula inicial
Quinto Nivel	▪ Viñeta	ARIAL / 11	Mayúscula inicial

Nota: Esta numeración de títulos no aplica para los procedimientos y las caracterizaciones.


- **Redacción:** Los textos se redactan en forma impersonal con los verbos conjugados en presente. Cuando se requiera mencionar un número, primero se escribe en letras y luego entre paréntesis el número.

4.2.2 Encabezado

Debe presentarse al inicio de cada hoja del documento, y está compuesto por:

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ASISTENCIAL	Código:
	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE QUIMIOTERAPIA	Versión No.
		Página X de X

- **Logo:** Logo del Centro Oncológico Ltda.
- **Área de aplicación:** Presenta el área de aplicación del documento, si es Servicio Asistencial o si es Servicio Administrativo. Debe ir centrado, en mayúscula sostenida, negrita y en tamaño de letra 9.
- **Nombre del documento:** denominación con la cual se titula el documento. Debe ir centrado, en mayúscula sostenida, negrita y en tamaño de letra 12.
- **Código:** Se asigna de acuerdo a los parámetros establecidos en el punto 4.1 Debe escribirse la letra inicial en Mayúscula, en negrita, tamaño de letra 9.
- **Versión:** Número de veces que se ha actualizado el documento. Debe escribirse la letra inicial en Mayúscula, en negrita y tamaño de letra 9.
- **Página:** Se trata de la numeración de cada una de las páginas del documento. Debe escribirse la letra inicial en Mayúscula, en negrita y tamaño de letra 9.

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-G-02
	GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	Versión: 01
		Página 5 de 15

En la primera hoja de los documentos, a excepción de los formatos, se adiciona al encabezado una fila que contiene:

- **Revisó:** Describe el cargo de quien revisa el documento.
- **Aprobó:** Describe el cargo de quien aprueba el documento.
- **Fecha de aprobación:** Muestra la fecha de aprobación del documento. Lleva el siguiente formato DD/MM/AAAA.
- **Encabezado de los procedimientos:** Al encabezado de los procedimientos se adiciona una fila con la simbología del diagrama de flujo en la página donde se inicia la descripción de las actividades del procedimiento.
- **Encabezado de los formatos:** En algunos casos puede ubicarse el código y la versión en otro lugar del formato (no necesariamente en el encabezado).

4.2.3 Fondo de página

Todos los documentos vigentes o en uso a excepción de los formatos se identifican por la anotación “copia controlada”, que deberá ser una marca de agua ubicada en el centro de todas las páginas del documento con letra ARIAL 36 y además deberá llevar el árbol representativo del Centro Oncológico Ltda.

4.2.4 Control de cambios de los documentos


Los manuales, procedimientos, instructivos, protocolos y guías; llevan en la última página del documento, la historia de los cambios que se han realizado al documento desde su emisión inicial hasta la vigente, este historial contendrá lo siguiente.

VERSION	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1		Creación del documento

4.3 CONTENIDO DE LOS DOCUMENTOS

4.3.1 Contenido de los manuales

Los manuales del SGC del Centro Oncológico Ltda., deben contener:


	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-G-02
	GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	Versión: 01
		Página 6 de 15

- **Tabla de contenido:** se relacionan los títulos que se encuentran en el documento y los números de página correspondientes. Se escribe la palabra “contenido” en mayúscula sostenida y centrada. Los números de página se ubican en una columna hacia el margen derecho, encabezado con la abreviatura pág., escrita todo en minúscula y seguida de puntos a doble interlinea de la palabra contenido.
- **Objetivo:** Describir el resultado esperado o propósito final del conjunto de actividades mencionadas en el documento.
- **Alcance:** Indicar el cubrimiento o limitación de la aplicación del procedimiento (a quién se dirige: personas, procesos, entre otros)
- **Definiciones y/o Abreviaturas:** Escribir los términos administrativos y/o técnicos y abreviaturas que se consideren necesarios para un claro entendimiento.
- **Contenido:** El contenido es de libre escogencia de acuerdo con las necesidades del documento.
- **Control de cambios:** se especifica el cambio realizado, la versión del documento y la fecha de aprobación.


4.3.2 Contenido de las Caracterizaciones


Las caracterizaciones de los procesos del SGC del Centro Oncológico Ltda., deben contener (ver formato de caracterización de procesos):

- **Tipo de Proceso:** Hace referencia al servicio asistencial o administrativo del Centro Oncológico Ltda.
- **Responsable del proceso:** cargo del líder del proceso y sus colaboradores.
- **Objetivo del proceso:** Define el propósito general del proceso. Responde a las preguntas qué pretende el proceso y para qué.
- **Alcance del proceso:** Describe a nivel macro en donde inicia y en donde termina el proceso, es decir, la cobertura de las actividades que lo comprenden, así como la población a la cual aplica.
- **Proveedores:** Organización o persona que proporciona un producto. Pueden ser entidades externas u procesos internos.

 CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-G-02
	GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	Versión: 01
		Página 7 de 15

Formato de Caracterización de procesos

 CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ASISTENCIAL		Código:		
	CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE QUIMIOTERAPIA		Versión:		
			Página X de X		
Revisó:	Aprobó:		Fecha de Aprobación:		
Tipo de Proceso:		Responsable del proceso:			
Objetivo del proceso:					
Alcance del proceso					
Proveedores	Entradas	Actividades del proceso	Responsable	Salidas del proceso	Clientes
REQUISITOS LEGALES Y/O REGLAMENTARIOS				PROCESOS RELACIONADOS	
REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000				RECURSOS REQUERIDOS PARA EL PROCESO	
DOCUMENTOS ASOCIADOS				REGISTROS REQUERIDOS PARA EL PROCESO	
MECANISMOS DE SEGUIMIENTO				MEDICION DEL PROCESO	
REQUISITOS DE LOS CLIENTES				REQUISITOS DE LA ORGANIZACIÓN	
RESPONSABLES					
VERSION		FECHA DE APROBACIÓN		DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS	


	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-G-02
	GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	Versión: 01
		Página 8 de 15

- **Entradas:** Información, documentos o elementos necesarios para desarrollar las actividades propias del proceso.
- **Actividades del proceso:** Conjunto de transformaciones que se llevan a cabo sobre las entradas del proceso y que generan salidas.
- **Responsable:** Describe los cargos responsables de realizar las actividades del proceso.
- **Salidas del proceso:** Información, documentos o elementos transformados requeridos en otras actividades propias o de otros procesos.
- **Clientes:** Organización o persona que recibe un producto. Pueden ser entidades externas o procesos internos.
- **Requisitos legales y/o reglamentarios:** Indica cualquier reglamentación o normatividad que se deba cumplir para ejecutar las actividades del proceso.
- **Procesos relacionados:** Todos aquellos procesos que interactúan directamente con el proceso
- **Requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2000:** Indicar los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000, aplicables al proceso.
- **Recursos requeridos para el proceso:** Recursos requeridos para el proceso; ya sean recursos físicos, y/o tecnológicos.
- **Documentos asociados:** Indica los documentos de calidad propios del proceso.
- **Registros requeridos para el proceso:** Indica los registros de calidad de otros procesos que se requieren para la realización del proceso.
- **Mecanismos de seguimiento:** Actividades para realizar seguimiento y medición del proceso (comités, reuniones de seguimiento, auditorías etc.).
- **Medición del proceso:** Indicadores a nivel estratégico, táctico y operativo
- **Requisitos de los clientes:** Especificar las necesidades de los clientes del proceso.
- **Requisitos de la organización:** Indica los requisitos internos de la organización para la realización del proceso.
- **Control de cambios:** se especifica el cambio realizado, la versión del documento y la fecha de aprobación.


4.3.3 Contenido de los procedimientos

Los procedimientos del SGC del Centro Oncológico Ltda., deben realizarse en el software Microsoft Visio, cumpliendo con la siguiente estructura:

- **Objetivo:** Describir el resultado esperado o propósito final del conjunto de actividades mencionadas en el documento.

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-G-02
	GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	Versión: 01
		Página 9 de 15

- **Alcance:** Indicar el cubrimiento o limitación de la aplicación del procedimiento (a quién se dirige: personas, procesos, entre otros).
- **Definiciones y/o Abreviaturas:** Escribir los términos administrativos y/o técnicos y abreviaturas que se consideren necesarios para un claro entendimiento.
- **Normatividad:** Leyes, normas y/o resoluciones macro asociadas al procedimiento.
- **Consideraciones:** Escribir las condiciones generales para la realización de las actividades, aclaraciones u otras observaciones que se consideren necesarias. En caso de no existir, se coloca “No aplica” en el espacio correspondiente.
- **Procedimiento:** La descripción del procedimiento se realiza en una tabla cuyas columnas presentan el flujograma, la descripción de la actividad, el cargo del responsable y el código y/o nombre de los documentos relacionados.
 - El Flujograma es un diagrama que expresa gráficamente las distintas operaciones que componen un procedimiento o parte de éste, estableciendo su secuencia cronológica. (Ver anexo 1). El tamaño de letra para los textos dentro del flujograma es ocho (8). Para su realización, se recomienda que los símbolos de los diagramas mantengan un mismo tamaño, por uniformidad.
 - Las actividades se redactan con los verbos conjugados en presente. Ejemplo: El encargado “realiza” la actividad. Las actividades deben numerarse en forma secuencial; si una actividad tiene subpasos, éstos se numeran en orden alfabético. Ejemplo: a), b) y así sucesivamente... Para las actividades que se realizan en los sistemas de información del Centro Oncológico Ltda. en caso de considerarse necesario, se describen las rutas de acceso utilizando el símbolo .Ej.: (Manejo de egresos Contratación Orden de pago automático).
 - En la casilla “Responsable” se enuncia el cargo de la persona que realiza la actividad. También pueden utilizarse denominaciones genéricas frente a la normatividad del Centro Oncológico Ltda. o al Sistema de Gestión de la Calidad.
 - La casilla “documento de referencia” corresponde al código y nombre del documento interno utilizado para poder realizar esa actividad, o actos administrativos (acuerdos o resoluciones) de referencia.
- **Control de cambios:** se especifica el cambio realizado, la versión del documento y la fecha de aprobación.

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-G-02
	GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	Versión: 01
		Página 10 de 15

- **Anexos:** documentos que se requieren para la ejecución del procedimiento (tablas, dibujos, planos, entre otros). Si los anexos no aplican, el título puede eliminarse.

4.3.4 Contenido de las Guías

Las Guías del SGC del Centro Oncológico Ltda., deben contener:

- **Objetivo:** Describir el resultado esperado o propósito final del conjunto de actividades mencionadas en el documento.
- **Alcance:** Indicar el cubrimiento o limitación de la aplicación del procedimiento (a quién se dirige: personas, procesos, entre otros)
- **Definiciones y/o Abreviaturas:** Escribir los términos administrativos y/o técnicos y abreviaturas que se consideren necesarios para un claro entendimiento.
- **Contenido de la Guía:** de acuerdo con las necesidades del documento.
- **Control de cambios:** se especifica el cambio realizado, la versión del documento y la fecha de aprobación.

4.3.5 Contenido de los protocolos médicos

Los protocolos tienen los mismos elementos de un manual, pero su uso es exclusivo del área de la salud. Dependiendo de las características del documento se adiciona el ítem de normatividad. El protocolo debe fijar la conducta diagnóstica y terapéutica aconsejable ante determinadas eventualidades clínicas.


4.3.6 Contenido de los formatos

La descripción de los formatos, debe procurar llevarse tabulada, pero la estructuración del contenido es de libre opción para quien lo usa. Dependiendo de las características del formato pueden adicionarse instrucciones de diligenciamiento.

4.3.7 Contenido de los instructivos

Los instructivos deben contener:

- **Objetivo:** Describir el resultado esperado o propósito final del conjunto de actividades mencionadas en el documento.

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-G-02
	GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	Versión: 01
		Página 11 de 15

- **Descripción:** La descripción del instructivo, en lo posible, se debe llevar tabulada de la siguiente forma:

Paso N°	DESCRIPCIÓN DETALLADA

Donde,


- Paso N°: Es la secuencia numérica dada para expresar cada paso en el instructivo.
- Descripción detallada: Se presentan todas las actividades que siguen el orden dados en los pasos, las cuales deben seguirse para cumplir con el instructivo.

Dependiendo de la necesidad del instructivo puede adicionarse una columna con imágenes que brinden una mayor claridad al desarrollo de las actividades.

- **Control de cambios:** se especifica el cambio realizado, la versión del documento y la fecha de aprobación.

A continuación se presenta un resumen con los requisitos de cada uno de los documentos:


	MA	CR	PR	G	IN	PT	FO
Encabezado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tabla de contenido	✓						
Objetivo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Alcance	✓	✓	✓	✓		✓	
Definiciones y/o abreviaturas	✓		✓	✓		✓	
Entradas, salidas, clientes y proveedores		✓					
Normatividad		✓	Opcional			Opcional	
Consideraciones			Opcional				
Descripción	✓		✓	✓	✓	✓	
Indicadores	Opcional						
Anexos	Opcional		Opcional	Opcional	Opcional	Opcional	
Bibliografía	Opcional			Opcional	Opcional	✓	
Control de cambios	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-G-02
	GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	Versión: 01
		Página 12 de 15


Nota: Cuando los ítems no apliquen para alguno de los documentos se coloca “No aplica”. En el caso de procedimientos, si los anexos no aplican, el título puede eliminarse.

4.3.8 Consideraciones para el control de documentos del SGC

- Los documentos internos se mantienen de manera actualizada en el sistema de información del Centro Oncológico Ltda. y la Coordinación de Calidad realiza las copias de seguridad respectivas. Todo documento impreso se considera como copia no controlada.
- La creación o anulación de los documentos, requiere de acto administrativo. Las modificaciones están a cargo de las instancias definidas para realizar la revisión técnica, de acuerdo al anexo 1. En los casos que las instancias de revisión lo consideren necesario, las modificaciones se realizan a través de acto administrativo (de acuerdo con el impacto de la modificación).
- En el caso del Manual de Funciones, la Dirección del Centro Oncológico Ltda. determina las instancias competentes de realizar la elaboración, revisión y aprobación.
- Todos los documentos internos del SGC, deben regirse por la normatividad del Centro Oncológico Ltda.
- El líder de cada proceso es responsable de que el personal realice las actividades de acuerdo a lo establecido en la documentación.
- Todos los documentos del SGC deben tener consistencia en la elaboración con respecto a consideraciones gramaticales, redacción y edición en toda la organización.
- Se prohíbe divulgar documentos de tipo procedimental, instrucciones, guías o registros que aún no hayan sido aprobados por el responsable de su autorización.
- Los documentos deben ser impresos sin tachones, borrones o enmiendas.
- Cada proceso debe asegurarse que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso.
- La autoridad para aprobar los documentos del SGC es: La Gerencia General, el Representante de la Gerencia y el Representante de cada proceso. Una vez aprobado, se convierte en documento del SGC, y se debe reportar la aprobación del documento a la dirección de calidad con el propósito de actualizar el listado maestro que controla la documentación del Centro Oncológico Ltda.
- El representante de la gerencia, mantendrá actualizado el listado maestro de documentos controlados internos y externos.

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-G-02
	GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	Versión: 01
		Página 13 de 15

- Los documentos obsoletos que se deseen conservar por cualquier razón, se identifican con un sello de “documento no utilizado”, cada líder del proceso se encargará de retirar los documentos obsoletos y los envía a la dirección de calidad. Dirección que se encargará de su destrucción o del archivo de los documentos.
- El control de los datos como resultado del uso del software de aplicación y de redes informáticas, se realizará a través de la dirección de sistemas de información del Centro Oncológico Ltda.
- Los datos registrados en otros medios, como por ejemplo en copias de papel se controlan de acuerdo a los criterios del procedimiento control de registros GC-PR-04.
- Para garantizar la protección y preservación de los documentos, estos se almacenan en A-Z y/o medio magnético.
- Cuando se anule un documento, el código del mismo no debe ser asignado a otro documento que se elabore.
- Para asegurar el control de los documentos en los diferentes procesos del Centro Oncológico Ltda., se mantendrán controladas las copias de los documentos que se distribuyan a las mismas a través del registro de control de entrega de copias a otros procesos GC-FO-02.
- Las copias del manual de gestión de calidad que se entregan a las diferentes dependencias del CO se mantendrán bajo control y se reproducirán copias del manual de calidad, previa autorización de la Gerencia General o del Gerente Administrativo y Financiero.
- Las copias del manual de calidad, copias de portafolio de servicios, cartillas e información entregada al usuario, clientes y entidades externas, no se mantendrán bajo control.
- Las versiones actualizadas de los documentos del sistema como son: Visión, Misión, Políticas de Calidad, Valores, Estructura Organizacional en retablos u otro medio disponible en lugares visibles de la institución serán documentos controlados.
- Cada jefe de proceso hará una revisión de los documentos de calidad bajo su control cuando así lo considere necesario, con el propósito de promover el mejoramiento continuo y mantener actualizados los documentos del SGC del Centro Oncológico Ltda. Por lo menos una vez cada seis (6) meses se hará una revisión de toda la documentación del SGC.
- Los documentos de origen externo que controla el CO, corresponden a normas gubernamentales en salud, normatividad ISO y otra documentación de uso en las diferentes áreas que regulan la actividad de salud. Estos documentos se controlan por cada proceso y deben estar relacionados en el listado maestro de control de documentos (sección documentos de origen externo), actualizado y

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-G-02
	GUÍA DE ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	Versión: 01
		Página 14 de 15





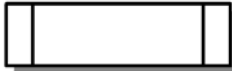
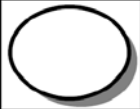

controlado por el representante de la Gerencia General. El listado maestro debe identificar el área, el nombre del documento, el código, responsable de la actualización, la fuente de actualización, el periodo de actualización, el personal autorizado a su acceso, versión y la ubicación del documento. La entrada de los documentos externos se centraliza por la Gerencia Administrativa y Financiera con el fin de enviarlos a las diferentes direcciones del Centro Oncológico Ltda.


- Los documentos de origen externo, como registros de competencias de personal (educación, entrenamiento, experiencia, habilidades) se mantendrán en la hoja de vida de cada empleado, registro controlado por el responsable del proceso de talento humano y su tiempo de retención será permanente hasta que el empleado se retire o salga del Centro Oncológico Ltda., posteriormente podrán ser destruidos o conservados por un (1) año más en el archivo muerto.
- Los documentos de origen externo como registro de calibración de equipos biomédicos por entidades externas, se organizarán en el registro “control de mantenimiento preventivo y calibración de equipos biomédicos IM-FO-01”, controlado por el responsable del proceso de infraestructura. El tiempo de retención será de un (1) año, posteriormente se podrán destruir o conservar por un (1) año más en el archivo muerto.
- Las modificaciones a los documentos se realizarán con base en cambios estructurales, de proceso o resultados. Pueden ser:
 - Nuevas incorporaciones tecnológicas a los procesos de realización de la empresa que impliquen cambiar documentos.
 - Implementar sistemas dinámicos a los procesos con el fin de aumentar la efectividad, lo cual implica modificaciones a los documentos.
 - Errores gramaticales, corrección de lenguaje, explicaciones gramaticales, en los documentos.
 - Por solicitud de acción correctiva como resultado de las auditorías internas de calidad.

5. CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	Febrero 24 de 2009	Creación del documento

Anexo I. Simbología de diagramas de flujo.

SIMBOLO	SIGNIFICADO	DEFINICIÓN
	INICIO / FIN	Se emplea para el inicio o fin de diferentes actividades del procedimiento. En su interior, se escriben los términos INICIO o FIN en estilo de fuente negrilla y en mayúscula sostenida.
	ACTIVIDAD	Representa la actividad llevada a cabo para la ejecución o transformación de información, recursos, bienes, entre otros. Se emplea en las situaciones que dan nacimiento a un documento o incorporan elementos de información al mismo.
	DECISIÓN	Se emplea para el diseño de diferentes caminos de acción que surgen en una etapa del procedimiento ante una circunstancia planteada. En su interior, se formula una pregunta que genere las diferentes alternativas del procedimiento.
	DOCUMENTO	Representa la información que requiera registrarse o documentar manualmente, que se genera en una actividad.
	PROCEDIMIENTO PREDEFINIDO	Representa un procedimiento predefinido, documentado y estandarizado en el Centro Oncológico Ltda.
	CONECTOR	Representa el vínculo entre actividades que se hallan en diferentes partes de un procedimiento. En su interior se escribe un número que sirva de vínculo y el número de la página en donde se encuentra.
	CONECTOR DE PÁGINA	Representa el vínculo entre varias páginas. En su interior se escribe un número que sirva de vínculo.

	SERVICIO ADMINISTRATIVO		Código: DI-G-01
	GUÍA PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN		Versión No. 01
			Página 269 de 5
Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo	Aprobó: Gerente General	Fecha de aprobación: Febrero 24 de 2009	

1. OBJETIVO

Definir los lineamientos para realizar la revisión periódica del Sistema de Gestión de la Calidad de los procesos del Centro Oncológico Ltda., con el fin de asegurar su adecuación, conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad permanente para satisfacer los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000, la política, los objetivos de calidad y la satisfacción oportuna de los beneficiarios.

2. ALCANCE

Aplica al Representante legal, al Representante de la Dirección y a todos los participantes de las revisiones periódicas del Sistema de Gestión de la Calidad y cubre los procesos del Centro Oncológico Ltda.

3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

SGC: Sistema de Gestión de Calidad.

Sistema de Gestión de Calidad: Sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

Revisión por la Dirección: Evaluación formal por la Dirección del estado y de la adecuación del Sistema de Gestión de Calidad en relación con la Norma NTC ISO 9001:2000, la política y los objetivos de calidad.

Conveniencia: Grado de alineación o coherencia del objeto de revisión con las metas y políticas organizacionales.

Adecuación: Determinación de la suficiencia total de acciones, decisiones, etc., para cumplir los requisitos.

Eficacia: Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

Eficiencia: Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

Efectividad: Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles.

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: DI-G-01
	GUÍA PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	Versión: 01
		Página 270 de 5

4. CONTENIDO DE LA GUÍA

4.1 GENERALIDADES

La Dirección de Calidad a intervalos planificados, debe revisar el Sistema de Gestión de Calidad de los Procesos del Centro Oncológico Ltda., para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad continuas. La revisión debe incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el Sistema de Gestión de Calidad, incluidos la política y los objetivos de calidad.

4.2 PROGRAMACIÓN DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

La Programación anual de la Revisión del SGC por la Dirección de Calidad se elabora de acuerdo a la periodicidad definida para cada elemento de revisión (Tabla 1).


ELEMENTO DE REVISIÓN	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
Auditorías internas de gestión	Semestral	Gestión de Calidad
Satisfacción de los usuarios	Semestral	Gestión de Calidad
Quejas y reclamos	Semestral	Gestión de Calidad
Indicadores de Calidad e informe de desempeño del proceso	Semestral	Gestión de Calidad
Acciones correctivas y preventivas	Semestral	Gestión de Calidad
Cambios al SGC	Semestral	Gestión de Calidad
Propuestas de mejoramiento	Semestral	Gestión de Calidad
Acciones de mejora	Semestral	Gestión de Calidad
Mapa de riesgos	Semestral	Gestión de Calidad
Seguimiento de Compromisos de revisiones previas	Semestral	Gestión de Calidad

Tabla 1. Frecuencia de la Revisión por la Dirección

4.3 INFORMACION PARA LA DIRECCIÓN

La información para la revisión por la Dirección, debe contener los siguientes aspectos:

- Resultados de auditorías internas
- Estado de las PQR
- Encuestas de satisfacción al usuario
- Informes de desempeño de los procesos

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: DI-G-01
	GUÍA PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	Versión: 01
		Página 3 de 5

- Cambios internos y externos que podrían afectar el SGC del Centro Oncológico Ltda.
- Riesgos identificados y actualizados en el Centro Oncológico Ltda.

4.4 REVISION POR LA DIRECCIÓN

4.4.1 Desarrollo de la reunión

El desarrollo de la Revisión por la Dirección se debe efectuar en el siguiente orden:

- a. Verificación de la asistencia de los invitados a la reunión.
- b. Lectura del Acta de Revisión por la Dirección anterior.
- c. Presentación de la información recolectada para la revisión por la Dirección.

4.4.2 Revisión de los resultados de las auditorías internas de calidad

La revisión de los resultados de las auditorías internas de calidad se realiza analizando los siguientes elementos:


- Cumplimiento del calendario anual de auditorías internas de calidad establecido.
- Realización de las auditorías internas a todos los procesos establecidos en la organización.
- Acciones planteadas para dar solución a los hallazgos de la auditoría y el seguimiento a la implementación de las acciones definidas.

4.4.3 Revisión de la satisfacción de los beneficiarios

La satisfacción de los beneficiarios sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos y expectativas se revisa a partir del informe de las PQR presentadas y su estado actual y a través de la evaluación de los resultados de las encuestas, lo anterior con el fin de buscar oportunidades de mejora en el servicio.

4.4.4 Revisión del desempeño de los procesos y conformidad del producto

Para determinar el nivel de desempeño de los procesos, se analiza el cumplimiento de los objetivos establecidos y la conformidad del producto, a partir de los informes presentados por cada proceso en el formato GC-FO-06.

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: DI-G-01
	GUÍA PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	Versión: 01
		Página 4 de 5

4.4.5 Revisión del estado de las acciones correctivas y preventivas

La revisión del estado de las acciones correctivas y preventivas, se efectúa con el fin de evaluar el estado de implementación de las acciones generadas y si éstas fueron eficaces de tal forma que se genere mejoramiento en la institución.

4.4.6 Revisión de las acciones de seguimiento de las revisiones por la dirección previas

La revisión de los compromisos de las anteriores revisiones por la dirección, se realiza de tal manera que se evalúe el grado de cumplimiento de los mismos y/o el estado actual de las acciones planteadas, esto con el fin de verificar los impactos generados y si es el caso, replantear algunas acciones cuyos resultados no hayan sido los esperados.

4.4.7 Revisión de los cambios que pueden afectar el sistema de gestión de la calidad

La Dirección de Calidad debe analizar los cambios que puedan afectar el Sistema de Gestión de Calidad, estableciendo un plan de acción de acuerdo al impacto de los mismos. La información sobre los cambios surgirá de la revisión mensual que realiza el Comité de Calidad.

La fuente de los cambios se da a través de:

- Comité de Calidad.
- Círculos de Calidad.
- Reuniones con líderes de los procesos.

4.4.8 Revisión de la política de calidad

La revisión de la Política de Calidad, se realiza con el propósito de asegurar su coherencia con el alcance actual del SGC y su formulación adecuada a las directrices de la institución, además se verifica que haya sido comunicada y entendida por todos los funcionarios de los Procesos del Centro Oncológico Ltda.

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: DI-G-01
	GUÍA PARA LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	Versión: 01
		Página 5 de 5

4.4.9 Riesgos identificados y actualizados en la institución

La revisión a los planes de acción definidos para mitigar los riesgos se hace semestral con el fin de establecer el nivel de cumplimiento y anualmente se hace una nueva valoración para determinar si los planes fueron efectivos y también identificar nuevos riesgos de tal manera que siempre se mantenga un mapa de riesgos actualizado.

4.4.10 Planteamiento de acciones y conclusiones

De acuerdo con las revisiones anteriores, la Dirección de Calidad debe plantear acciones, definiendo los responsables de ejecutarlas e identificando los recursos para cada una con base en los siguientes parámetros:

- Acciones de mejoras conducentes a garantizar el cumplimiento de la eficacia, eficiencia y efectividad del SGC y sus procesos
- Acciones de mejora de los productos y/o servicios con relación a los requisitos de los beneficiarios


Así mismo, se establecen conclusiones sobre cómo se percibe el Sistema desde la Dirección de Calidad y el nivel de eficacia, eficiencia y efectividad alcanzado, con el fin de retroalimentar a todo el personal de forma que se mantenga el compromiso para garantizar la satisfacción de los usuarios, el cumplimiento de los requisitos legales, reglamentarios y de la organización y el mejoramiento continuo del sistema.

Finalmente se elabora el Acta de Revisión por la Dirección, en la cual se deben incluir los puntos revisados, las decisiones y compromisos concretos a realizar, tiempos fijados y los responsables directos para cada uno.

5. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	Febrero 24 de 2009	Creación del documento

ANEXO F: MANUAL DE FUNCIONES

 <p>CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i></p>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 1 de 76
Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo	Aprobó: Gerente General	Fecha de aprobación: Marzo 25 de 2009



MANUAL DE FUNCIONES

CENTRO ONCOLÓGICO LTDA

COPIA CONTROLADA



 CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 2 de 76

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVO	3
2. ALCANCE	3
3. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS.....	3
4. CONTENIDO DEL MANUAL.....	4
CARGO: GERENTE GENERAL	5
CARGO: DIRECTOR FINANCIERO.....	8
CARGO: PROFESIONAL DE MERCADEO Y CONTRATACIÓN.....	11
CARGO: PROFESIONAL DE CAJA Y FACTURACIÓN.....	14
CARGO: CONTADOR	17
CARGO: AUXILIAR CONTABLE.....	20
CARGO: DIRECTOR DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO.....	22
CARGO: SERVICIO ATENCION AL USUARIO.....	25
CARGO: PROFESIONAL TALENTO HUMANO.....	27
CARGO: DIRECTOR DE SERVICIOS Y ANALISIS DE RIESGO	30
CARGO: AUDITOR.....	33
CARGO: COORDINADOR MEDICO.....	36
CARGO: MEDICO ESPECIALISTA	39
CARGO: QUIMICO FARMACEUTICO	41
CARGO: ENFERMERA JEFE DE LA UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA	44
CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERÍA.....	47
CARGO: AUXILIAR DE CONSULTA EXTERNA.....	50
CARGO: SERVICIOS GENERALES.....	53
CARGO: AUTORIZADOR.....	55
CARGO: REVISOR FISCAL	58
CARGO: PROFESIONAL TECNOLOGÍA Y MANTENIMIENTO.....	61
CARGO: COORDINADOR DE ZONAL.....	63
CARGO: NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	66
5. CONTROL DE CAMBIOS.....	68

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 3 de 76

1. OBJETIVO

- Indicar las funciones y actividades a ser cumplidas por los miembros de la Organización y la forma en que las mismas deberán ser realizadas ya sea, conjunta o separadamente.
- Conocer el funcionamiento interno por lo que respecta a descripción de tareas, ubicación, requerimientos y a los puestos responsables de su ejecución
- Auxiliar en la inducción del puesto y capacitación del personal.
- Servir para el análisis o revisión de los procedimientos de cada proceso; facilitando las labores de auditoría, evaluación del control interno; y construir una base para el análisis posterior del trabajo y el mejoramiento de los sistemas, procedimientos y métodos.

2. ALCANCE

Este manual de funciones está definido para cada uno de los cargos establecidos dentro de la estructura organizacional y los cargos del servicio asistencial del Centro Oncológico Ltda.

3. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS


Manual de funciones: Puede definirse el Manual de Funciones y Descripción del Cargo como un cuerpo sistemático que indica las funciones y actividades a ser cumplidas por los miembros de una Organización y la forma en que las mismas deberán ser realizadas ya sea, conjunta o separadamente.

Área de Trabajo: Hace referencia al proceso en el cual está ubicado el puesto de trabajo, como farmacia, historias clínicas, autorizaciones, consulta externa, financiero, quimioterapia, etc.

Superior Inmediato: Hace referencia al responsable de la supervisión del cargo estudiado. Es el elemento que proporciona la línea primordial de comunicación y de toma de decisiones, dentro de la competencia de cada cargo.

Objetivo del cargo: Expresa concisamente lo que ha sido definida como la función a asumir por quienes están al frente de las respectivas unidades operativas, vislumbrando las metas fijadas para cada una de ellas; en él se definen los propósitos de cada unidad desde la dirección hasta los niveles operativos.

Funciones: Detalla las actividades que le corresponden desempeñar a cada cargo, para cumplir con el objetivo del mismo. Se pueden definir como el conjunto de tareas que suponen una porción significativa del trabajo total que implica el puesto de trabajo.

 <p>CENTRO ONCOLOGICO Comprometidos con la Vida</p>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 4 de 76

Funciones principales: Conjunto de actividades laborales, necesarias para lograr uno o varios objetivos específicos del cargo, en relación con el propósito general del área de competencia o de la organización.

Funciones secundarias: Son aquellas actividades realizadas en el puesto de trabajo que sirven de apoyo a las funciones principales para cumplir con el objetivo del cargo.

Criterios de desempeño: Son aquellas dimensiones o factores empleados para juzgar el rendimiento de un sujeto en un puesto de trabajo concreto. Se refiere al conjunto de atributos que deberán presentar tanto los resultados obtenidos, como el desempeño mismo de un elemento de competencia; es decir, el cómo y el qué se espera del desempeño.

Competencias laborales: Es el conjunto de conocimientos, habilidades y aptitudes que aplicadas o demostradas en situaciones del ámbito productivo, se traducen en resultados efectivos que contribuyen al logro de los objetivos de la organización. En otras palabras, la competencia laboral es la capacidad que una persona posee para desempeñar una función productiva en escenarios laborales usando diferentes recursos bajo ciertas condiciones, que aseguran la calidad en el logro de los resultados.

Requisitos académicos: Se consigna aquí el nivel de escolaridad, profesiones, títulos, certificados mínimos que se exigen para el desempeño del cargo. Igualmente se consignan los requisitos de conocimientos desarrollados en el ejercicio de una profesión, ocupación, arte u oficio.


Requisitos generales: Son los conocimientos mínimos previos al cargo que son necesarios para el buen desempeño de éste.

Habilidades y destrezas: Cualidades que permiten desarrollar en el individuo una capacidad para realizar con pericia, precisión, facilidad y economía de tiempo y esfuerzo.

Experiencia laboral: Se refiere al tiempo que la persona ha estado laborando en organizaciones diferentes o en la misma organización y en áreas iguales o similares a las que se va a desempeñar.

Responsabilidades: Estas determinan el completo y correcto desarrollo de las funciones requeridas por el cargo, sean principales o secundarias, por medio de las habilidades y destrezas con las que cuenta el empleado que lo desempeña.

Riesgos laborales en el puesto de trabajo: Un riesgo laboral es una probabilidad de ocurrencia de un evento de características negativas en el trabajo, que puede ser generado por una condición de trabajo capaz de desencadenar alguna perturbación en la salud o integridad física del trabajador, como daño en los materiales y equipos o alternaciones del ambiente.


 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 5 de 76

4. CONTENIDO DEL MANUAL

CARGO: GERENTE GENERAL	
AREA DE TRABAJO: Dirección Institucional	
RESPONSABILIDAD ANTE: JUNTA DE SOCIOS	
AUTORIDAD SOBRE:	
1	Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo
2	Dirección Financiera
3	Director de Calidad y Control Interno

OBJETIVO DEL CARGO:
Ejercer la gestión de los negocios del Centro Oncológico de acuerdo con la misión, objetivos y directrices fijadas por la Junta de Socios

FUNCIONES	
FUNCIONES PRINCIPALES:	
1	Ejercer la representación legal, técnica y administrativa del Centro Oncológico.
2	Atender los negocios y actividades del Centro de acuerdo a las disposiciones legales y estatutarias.
3	Establecer y direccionar la estructura organizativa del Centro Oncológico y la normalización operativa y administrativa de la misma.
4	Aprobar criterios de evaluación técnico económicos para los proyectos de inversión con los respectivos planes de delegación, de responsabilidad para su ejecución e implantación.
5	Crear un sistema de trabajo orientado a los resultados en las diferentes direcciones del Centro Oncológico.
6	Generar directrices técnico administrativas en pro de optimizar los recursos humanos, financieros, infraestructura e institucionales asignados al Centro Oncológico.
7	Direccionar los lineamientos para la optimización de los recursos financieros y administrativos asignados al Centro Oncológico de acuerdo con los presupuestos y políticas aprobadas por la Junta de Socios del Centro Oncológico.
8	Vigilar la marcha del Centro Oncológico e informar oportunamente a la Junta de Socios sobre las actividades ordinarias y extraordinarias para su direccionamiento y cumplimiento de objetivos trazados por la Junta de Socios.
9	Demás funciones suministradas por la junta de socios.
FUNCIONES SECUNDARIAS:	
1	Presentar periódicamente informe de gestión, estados financieros sobre el desarrollo estratégico gestionado para el Centro Oncológico.
2	Buscar y coordinar convenios investigativos provenientes del nivel nacional e internacional.

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01 Página 6 de 406


3	Participar en los programas de capacitación diseñados por el Centro Oncológico.
4	Establecer convenios de proyectos y expansión del movimiento del Centro Oncológico en otras ciudades del país
5	Participar activamente en los Comités de cada departamento.

CRITERIOS DE DESEMPEÑO	
1	Nº de tareas realizadas al día
2	Actitud para el trabajo
3	Iniciativa
4	Toma de decisiones
5	Calidad coordinadora
6	Conocimientos del puesto
7	Innovación del puesto
8	Honradez
9	Disciplina

COMPETENCIAS LABORALES	
1	Gerenciamiento de la Motivación del Personal
2	Conducción de Grupos de Trabajo
3	Liderazgo
4	Comunicación Eficaz
5	Dirección de Personas
6	Gestión del Cambio y Desarrollo de la Organización
7	Sensibilidad y relaciones interpersonales
8	Calidad en el trabajo
9	Responsabilidad y compromiso
10	Ética

REQUISITOS ACADÉMICOS	
Profesional en el área de la salud, preferiblemente médico.	

REQUISITOS GENERALES	
1	Conocimientos y manejo de Microsoft Excel, Microsoft Word, Open Office.
2	Conocimientos en seguridad social en salud.
3	Conocimientos en Sistemas de calidad en salud.
4	Conocimientos en costos de salud.
5	Conocimientos financieros y administrativos.


 CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 7 de 76

HABILIDADES Y DESTREZAS	
1	Rapidez de decisión
2	Habilidad expresiva
3	Pensamiento estratégico
4	Iniciativa
5	Creatividad
6	Capacidad de juicio
7	Orientación a resultados
8	Nivel académico

EXPERIENCIA LABORAL	
1	Experiencia en cargos similares mínimo 3 años.
2	Atención integral del cliente externo e interno.
3	Excelentes relaciones interpersonales.

RESPONSABILIDADES	
1	Decisiones
2	Manejo de documentos de alta confidencialidad
3	Supervisión del trabajo de otras personas
4	Exactitud
5	Mantener buenas relaciones con clientes internos y externos


RIESGOS LABORALES EN EL PUESTO DE TRABAJO	
1	Psicosociales
2	Físicos
3	Ergonómicos

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 8 de 76

CARGO: DIRECTOR FINANCIERO AREA DE TRABAJO: Dirección Financiera SUPERIOR INMEDIATO: GERENTE GENERAL AUTORIDAD SOBRE: <ol style="list-style-type: none"> 1 Gestión Mercadeo y Contratación 2 Contabilidad 3 Gestión de Caja y facturación

OBJETIVO DEL CARGO:
Planear, organizar, dirigir y gestionar las herramientas técnicas, administrativas, financieras, económicas y sociales direccionadas a la estandarización de procesos, normas, políticas y reglamentos en pro de optimizar los recursos financieros, humanos e institucionales del Centro Oncológico.

FUNCIONES :	
FUNCIONES PRINCIPALES:	
1	Diseño e implementación de los procesos que aseguren que los funcionarios claves dispongan de la información correcta para establecer sus metas, tomar decisiones y evaluar el desempeño.
2	Coordinar la periodicidad y ejecución del Comité de compras de Servicios Estratégicos y Productos Multiplicadores.
3	Presentar informe ejecutivo de gestión para el Gerente General.
4	Informar de todas las actividades Financieras, técnicas, administrativas de las diferentes sedes al Gerente General.
5	Responsabilizarse por la ejecución de los presupuestos de funcionamiento de inversión.
6	Gestionar el direccionamiento de todos los activos fijos del Centro Oncológico.
7	Evaluar los estados Financieros
8	Gestionar los indicadores de gestión a nivel administrativo y financiero de cada Dirección.
9	Formular políticas, estrategias y directrices generales de planeación y proyección en la administración de los recursos humanos, financieros y administrativos
10	Gestionar las políticas de inversión de patrimonio.
11	Evaluar los presupuestos requeridos para cada dirección y la operación del Centro Oncológico.
12	Demás funciones suministradas por el Jefe inmediato.
FUNCIONES SECUNDARIAS:	
1	Evaluar y gestionar al Gerente General los requerimientos de recurso humano, financieros, dotaciones y activos fijos de cada gerencia para el cumplimiento eficiente y eficaz de las metas propuestas
2	Estandarizar e implementar el sistema de información del Centro Oncológico.

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01 Página 9 de 76


3	Gestionar las estrategias de difusión, asistencia, asesoría y capacitación acerca de programas y proyectos orientados al desarrollo sostenible del Centro Oncológico.
4	Participar en los programas de capacitación diseñados por el Centro Oncológico.
5	Participar activamente en los comités de cada departamento.

CRITERIOS DE DESEMPEÑO	
1	Nº de tareas realizadas al día
2	Actitud para el trabajo
3	Iniciativa
4	Toma de decisiones
5	Calidad coordinadora
6	Conocimientos del puesto
7	Innovación del puesto
8	Honradez
9	Disciplina

COMPETENCIAS LABORALES	
1	Conducción de Grupos de Trabajo
2	Liderazgo
3	Comunicación Eficaz
4	Dirección de Personas
5	Gestión del Cambio y Desarrollo de la Organización
6	Sensibilidad y relaciones interpersonales
7	Calidad en el trabajo
8	Responsabilidad y compromiso
9	Ética

REQUISITOS ACADÉMICOS
Profesional en área de la salud, Administración de Empresas o Ingeniería Industrial

REQUISITOS GENERALES	
1	Conocimientos y manejo de Microsoft Excel, Microsoft Word, Open Office.
2	Conocimientos de planeación estratégico y desarrollo organizacional.
3	Diseño y planeación de herramientas financieras e indicadores económicos.
4	Capacitación en Gestión y desarrollo del recurso humano.
5	Estrategias comerciales, financieras y de informática.
6	Sistemas de priorización y toma de decisiones.
7	Sistemas efectivos de medición, evaluación de resultados de desempeño.
8	Evaluación y direccionamiento de proyectos.


	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01 Página 10 de 76

HABILIDADES Y DESTREZAS	
1	Rapidez de decisión
2	Habilidad expresiva
3	Apoyo a los colaboradores
4	Excelentes relaciones interpersonales
5	Pensamiento estratégico
6	Iniciativa
7	Creatividad
8	Capacidad de juicio
9	Orientación a resultados
10	Nivel académico

EXPERIENCIA LABORAL	
1	Experiencia en cargos similares de 1 - 3 años.
2	Manejo organizacional y gestión humana.

RESPONSABILIDADES	
1	Decisiones
2	Manejo de documentos de alta confidencialidad
3	Supervisión del trabajo de otras personas
4	Garantizar la efectiva y eficiente administración de los recursos y de las operaciones financieras
5	Desarrollo, recomendación y ejecución de la estrategia financiera
6	Exactitud
7	Mantener buenas relaciones con clientes internos y externos

RIESGOS LABORALES EN EL PUESTO DE TRABAJO	
1	Psicosociales
2	Físicos
3	Ergonómicos

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 11 de 76

CARGO: PROFESIONAL DE MERCADEO Y CONTRATACIÓN

AREA DE TRABAJO: Gestión Mercadeo y Contratación

SUPERIOR INMEDIATO: DIRECTOR FINANCIERO

AUTORIDAD SOBRE:

OBJETIVO DEL CARGO:

Planificar, organizar, dirigir, gestionar y controlar todas las actividades relacionadas con la gestión de mercadeo y contratación, para crear sistemas sostenibles de expansión en el mercado garantizando confiabilidad en los servicios prestados por el Centro Oncológico Ltda.


FUNCIONES :

FUNCIONES PRINCIPALES:

1	Elaborar la publicidad y establecer el portafolio de servicios de la empresa, regido por los estándares de la misma.
2	Implementar estrategias que permitan conocer lo que los clientes desean.
3	Disponer de las herramientas necesarias para garantizar en cualquier instancia, que los procesos se efectuarán de forma segura y eficaz.
4	Construir una identidad única para la organización dentro de los usuarios y clientes del Centro Oncológico Ltda.
5	Planear y dirigir actividades que representen ventas para el Centro Oncológico Ltda.
6	Dirigir estudios y estrategias de mercadeo, analizando los resultados y apoyando en el desarrollo de estrategias de contratación.
7	Planear, organizar, dirigir y controlar las actividades de compras del Centro Oncológico Ltda.
8	Desarrollar políticas y procedimientos de adquisición y controlar el presupuesto del Centro Oncológico Ltda.
9	Identificar proveedores de equipos, productos estratégicos, productos multiplicadores al igual que de servicios estratégicos y multiplicadores.
10	Evaluar costo y calidad de los productos y servicios comprados y/o contratados.
11	Negociar y vigilar contratos de compra de equipos, productos multiplicadores, estratégicos y servicios multiplicadores y estratégicos.
12	Participar en la determinación de especificaciones de equipos, productos y servicios.
13	Establecer términos y condiciones de los contratos, contratar y asesorar sobre la adjudicación.
14	Negociar con proveedores los términos y condiciones de los contratos.
15	Realizar contratos con la red de servicios, proveedores y las diferentes administradoras de servicios

FUNCIONES SECUNDARIAS:

1	Participar en la selección y entrenamiento del personal
---	---

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 12 de 76


2	Participar en los programas de capacitación diseñados por el Centro Oncológico.
3	Participar activamente en los comités de cada departamento.
4	Interactuar con el cliente interno y externo según normas institucionales y políticas de servicio
5	Identificar las necesidades del cliente interno y externo.

CRITERIOS DE DESEMPEÑO	
1	Nº de tareas realizadas al día
2	Actitud para el trabajo
3	Iniciativa
4	Toma de decisiones
5	Calidad coordinadora
6	Conocimientos del puesto
7	Innovación del puesto
8	Honradez
9	Disciplina

COMPETENCIAS LABORALES	
1	Conducción de Grupos de Trabajo
2	Comunicación Eficaz
3	Dirección de Personas
4	Gestión del Cambio y Desarrollo de la Organización
5	Sensibilidad y relaciones interpersonales
6	Calidad en el trabajo
7	Responsabilidad y compromiso
8	Ética

REQUISITOS ACADÉMICOS	
Profesional en área de la salud, Administración de Empresas o Ingeniería Industrial	

REQUISITOS GENERALES	
1	Conocimientos y manejo de Microsoft Excel, Microsoft Word, Base de Datos, Open Office.
2	Calidez Humana.
3	Conocimientos contables.


	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 13 de 76

HABILIDADES Y DESTREZAS	
1	Rapidez de decisión
2	Habilidad expresiva
3	Apoyo a los colaboradores
4	Pensamiento estratégico
5	Excelentes relaciones interpersonales
6	Iniciativa
7	Creatividad
8	Capacidad de juicio
9	Orientación a resultados
10	Nivel académico

EXPERIENCIA LABORAL	
1	Experiencia en cargos similares de 2 años.
2	Conocimientos en informática, Base de Datos.
3	Conocimiento del manual tarifario.

RESPONSABILIDADES	
1	Decisiones
2	Uso de materiales
3	Supervisión del trabajo de otras personas
4	Seguridad del área
5	Mantener buenas relaciones con clientes internos y externos

RIESGOS LABORALES EN EL PUESTO DE TRABAJO	
1	Psicosociales
2	Físicos
3	Ergonómicos

 CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 14 de 76

CARGO : PROFESIONAL DE CAJA Y FACTURACIÓN

AREA DE TRABAJO: Gestión Contabilidad

SUPERIOR INMEDIATO: DIRECTOR FINANCIERO

AUTORIDAD SOBRE:

1 Facturador


OBJETIVO DEL CARGO:

Planificar, organizar, dirigir, gestionar, evaluar y controlar todas las actividades del área de facturación de servicios de salud en la sede en pro de racionalizar los recursos y crear sistemas dinámicos y sostenibles que garanticen la calidad y efectividad del servicio al cliente.


FUNCIONES :

FUNCIONES PRINCIPALES:

1	Estandarizar el sistema de facturación a nivel nacional con el fin de implementar sistemas dinámicos y proactivos que permitan la racionalización del costo médico a un alto nivel de calidad.
2	Gestionar las facturas a nivel nacional del Centro Oncológico con sus correspondientes soportes.
3	Garantizar que las facturas generadas sean radicadas durante los primeros tres días del mes.
4	Consolidar la información a nivel nacional generada por cada sede en el área de autorización y facturación con el fin generar un informe de gestión a la Gerencia Administrativa y Financiera sobre montos autorizados y facturados base fundamentales para facilitar la toma de decisiones a nivel de alta gerencia.
5	Velar por la efectividad y oportunidad de la red de servicio a nivel nacional, garantizando la excelencia en la calidad de servicio y la racionalización presupuestal del servicio contratado.
6	Velar para que cada una de las seccionales tengan los requerimientos mínimos para su efectiva gestión y funcionamiento como lo son: acuerdos, tarifarios, módulos de sistemas y comunicaciones.
7	Gestionar la base de datos a nivel nacional con el fin de contar con un sistema de información unificado, oportuno y verídico para toma de decisiones.
8	Verificar que cada una de las radicaciones en las seccionales tenga su respectivo V.b del auditor médico para poder radicar la factura con glosa o sin ningún inconveniente
9	Consolidar glosas emitidas por cada uno de los auditores médicos.
10	Racionalizar y puntualizar todos los contratos por seccional para tener mejor manejo de los costos en cada una de las oficinas del Centro Oncológico.
11	Elaborar informes semanales, mensuales y consolidados de las actividades relacionadas al área de facturación.

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 15 de 76

12	Coordinar auditorias técnicas de las facturas presentadas por la red de servicio y especialidades adscritas al Centro Oncológico en un plazo máximo de 48 horas después de recibir la factura.
13	Gestionar la recepción y radicación de glosas por las Instituciones contratantes al Centro Oncológico.
14	Coordinar la respuesta a las glosas aplicadas.
15	Realizar la respectiva glosa médica y técnica a la red adscrita al Centro Oncológico.
16	Realizar informe de gestión de la facturación realizada en el Centro Oncológico.
17	Entregar original de facturación, relación de listas de facturas a Contabilidad y recepcionar el aval de los documentos entregados por la dependencia.
18	Verificar en la base de datos emitido por el contratante los derechos del usuario.
19	Verificar los RIPS generados por el sistema y/o realizarlos.
20	Realizar informes de gestión de cuentas de los clientes del Centro Oncológico Ltda.
21	Realizar informes de facturación de usuarios por evento, por cápita y por aseguradora.
22	Conciliar y gestionar la cartera con los clientes del Centro Oncológico
23	Gestionar el cobro jurídico de las cuentas del Centro Oncológico Ltda. que lo ameriten.
24	Orientar a los usuarios y suministrar la información solicitada, de conformidad con los procedimientos establecidos
25	Recepcionar al usuario en la prestación del servicio
26	Liquidar los servicios generados en la atención al usuario
27	Demás funciones requeridas por el Jefe Inmediato.
FUNCIONES SECUNDARIAS:	
1	Diseñar plantillas de informes de gestión del sistema de información del área de autorización y facturación para toma de decisiones.
2	Gestionar la retroalimentación del talento humano con el fin de determinar planes de mejora que garantice la competencia del talento humano del área de facturación.
3	Coordinar la gestión y desarrollo del comité de gestión y desarrollo administrativo y financiero con el fin de crear un plan estratégico que minimice las glosas y optimice el tiempo de facturación.
4	Realizar informes requeridos por las ARS o EPS contratantes.
5	Participar en los programas de capacitación diseñados por el Centro Oncológico.
6	Participar activamente en los comités de cada departamento.
7	Generar los indicadores de calidad requeridos por la auditoria médica y por la supersalud en pro de lograr la excelencia en el servicio.
8	Interactuar con el cliente interno y externo según normas institucionales y políticas de servicio


 CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 16 de 76

CRITERIOS DE DESEMPEÑO	
1	Nº de tareas realizadas al día
2	Actitud para el trabajo
3	Iniciativa
4	Toma de decisiones
5	Calidad coordinadora
6	Conocimientos del puesto
7	Innovación del puesto
8	Honradez
9	Disciplina

COMPETENCIAS LABORALES	
1	Conducción de Grupos de Trabajo
2	Comunicación Eficaz
3	Dirección de Personas
4	Gestión del Cambio y Desarrollo de la Organización
5	Sensibilidad y relaciones interpersonales
6	Calidad en el trabajo
7	Responsabilidad y compromiso
8	Ética

REQUISITOS ACADÉMICOS	
	Técnico en sistemas
	Bachiller Técnico

REQUISITOS GENERALES	
1	Conocimientos y manejo de Microsoft Excel, Microsoft Word, Base de Datos, Open Office.
2	Calidez Humana.
3	Conocimientos contables.


 <p>CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i></p>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 17 de 76

HABILIDADES Y DESTREZAS	
1	Rapidez de decisión
2	Habilidad expresiva
3	Coordinación tacto visual
4	Coordinación general
5	Excelentes relaciones interpersonales
6	Iniciativa
7	Creatividad
8	Capacidad de juicio
9	Atención

EXPERIENCIA LABORAL	
1	Experiencia en cargos similares de 2 años.
2	Manejo del sistema de registros individuales de atención.
3	Conocimientos en informática, Base de Datos.
4	Conocimiento del manual tarifario.

RESPONSABILIDADES	
1	Operación de equipo
2	Uso de materiales
3	Supervisión del trabajo de otras personas
4	Seguridad del área
5	Mantener buenas relaciones con clientes internos y externos

RIESGOS LABORALES EN EL PUESTO DE TRABAJO	
1	Psicosociales
2	Físicos
3	Ergonómicos

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 18 de 76

CARGO : CONTADOR
AREA DE TRABAJO: Gestión Contabilidad
SUPERIOR INMEDIATO: DIRECTOR FINANCIERO
AUTORIDAD SOBRE:
1 Auxiliar Contable


OBJETIVO DEL CARGO:

Apoyar en la administración y control del presupuesto asignado a las áreas que conforman la estructura organizacional del Centro Oncológico Ltda., con el propósito de que el ejercicio del gasto se realice conforme a los lineamientos establecidos y disposiciones aplicables en la materia, así como coordinar y supervisar que los registros y movimientos contables se lleven a cabo de acuerdo a los principios de contabilidad.

FUNCIONES :

FUNCIONES PRINCIPALES:

1	Predecir flujos de efectivo; identificar cuáles son los ingresos y los egresos.
2	Tomar decisiones respecto a inversiones.
3	Cuantificar los recursos de la empresa.
4	Registrar los estados financieros de la empresa, comprobarlos y presentarlos adecuadamente a personas al interior de la organización u otras personas ajenas a ella.
5	Apoyar en la administración y control de los ingresos y egresos relacionados con el funcionamiento del Centro Oncológico Ltda.
6	Elaborar los estados financieros, haciendo los registros contables, que están de acuerdo a los principios de contabilidad generalmente aceptados.
7	Supervisar que se mantenga actualizado el catálogo de cuentas contables del Centro Oncológico Ltda.
8	Verificar que se realicen mensualmente las conciliaciones de cuentas bancarias, contra los registros en libros.
9	Supervisar que se contabilicen todos los cheques y/o traspasos efectuados diariamente por Centro Oncológico Ltda.
10	Llevar a cabo los movimientos bancarios correspondientes de acuerdo a las necesidades de liquidez.
11	Supervisar la recepción y control de los ingresos, que por concepto de servicios reciba el Centro Oncológico Ltda.
12	Controlar las diferentes cuentas bancarias que opere el Centro Oncológico Ltda.
13	Supervisar el control y la elaboración del reporte diario de cheques, cheques pagados, devueltos y cancelados.
14	Presentar las declaraciones de los impuestos a cargo del Centro Oncológico Ltda.


 CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 19 de 76

15	Preparar los reportes periódicos de evaluación, sobre la situación que guarda el presupuesto con relación a su ejercicio.
16	Elaborar reporte mensual informativo a la Dirección Financiera, sobre las actividades realizadas por el área.

FUNCIONES SECUNDARIAS:	
1	Efectuar los ajustes contables necesarios
2	Coordinar y dirigir la teneduría de los libros de contabilidad velando por la claridad de los asientos realizados y ajustando los saldos permanentemente.
3	Presentar informes sobre el análisis de la situación contable a su jefe inmediato.
4	Coordinar y revisar anualmente la realización de los inventarios generales de la empresa.
5	Coordinar o elaborar el diligenciamiento de préstamos bancarios, reintegros, manteniendo un control permanente sobre las obligaciones para cumplir oportunamente los vencimientos.
6	Participar activamente en los comités de cada departamento.
7	Revisar y autorizar las consignaciones que se realicen en las entidades bancarias.

CRITERIOS DE DESEMPEÑO	
1	Nº de tareas realizadas al día
2	Actitud para el trabajo
3	Iniciativa
4	Toma de decisiones
5	Calidad coordinadora
6	Conocimientos del puesto
7	Innovación del puesto
8	Honradez
9	Disciplina

COMPETENCIAS LABORALES	
1	Conducción de Grupos de Trabajo
2	Comunicación Eficaz
3	Dirección de Personas
4	Gestión del Cambio y Desarrollo de la Organización
5	Sensibilidad y relaciones interpersonales
6	Calidad en el trabajo
7	Responsabilidad y compromiso
8	Ética

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 20 de 76

REQUISITOS ACADÉMICOS	
	Técnico en sistemas
	Bachiller Técnico


REQUISITOS GENERALES	
1	Conocimientos y manejo de Microsoft Excel, Microsoft Word, Base de Datos, Open Office.
2	Calidez Humana.
3	Conocimientos contables.

HABILIDADES Y DESTREZAS	
1	Rapidez de decisión
2	Habilidad expresiva
3	Coordinación tacto visual
4	Coordinación general
5	Excelentes relaciones interpersonales
6	Iniciativa
7	Creatividad
8	Capacidad de juicio
9	Atención
10	Nivel académico

EXPERIENCIA LABORAL	
1	Experiencia en cargos similares de 2 años.
2	Manejo del sistema de registros individuales de atención.
3	Conocimientos en informática, Base de Datos.
4	Conocimiento del manual tarifario.

RESPONSABILIDADES	
1	Decisiones
2	Manejo de documentos de alta confidencialidad
3	Supervisión del trabajo de otras personas
4	Exactitud
5	Mantener buenas relaciones con clientes internos y externos

RIESGOS LABORALES EN EL PUESTO DE TRABAJO	
1	Psicosociales
2	Físicos
3	Ergonómicos

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 21 de 76


CARGO : Auxiliar Contable
AREA DE TRABAJO: Gestión de Contabilidad
SUPERIOR INMEDIATO: Contador
AUTORIDAD SOBRE:

OBJETIVO DEL CARGO:

Verificar la calidad y cantidad de la información contable suministrada por el sistema de información.

FUNCIONES :	
FUNCIONES PRINCIPALES:	
1	Recopilar la información suministrada por el cuerpo técnico y sintetizarla.
2	Generar el sistema contable del Centro Oncológico.
3	Generar el sistema de información que soporte las operaciones financieras realizadas por el Centro Oncológico.
4	Realizar informes de gestión sobre: rotación de cartera, rotación de CXP, rotación de inventarios, costos de operación e indicadores financieros.
5	Actualizar la información contable del Centro Oncológico.
6	Gestionar los factores de riesgo financiero identificados por el Revisor Fiscal.
7	Realizar flujos de caja de las direcciones identificando fuentes y usos de los fondos.
8	Aplicar indicadores de gestión que minimice los rubros de riesgo de las cuentas de los estados financieros.
9	Demás funciones suministradas por el Jefe inmediato.
FUNCIONES SECUNDARIAS:	
1	Apoyar al Revisor Fiscal en los informes de los Estados Financieros.
2	Aplicar metodologías, procedimientos y controles de los recursos financieros generados por el Revisor Fiscal.
3	Participar en los programas de capacitación diseñados por el Centro Oncológico.
4	Participar activamente en los comités de cada departamento.

CRITERIOS DE DESEMPEÑO	
1	Nº de tareas realizadas al día
2	Actitud para el trabajo
3	Iniciativa
4	Calidad coordinadora
5	Conocimientos del puesto
6	Honradez
7	Disciplina

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 22 de 76

COMPETENCIAS LABORALES	
1	Sensibilidad y relaciones interpersonales
2	Calidad en el trabajo
3	Responsabilidad y compromiso
4	Atención al detalle
5	Análisis Numérico
6	Ética


REQUISITOS ACADÉMICOS	
Técnico financiero	
CAP del SENA en auxiliar contable.	

REQUISITOS GENERALES	
1	Conocimiento en sistemas contables y estados financieros.
2	Manejo de programas contables.

HABILIDADES Y DESTREZAS	
1	Rapidez de decisión
2	Habilidad expresiva
3	Coordinación tacto visual
4	Coordinación general
5	Excelentes relaciones interpersonales
6	Iniciativa
7	Creatividad
8	Capacidad de juicio
9	Atención
10	Nivel académico

EXPERIENCIA LABORAL	
1	Experiencia en cargos similares de 1 año.


RESPONSABILIDADES	
1	Operación de equipo
2	Uso de materiales
3	Seguridad del área
4	Exactitud

 CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 23 de 76

RIESGOS LABORALES EN EL PUESTO DE TRABAJO	
1	Psicosociales
2	Físicos
3	Ergonómicos



COPIA CONTROLADA

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 24 de 76

CARGO : DIRECTOR DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO

AREA DE TRABAJO: Dirección de Calidad y Control Interno

SUPERIOR INMEDIATO: GERENTE GENERAL

AUTORIDAD SOBRE:

- 1 Gestión SIAU
- 2 Gestión Tecnología y Mantenimiento
- 3 Gestión Talento Humano

OBJETIVO DEL CARGO:

Supervisar la calidad de la prestación de servicios del Centro Oncológico, definiendo políticas y estándares de calidad aplicando procedimientos de control, detectando problemas de calidad, proponiendo medidas correctivas y planes de mejora.


FUNCIONES :

FUNCIONES PRINCIPALES:

1	Difundir e implantar las políticas de calidad.
2	Velar por la aplicación de los estándares de calidad en la operación del Centro Oncológico.
3	Controlar los diferentes indicadores de calidad.
4	Informar a las diferentes Direcciones los inconvenientes inherentes a falta de calidad y buscar en forma conjunta planes de mejora y/o medidas correctivas.
5	Asegurar la calidad de los diferentes proveedores, evaluarlos y homologarlos.
6	Supervisar las actividades en la operación del Centro Oncológico.
7	Evaluar y controlar: cumplimiento de protocolos, normas de bioseguridad y aseguramiento del riesgo.
8	Crear, aplicar, evaluar y ajustar indicadores de calidad para cada Dirección del Centro Oncológico.
9	Analizar y contrastar los niveles de calidad con los estándares previamente establecidos por la dirección de calidad.
10	Realizar informes de auditoría de calidad en los que se refleje los problemas detectados y se propongan medidas correctivas y/o preventivas.
11	Direccionar la elaboración de los manuales de funciones, procedimientos y reglamento interno, para la estandarización y optimización del talento humano, el recurso financiero e institucional.
12	Las demás funciones suministradas por el Jefe inmediato.

FUNCIONES SECUNDARIAS:

1	Gestionar los diferentes comités de desarrollo estratégico del Centro Oncológico.
2	Realizar las investigaciones precisas, en caso de fallos en calidad proporcionando medidas correctivas.
3	Participar con otras Direcciones en el análisis de problema de calidad y en la búsqueda de soluciones.
4	Participar en los programas de capacitación diseñados por el Centro Oncológico.

 CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 25 de 76


CRITERIOS DE DESEMPEÑO	
1	Nº de tareas realizadas al día
2	Actitud para el trabajo
3	Iniciativa
4	Toma de decisiones
5	Calidad coordinadora
6	Conocimientos del puesto
7	Innovación del puesto
8	Honradez
9	Disciplina

COMPETENCIAS LABORALES	
1	Gerenciamiento de la Motivación del Personal
2	Conducción de Grupos de Trabajo
3	Liderazgo
4	Comunicación Eficaz
5	Dirección de Personas
6	Sensibilidad y relaciones interpersonales
7	Calidad en el trabajo
8	Responsabilidad y compromiso
9	Ética

REQUISITOS ACADÉMICOS	
Profesional con estudios en calidad	

REQUISITOS GENERALES	
1	Conocimientos y manejo de Microsoft Excel, Microsoft Word, Open Office.
2	Conocimientos en Seguridad Social en salud.
3	Conocimientos en Sistemas de calidad en salud.
4	Conocimientos contables.

HABILIDADES Y DESTREZAS	
1	Rapidez de decisión
2	Habilidad expresiva
3	Apoyo a los colaboradores
4	Excelentes relaciones interpersonales
5	Pensamiento estratégico
6	Iniciativa
7	Creatividad
8	Capacidad de juicio


 CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 26 de 76

9	Orientación a resultados
10	Nivel académico

EXPERIENCIA LABORAL	
1	Experiencia en cargos similares de 1 año.
2	Atención integral del cliente externo.
3	Excelentes relaciones interpersonales.
RESPONSABILIDADES	
1	Decisiones
2	Manejo de documentos de alta confidencialidad
3	Supervisión del trabajo de otras personas
4	Mantener buenas relaciones con clientes internos y externos

RIESGOS LABORALES EN EL PUESTO DE TRABAJO	
1	Psicosociales
2	Físicos
3	Ergonómicos

COPIA CONTROLADA

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 27 de 76

CARGO: SERVICIO ATENCION AL USUARIO.
AREA DE TRABAJO: Consulta Externa
SUPERIOR INMEDIATO: COORDINADOR MEDICO
AUTORIDAD SOBRE:

OBJETIVO DEL CARGO:

Apoyar el sistema de información con el fin de proporcionar al cliente interno y externo datos oportunos, veraces y efectivos para facilitar la toma de decisiones y mejorar la calidad del servicio.


FUNCIONES :

FUNCIONES PRINCIPALES:

1	Coordinar la programación de citas del cliente externo.
2	Coordinar citas con los especialistas adscritos.
3	Orientar a los clientes y suministrar información, documentación o elementos que sean solicitados de conformidad a los trámites, las autorizaciones y procedimientos.
4	Actualizar agenda por especialista de consulta externa.
5	Coordinar la autorización de consultas a la Red de especialistas adscritas por el Centro Oncológico.
6	Hacer entrega de documentos soportes de facturación.
7	Recepción de documentación entregados por los usuarios para la solicitud de servicios y en cumplimiento de los requisitos exigidos por la ARS o EPS.
8	Las demás funciones suministradas por el Jefe inmediato.

FUNCIONES SECUNDARIAS:

1	Redactar, transcribir, recibir y despachar la correspondencia a los diferentes departamentos y cliente externo.
2	Recibir y enviar correspondencia.
3	Manejar toda la información proveniente del cliente externo y verificar que el trámite de documentos sea el adecuado
4	Realizar informe de gestión sobre actividades y autorizaciones diarias del servicio.
5	Realizar informes sobre servicios prestados según ARS o EPS con la oportunidad y periodicidad requerida.
6	Llevar la agenda de los superiores inmediatos e informarle oportunamente los compromisos adquiridos.
7	Participar en los programas de capacitación diseñados por el Centro Oncológico.
8	Participar activamente en los comités de cada departamento.

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 28 de 76


CRITERIOS DE DESEMPEÑO	
1	Nº de tareas realizadas al día
2	Actitud para el trabajo
3	Iniciativa
4	Toma de decisiones
5	Calidad coordinadora
6	Conocimientos del puesto
7	Innovación del puesto
8	Honradez
9	Disciplina

COMPETENCIAS LABORALES	
1	Comunicación Eficaz
2	Sensibilidad y relaciones interpersonales
3	Calidad en el trabajo
4	Responsabilidad y compromiso
5	Ética

REQUISITOS ACADÉMICOS	
CAP del SENA en Secretaría	

REQUISITOS GENERALES	
1	Conocimientos y manejo de Microsoft Excel, Microsoft Word, Base de Datos, Open Office.
2	Conocimiento de archivos de documentos y manejo de inventarios.
3	Calidez Humana.
4	Conocimientos contables.
5	Trabajo en equipo.

HABILIDADES Y DESTREZAS	
1	Excelentes relaciones interpersonales
2	Habilidad expresiva
3	Coordinación tacto visual
4	Coordinación general
5	Iniciativa
6	Creatividad
7	Capacidad de juicio
8	Atención


 CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 29 de 76

EXPERIENCIA LABORAL	
1	Experiencia en cargos similares de 1 año.
2	Atención integral del cliente.
3	Excelentes relaciones interpersonales.

RESPONSABILIDADES	
1	Operación de equipo
2	Uso de materiales
3	Seguridad del área
4	Exactitud

RIESGOS LABORALES EN EL PUESTO DE TRABAJO	
1	Psicosociales
2	Físicos
3	Ergonómicos

COPIA CONTROLADA

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 30 de 76

CARGO : PROFESIONAL TALENTO HUMANO
AREA DE TRABAJO: Administración
SUPERIOR INMEDIATO: GERENTE GENERAL
AUTORIDAD SOBRE:
1 Cargos Operativos del Centro Oncológico


OBJETIVO DEL CARGO:

Planear, organizar, dirigir y gestionar un contingente de talento humano con habilidad y motivación para el cumplimiento de los objetivos de la organización.

FUNCIONES :

FUNCIONES PRINCIPALES:

1	Diseñar e implementar políticas y procedimientos para la gestión del talento humano mediante circulares, reuniones o contactos personales.
2	Capturar los requerimientos de talento humano con el fin de realizar el procedimiento de reclutamiento, selección de los funcionarios para la prestación del servicio con FOB de la Gerencia Administrativa y Financiera.
3	Verificación de documentos y requerimientos por cargo que refleje su idoneidad y competencia para su desarrollo eficiente
4	Legalizar el tipo de contratación por funcionario, afiliaciones a seguridad social, parafiscales y al sistema de riesgos profesionales de acuerdo a la normatividad vigente. Socialización de las funciones pertinentes al cargo y generar compromiso activo del funcionario con la Institución.
5	Actualizar el manual de cargos, perfiles y competencias de acuerdo a las políticas generadas por la alta dirección del Centro Oncológico.
6	Asegurar la consolidación de hojas de vida, con el fin de garantizar la información en forma oportuna, verídica y clara del talento humano profesional, técnico, bachiller y aprendiz.
7	Gestionar los procesos de inducción y capacitación requeridos por el funcionario contratado con el jefe inmediato y direcciones de área.
8	Gestionar y consolidar los instrumentos de evaluación de desempeño por direcciones de área, con el fin de generar un plan de mejoramiento continuo que garantice la idoneidad del Talento Humano del Centro Oncológico.
9	Direccionar planes estratégicos de formación, capacitación, re inducción al talento humano, con el fin de estandarizar procesos, procedimientos en pro de posicionar al centro oncológico en forma competitiva frente al mercado y en busca del mejoramiento continuo.
10	Coordinar y monitorear el cumplimiento eficiente de las funciones y competencias por cargo, con el fin de crear un sistema dinámico que garantice su implementación a corto tiempo.

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 31 de 76


11	Gestionar los indicadores de ausentismo, accidentes de trabajo, horas extras, permisos, incapacidades del talento humano a nivel nacional y zonal.
12	Crear, mantener y desarrollar condiciones organizacionales de aplicación, desarrollo y satisfacción plena del talento humano y alcance de objetivos individuales, grupales y organizacionales a nivel zonal.
13	Crear e implementar un sistema dinámico aplicado al crecimiento y conservación de esfuerzo y expectativas organizacionales y del cliente interno.
14	Diseñar e implementar los planes del bienestar social, culturales, deportivos y de salud ocupacional con el fin de incentivar e integrar al cliente interno.
15	Brindar ayuda al cliente interno en función de mantener la armonía entre ellos y además generar solución a problemas laborales generados en las diferentes áreas del Centro Oncológico.
16	Desarrollar un marco personal basado en competencias.
17	Desarrollar una política estratégica que permita motivar y comprometer al cliente interno con los objetivos corporativos del Centro Oncológico en pro del crecimiento individual y organizacional en búsqueda de la excelencia.
18	Realizar y gestionar el presupuesto de gastos del talento humano
19	Velar por el cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos en el reglamento interno.
20	Realizar el oportuno recobro de cartera de la sede
21	Demás funciones suministradas por el Jefe inmediato.

FUNCIONES SECUNDARIAS:

1	Coordinar la ejecución del comité de gestión de desarrollo administrativo y financiero
2	Garantizar la diversidad en el puesto de trabajo.,
3	Elaborar el trámite de novedades del cliente interno, diligenciar la nomina mensual para su respectivo pago por la Dirección Nacional financiera.
4	Reporte de novedades de Talento Humano
5	Implementar y gestionar el sistema de información del Centro Oncológico.
6	Realizar contratos con la red de servicios, proveedores y las diferentes administradoras de servicios
7	Participar activamente en los comités de cada departamento.

CRITERIOS DE DESEMPEÑO

1	Nº de tareas realizadas al día
2	Actitud para el trabajo
3	Iniciativa
4	Toma de decisiones
5	Calidad coordinadora
6	Conocimientos del puesto

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 32 de 76


7	Innovación del puesto
8	Honradez
9	Disciplina

COMPETENCIAS LABORALES	
1	Gerenciamiento de la Motivación del Personal
2	Conducción de Grupos de Trabajo
3	Liderazgo
4	Comunicación Eficaz
5	Dirección de Personas
6	Gestión del Cambio y Desarrollo de la Organización
7	Sensibilidad y relaciones interpersonales
8	Calidad en el trabajo
9	Responsabilidad y compromiso
10	Ética

REQUISITOS ACADÉMICOS
Profesional en área de la salud, Administración de Empresas o Ingeniería Industrial

REQUISITOS GENERALES	
1	Conocimientos y manejo de Microsoft Excel, Microsoft Word, Open Office.
2	Conocimientos de planeación estratégico y desarrollo organizacional.
3	Capacitación en Gestión y desarrollo del recurso humano.
4	Sistemas de priorización y toma de decisiones.
5	Sistemas efectivos de medición, evaluación de resultados de desempeño.
6	Programa de seguridad industrial y salud ocupacional.

HABILIDADES Y DESTREZAS	
1	Rapidez de decisión
2	Habilidad expresiva
3	Apoyo a los colaboradores
4	Excelentes relaciones interpersonales
5	Iniciativa
6	Creatividad
7	Capacidad de juicio
8	Atención
9	Nivel académico


	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 33 de 76

EXPERIENCIA LABORAL	
1	Experiencia en cargos similares de 1 - 3 años.
2	Manejo organizacional y gestión humana.

RESPONSABILIDADES	
1	Decisiones
2	Supervisión del trabajo de otras personas
3	Mantener buenas relaciones con clientes internos y externos

RIESGOS LABORALES EN EL PUESTO DE TRABAJO	
1	Psicosociales
2	Físicos
3	Ergonómicos


COPIA CONTROLADA

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 34 de 76

<p>CARGO : COORDINADOR TECNICO CIENTIFICO</p> <p>AREA DE TRABAJO: Dirección Institucional</p> <p>SUPERIOR INMEDIATO: GERENTE GENERAL</p> <p>AUTORIDAD SOBRE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Coordinador Médico 2 Auditores médicos. 3 Red de servicio interna. 4 Autorizadores. 5 SIAU.

OBJETIVO DEL CARGO:
Planificar, organizar, dirigir, gestionar, evaluar y controlar todas las actividades de prestación de servicios de salud en pro de racionalizar los recursos y crear sistemas dinámicos y sostenibles que garanticen la calidad y efectividad del servicio al cliente.


FUNCIONES :	
FUNCIONES PRINCIPALES:	
1	Velar por la calidad técnica científica, el cumplimiento de protocolos y principios de calidad de las diferentes actividades y procedimientos que se realicen en el Centro Oncológico.
2	Gestionar periódicamente las clases de servicios prestados y aplicación de protocolos en las diferentes divisiones de servicio.
3	Diseñar, proponer e implantar las estrategias de servicio de acuerdo con los objetivos del Centro Oncológico buscando el óptimo rendimiento del Centro.
4	Planificar los programas de servicio del Centro Oncológico.
5	Aplicar y desarrollar políticas de personal al Centro Oncológico, velando por el cumplimiento de las normas legales y de la empresa.
6	Establecer el presupuesto económico anual de la prestación de servicios, realizando su seguimiento y adoptando medidas correctoras para subsanar las desviaciones que se produzcan.
7	Implantar y ejecutar políticas de calidad en la prestación de servicios.
8	Analizar cargas de trabajo y capacidad de prestación de servicio con el fin de determinar los recursos y acciones necesarias para la obtención de la prestación de servicios en forma eficiente y con altos niveles de calidad.
9	Implantar nuevas técnicas de prestación de servicio para conseguir con los medios existentes, mejorar la calidad de los servicios prestados.
10	Preparar la documentación técnica precisa tanto para los procedimientos como actividades realizadas en el Centro Oncológico.
11	Optimizar la prestación de servicio, detectando las deficiencias de dichas actividades y procedimientos.
12	Coordinar las diferentes actividades de la prestación de servicio, evitando pérdida de tiempo, cuellos de botella.

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 35 de 76

13	Gestionar la auditoria médica en pro de la pertinencia y racionalización de los costos del servicio ofertado.
14	Las demás funciones suministradas por el Jefe inmediato.
FUNCIONES SECUNDARIAS:	
1	Colaborar con la dirección comercial y marketing del Centro Oncológico en el diseño de nuevos productos o modificaciones de los ya existentes.
2	Definir e implantar los sistemas y procesos de control necesarios para conocer las desviaciones que se produzcan en la prestación de servicio, tomando las medidas adecuadas para corregir dichas desviaciones.
3	Verificar y controlar la calidad de los servicios prestados y el cumplimiento de la programación establecida.
4	Evaluar nuevos procedimientos y tecnologías susceptibles de incorporar al Centro Oncológico.
5	Diseñar los procesos de prestación de servicio, teniendo en cuenta los recursos existentes.
6	Coordinar la implantación de controles y procesos de calidad.
7	Participar activamente en los comités de cada departamento.

CRITERIOS DE DESEMPEÑO	
1	Nº de tareas realizadas al día
2	Actitud para el trabajo
3	Iniciativa
4	Toma de decisiones
5	Calidad coordinadora
6	Conocimientos del puesto
7	Innovación del puesto
8	Honradez
9	Disciplina

COMPETENCIAS LABORALES	
1	Gerenciamiento de la Motivación del Personal
2	Conducción de Grupos de Trabajo
3	Liderazgo
4	Comunicación Eficaz
5	Dirección de Personas
6	Sensibilidad y relaciones interpersonales
7	Calidad en el trabajo
8	Responsabilidad y compromiso
9	Gestión del Cambio y Desarrollo de la Organización
10	Ética

 CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 36 de 76

REQUISITOS ACADÉMICOS	
Médico Especialista en gerencia de salud, auditor médico.	

REQUISITOS GENERALES	
1	Conocimientos y manejo de Microsoft Excel, Microsoft Word, Open Office.
2	Conocimientos en seguridad social en salud.
3	Conocimientos en Sistemas de calidad en salud.
4	Conocimiento en auditoría de cuentas médicas, auditoria concurrente y auditoria de calidad.
5	Conocimientos contables.


HABILIDADES Y DESTREZAS	
1	Rapidez de decisión
2	Habilidad expresiva
3	Apoyo a los colaboradores
4	Excelentes relaciones interpersonales
5	Pensamiento estratégico
6	Iniciativa
7	Creatividad
8	Capacidad de juicio

HABILIDADES Y DESTREZAS	
1	Orientación a resultados
2	Nivel académico

EXPERIENCIA LABORAL	
1	Experiencia en cargos similares de 4 años.
2	Atención integral del cliente externo.
3	Excelentes relaciones interpersonales.

RESPONSABILIDADES	
1	Decisiones
2	Manejo de documentos de alta confidencialidad
3	Supervisión del trabajo de otras personas
4	Mantener buenas relaciones con clientes internos y externos


RIESGOS LABORALES EN EL PUESTO DE TRABAJO	
1	Psicosociales
2	Físicos
3	Ergonómicos

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 37 de 76

CARGO : AUDITOR AREA DE TRABAJO: Gestión Análisis del Riesgo SUPERIOR INMEDIATO: DIRECTOR TÉCNICO CIENTÍFICO AUTORIDAD SOBRE: 1 Autorizadores

OBJETIVO DEL CARGO:
Analizar y evaluar el cumplimiento de los niveles de calidad requeridos en la operación del Centro Oncológico y tomar medidas correctivas que conlleven al mejoramiento continuo con el fin de lograr los objetivos de la Institución.

FUNCIONES :	
FUNCIONES PRINCIPALES:	
1	Proponer los productos, procedimientos, procesos y servicios que serán objeto de auditoría.
2	Programar de forma detallada el cronograma a desarrollar en la auditoría.
3	Desarrollar y aplicar procedimientos de control, límites de tolerancia y proponer los métodos adecuados de control.
4	Analizar y contrastar los niveles de calidad con los estándares previamente establecidos por la Dirección de calidad.
5	Realizar auditorías al alcance del sistema identificando las potenciales no conformidades para tomar las acciones preventivas del caso
6	Realizar las investigaciones precisas, en caso de fallas de calidad, proponiendo medidas correctivas.
7	Diseñar, implementar y gestionar sistemas de Auditoría a la red de servicio.
8	Evaluar el cumplimiento de parámetros de calidad en el Centro Oncológico y en la red de servicios adscrita.
9	Diseñar, implementar y gestionar auditoría concurrente de pacientes hospitalizados en la red de servicios adscrita.
10	Diseñar, implementar y gestionar auditoría de pacientes en tratamiento de quimioterapia ambulatoria.
11	Gestionar los estándares de cumplimiento de normas de calidad, protocolos de calidad y aseguramiento del riesgo en la operación interna y externa del Centro Oncológico.
12	Diseñar, implementar y gestionar el sistema de glosas reportadas por los aseguradores.
13	Demás funciones suministradas por el Jefe inmediato.

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 38 de 76


FUNCIONES SECUNDARIAS:	
1	Realizar informes de auditoría de calidad en los que se reflejan las no conformidades con el sistema de gestión y se propongan acciones correctivas.
2	Participar con las otras Direcciones en el análisis de los problemas de calidad y en la búsqueda de soluciones.
3	Participar en los programas de capacitación diseñados por el Centro Oncológico.
4	Participar activamente en los comités de cada departamento.

CRITERIOS DE DESEMPEÑO	
1	Nº de tareas realizadas al día
2	Actitud para el trabajo
3	Iniciativa
4	Toma de decisiones
5	Calidad coordinadora
6	Conocimientos del puesto
7	Innovación del puesto

CRITERIOS DE DESEMPEÑO	
8	Honradez
9	Disciplina

COMPETENCIAS LABORALES	
1	Gerenciamiento de la Motivación del Personal
2	Conducción de Grupos de Trabajo
3	Liderazgo
4	Comunicación Eficaz
5	Dirección de Personas
6	Gestión del Cambio y Desarrollo de la Organización
7	Sensibilidad y relaciones interpersonales
8	Calidad en el trabajo
9	Responsabilidad y compromiso
10	Ética

REQUISITOS ACADÉMICOS
Profesional con conocimientos en calidad.

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 39 de 76


REQUISITOS GENERALES	
1	Conocimientos y manejo de Microsoft Excel, Microsoft Word, Open Office.
2	Conocimientos en Seguridad Social en salud.
3	Conocimientos en Sistemas de calidad en salud.
4	Conocimientos en costos en salud.

HABILIDADES Y DESTREZAS	
1	Rapidez de decisión
2	Habilidad expresiva
3	Apoyo a los colaboradores
4	Excelentes relaciones interpersonales
5	Pensamiento estratégico
6	Iniciativa
7	Creatividad
8	Capacidad de juicio
9	Orientación a resultados
10	Nivel académico

EXPERIENCIA LABORAL	
1	Experiencia en cargos similares de 1 año.
2	Excelentes relaciones interpersonales.

RESPONSABILIDADES	
1	Decisiones
2	Manejo de documentos de alta confidencialidad
3	Supervisión del trabajo de otras personas
4	Mantener buenas relaciones con clientes internos y externos


RIESGOS LABORALES EN EL PUESTO DE TRABAJO	
1	Psicosociales
2	Físicos
3	Ergonómicos

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 40 de 76

<p>CARGO : COORDINADOR MEDICO</p> <p>AREA DE TRABAJO: Gestión de Servicios</p> <p>SUPERIOR INMEDIATO: DIRECTOR TÉCNICO CIENTÍFICO</p> <p>AUTORIDAD SOBRE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Médicos especialistas 2. Enfermera Jefe 3. Químico Farmacéutico Y/o Regente de Farmacia. 4. Red de servicio externa. 5. Psicóloga 6. SIAU 7. Atención al cliente. 8. Autorizador.

OBJETIVO DEL CARGO:
Coordinar la prestación efectiva y oportuna de los servicios médicos asistenciales en el interior del Centro Oncológico y en la Red adscrita con racionalidad técnica y científica

FUNCIONES :	
FUNCIONES PRINCIPALES:	
1	Evaluar y cuantificar los requerimientos técnicos, administrativos, científicos, financieros y recurso humano para la prestación de servicio en cumplimiento del objeto de los contratos firmados con las diferentes administradoras de planes de beneficio.
2	Asesorar y apoyar técnicamente al Gerente General en la contratación de la red de servicio.
3	Asesorar al Gerente General con las administradoras de planes de beneficio.
4	Coordinación de la prestación de los servicios en el Centro Oncológico y en la red de servicios adscrita.
5	Verificar el cumplimiento de la política de calidad, estándares de calidad, protocolos, modelos de atención del Centro Oncológico.
6	Ajustar la capacidad de oferta del servicio frente a las variables que presente la demanda del servicio.
7	Implementar los sistemas de garantía de calidad en pro de mejorar la efectividad y calidad del servicio.
8	Realizar auditoría de cuentas medicas, auditoria concurrente y auditoria de calidad.
9	Las demás funciones suministradas por el Jefe inmediato.
FUNCIONES SECUNDARIAS:	
1	Diseñar y ajuste periódico del portafolio de servicios.
2	Diseñar, aplicar y gestionar el sistema de costos por prestación de servicio en pro de la racionalización de los recursos asignados por cada contrato.

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 41 de 76


3	Participar activamente en el diseño, estudio e implementación de proyectos de salud en busca de la diversificación de los productos ofrecidos en el Centro Oncológico.
4	Evaluar los indicadores de calidad en las diferentes áreas operativas del Centro Oncológico.
5	Generar periódicamente informe de Gestión a la Gerencia Nacional
6	Participar en los programas de capacitación diseñados por el Centro Oncológico.
7	Participar activamente en los comités de cada departamento.

CRITERIOS DE DESEMPEÑO	
1	Nº de tareas realizadas al día
2	Actitud para el trabajo
3	Iniciativa
4	Toma de decisiones
5	Calidad coordinadora

CRITERIOS DE DESEMPEÑO	
6	Conocimientos del puesto
7	Innovación del puesto
8	Honradez
9	Disciplina

COMPETENCIAS LABORALES	
1	Gerenciamiento de la Motivación del Personal
2	Conducción de Grupos de Trabajo
3	Liderazgo
4	Comunicación Eficaz
5	Dirección de Personas
6	Sensibilidad y relaciones interpersonales
7	Calidad en el trabajo
8	Responsabilidad y compromiso
9	Gestión del Cambio y Desarrollo de la Organización
10	Ética

REQUISITOS ACADÉMICOS	
Médico Especialista en auditoria medica.	

 CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 42 de 76


REQUISITOS GENERALES	
1	Conocimientos y manejo de Microsoft Excel, Microsoft Word, Open Office.
2	Conocimientos en seguridad social en salud.
3	Conocimientos en Sistemas de calidad en salud.
4	Conocimientos en costos en salud.
5	Auditoría de cuentas médicas.
6	Conocimientos contables.

HABILIDADES Y DESTREZAS	
1	Rapidez de decisión
2	Habilidad expresiva
3	Apoyo a los colaboradores
4	Excelentes relaciones interpersonales
5	Pensamiento estratégico
6	Iniciativa
7	Creatividad
8	Capacidad de juicio
9	Orientación a resultados
10	Nivel académico

EXPERIENCIA LABORAL	
1	Experiencia en cargos similares de 3 años.
2	Atención integral del cliente externo e interno.
3	Excelentes relaciones interpersonales.

RESPONSABILIDADES	
1	Decisiones
2	Manejo de documentos de alta confidencialidad
3	Supervisión del trabajo de otras personas
4	Mantener buenas relaciones con clientes internos y externos

RIESGOS LABORALES EN EL PUESTO DE TRABAJO	
1	Psicosociales
2	Físicos
3	Ergonómicos

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 43 de 76

CARGO : MEDICO ESPECIALISTA
AREA DE TRABAJO: Consulta Externa
SUPERIOR INMEDIATO: COORDINADOR MEDICO
AUTORIDAD SOBRE:

1	Auxiliar de Consulta Externa
2	Atención al Usuario

OBJETIVO DEL CARGO:

Atención especializada en usuarios con enfermedades neoplásicas en las ramas que lo requieran para lograr un tratamiento integral de estos usuarios


FUNCIONES :

FUNCIONES PRINCIPALES:

1	Valorar los usuarios ambulatorios y hospitalizados del tenor de la especialidad
2	Evaluar, formular y hacer seguimiento de los tratamientos de los usuarios con enfermedades neoplásicas vistos en su consulta de acuerdo a los protocolos existentes y avalados por las autoridades competentes en el tema
3	Ejercer vigilancia epidemiológica de los casos de usuarios con cáncer.
4	Evaluar la efectividad y efectos colaterales de los tratamientos formulados.
5	Cumplir con los procesos administrativos que tenga el CENTRO ONCOLÓGICO establecidos según los requisitos exigidos por los aseguradores.
6	Participar en las juntas de decisiones médicas.

FUNCIONES SECUNDARIAS:

1	Cumplir con las medidas de bioseguridad.
2	Participar en la estandarización de los procesos administrativos que faciliten la operación del CENTRO ONCOLÓGICO en lo que respecta a su labor profesional.
3	Participar activamente en la educación continuada del cliente interno y externo de la organización.
4	Definir, evaluar y revisar periódicamente los protocolos y velar por el cumplimiento de los mismos.
5	Participar en los comités institucionales e interinstitucionales.
6	Participar en el programa de capacitación y desarrollo del talento humano.

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 44 de 76

CRITERIOS DE DESEMPEÑO	
1	Nº de tareas realizadas al día
2	Actitud para el trabajo
3	Iniciativa
4	Toma de decisiones
5	Calidad coordinadora
6	Conocimientos del puesto
7	Innovación del puesto
8	Honradez
9	Disciplina


COMPETENCIAS LABORALES	
1	Comunicación Eficaz
2	Dirección de Personas
3	Sensibilidad y relaciones interpersonales
4	Calidad en el trabajo
5	Responsabilidad y compromiso
6	Ética

REQUISITOS ACADÉMICOS	
Médico especialista en la rama escogida para la valoración de los usuarios según el manejo del usuario.	

REQUISITOS GENERALES	
1	Conocimientos sobre Seguridad social en salud.
2	Conocimientos sobre Bioseguridad en el manejo de residuos sólidos hospitalarios.
3	Conocimientos sobre Eventos adversos en el servicio asistencial de oncología.
4	Atención al cliente externo e interno.

HABILIDADES Y DESTREZAS	
1	Excelentes relaciones interpersonales
2	Habilidad expresiva
3	Coordinación tacto visual
4	Coordinación general
5	Capacidad de juicio
6	Atención
7	Nivel académico


EXPERIENCIA LABORAL	
1	Experiencia en el área superior a 2 años.
2	Excelentes relaciones interpersonales.

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 45 de 76

RESPONSABILIDADES	
1	Operación de equipo
2	Uso de materiales
3	Decisiones
4	Seguridad del área
5	Mantener buenas relaciones con clientes internos y externos
6	Manejo de documentos de alta confidencialidad

RIESGOS LABORALES EN EL PUESTO DE TRABAJO	
1	Desechos hospitalarios
2	Microorganismos patógenos
3	Accidentes por corto punzante.
4	Exposición a enfermedades infectocontagiosas, en etapa de sospecha y confirmación diagnóstica
5	Exposición a fluidos corporales de alto riesgo.
6	Psicosociales
7	Físicos
8	Ergonómicos


COPIA CONTROLADA

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 46 de 76

CARGO : QUÍMICO FARMACÉUTICO AREA DE TRABAJO: Farmacia SUPERIOR INMEDIATO: Coordinador Médico AUTORIDAD SOBRE: 1 Auxiliares de Enfermería


OBJETIVO DEL CARGO:
Gestionar insumos y medicamentos del Centro Oncológico. Responder por la central de mezcla.

FUNCIONES :	
FUNCIONES PRINCIPALES:	
1	Identificar y administrar requerimientos de insumos y medicamentos para la prestación de servicios en el Centro Oncológico y sedes.
2	Calificar proveedores y gestionar informe.
3	Racionalizar los recursos dados para la prestación de servicios.
4	Liderar el Comité de Compras de Productos Estratégicos
5	Garantizar el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura en cada una de las sedes.
6	Administrar y controlar la existencia de medicamentos e insumos, con información adicional a su ubicación física.
7	Administrar y controlar niveles de existencia mínimas y máximas.
8	Controlar el orden de reabastecimiento, generando información de manejo de pedidos e indicadores de rotación de inventarios (Número de pacientes atendidos por mes, consumo de medicamentos por paciente, ciclos programados por pacientes, eventos adversos y otros).
9	Administrar y controlar el despacho de medicamentos a nivel nacional
10	Generar pedidos óptimos y controlar los proveedores por producto.
11	Generar estadísticas e indicadores de gestión relacionados que permitan medir la productividad en el servicio farmacéutico.
12	Recepción y evaluaciones técnicas y administrativas de los medicamentos / proveedor.
13	Levantar actas de eventos propios del servicio de farmacia (devoluciones, accidentes en la preparación, baja).
14	Cumplir con las demás funciones asignadas por el jefe inmediato.
15	Controlar la central de mezclas: Ordenes, etapas y costos de la producción. Elaborar etiquetas.
16	Responder por los medicamentos utilizados en los tratamientos de quimioterapia.
17	Administrar y controlar el despacho de medicamentos a pacientes ambulatorios y permitir el seguimiento farmacoterapéutico.

 CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 47 de 76

FUNCIONES SECUNDARIAS:	
1	Participar activamente en los comités de cada departamento.
2	Gestionar a nivel nacional los requerimientos e inquietudes a las inclusiones de medicamentos y eventos adversos en la atención farmacéutica y la prestación del servicio.
3	Generar estadísticas de consumo por sede.
4	Reportar los análisis de rentabilidad de costos frente a los precios de venta.
5	Generar alertas sobre medicamentos NO POS
6	Controlar presupuesto frente a la ejecución.
7	Gestionar el inventario de medicamentos. Identificando rotación de medicamentos a nivel Nacional y Zonal, medicamentos próximos a vencer, registros de controles ambientales, temperatura y calificación de proveedores.
8	Realizar informes de gestión farmacoterapéutico en pro de la racionalización de los recursos, técnicos, administrativos y financieros.
9	Mantener Actualizado el sistema de información y registro de la farmacia.
10	Participar en los procedimientos para la prevención y atención de emergencias de acuerdo con las normas.
11	Administrar y controlar la prescripción, diligenciando el perfil fármaco terapéutico para pacientes del proceso de administración de quimioterapia.
12	Administrar y controlar vademécum en línea a nivel de zonales.
13	Velar por la administración de los medicamentos.

CRITERIOS DE DESEMPEÑO	
1	Nº de tareas realizadas al día
2	Actitud para el trabajo
3	Iniciativa
4	Toma de decisiones
5	Calidad coordinadora
6	Conocimientos del puesto
7	Innovación del puesto
8	Honradez
9	Disciplina

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 48 de 76


COMPETENCIAS LABORALES	
1	Gestión del Cambio y Desarrollo de la Organización
2	Conducción de Grupos de Trabajo
3	Liderazgo
4	Comunicación Eficaz
5	Dirección de Personas
6	Sensibilidad y relaciones interpersonales
7	Calidad en el trabajo
8	Responsabilidad y compromiso
9	Ética

REQUISITOS ACADÉMICOS	
Químico Farmacéutico titulado	

REQUISITOS GENERALES	
1	Conocimientos ley 100, especialmente manejo de medicamentos plan obligatorio de salud (POS) y no Pos
2	Buenas prácticas de manufactura, manejo de productos citostáticos, bioseguridad de residuos hospitalarios
3	Conocimientos de sistema hoja de cálculo, manejo de inventarios, resolución 1478/2006, Decreto 2200/05/2005

HABILIDADES Y DESTREZAS	
1	Rapidez de decisión
2	Habilidad expresiva
3	Coordinación tacto visual
4	Coordinación general
5	Salud
6	Iniciativa
7	Creatividad
8	Capacidad de juicio
9	Atención
10	Excelentes relaciones interpersonales
11	Nivel académico


EXPERIENCIA LABORAL	
1	Experiencia en cargos similares de 1 - 2 años. Preferiblemente en el área oncológica.

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 49 de 76

RESPONSABILIDADES	
1	Operación de equipo
2	Uso de materiales
3	Supervisión del trabajo de otras personas
4	Seguridad del área
5	Decisiones
6	Mantenimiento integral

RIESGOS LABORALES EN EL PUESTO DE TRABAJO	
1	Residuos de medicamentos
2	Accidentes por corto punzante.
3	Psicosociales
4	Físicos
5	Ergonómicos

COPIA CONTROLADA

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 50 de 76

CARGO : ENFERMERA JEFE DE LA UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA

AREA DE TRABAJO: Unidad de quimioterapia

SUPERIOR INMEDIATO: COORDINADOR MÉDICO

AUTORIDAD SOBRE:

- 1 Auxiliar de Enfermería
- 2 Auxiliar de Consulta Externa

OBJETIVO DEL CARGO:

Planear, coordinar y ejecutar planes que garanticen la excelencia en la prestación de los servicios en pro de racionalizar los recursos físicos, técnicos, financieros y talento humano.


FUNCIONES :

FUNCIONES PRINCIPALES:

1	Coordinar la operación de la sala de quimioterapia y consultorios en concordancia con los principios de calidad.
2	Velar, orientar y dar cumplimiento a las normas de bioseguridad en el Centro Oncológico y en la red de servicio adscrita al Centro.
3	Coordinar el sistema operativo del Centro Oncológico con la red adscrita (hospitalización, cirugía, exámenes paraclínicos y ayudas diagnósticas).
4	Coordinar con su equipo de trabajo: funcionamiento de la sala de quimioterapia, recepción de medicamentos suministrados por los usuarios, almacenamiento y conservación de los medicamentos en el área de quimioterapia de acuerdo a los requerimientos para cada molécula, consentimiento informado y garantía del servicio.
5	Verificar la aplicación de la quimioterapia ambulatoria y el control de la misma.
6	Asegurar un stock de medicamentos, insumos y materiales que garantice el funcionamiento de la sala de quimioterapia, consultorios y pequeña cirugía.
7	Demás funciones suministradas por el Jefe inmediato.

FUNCIONES SECUNDARIAS:

1	Velar por el manejo eficiente de las Historias Clínicas y verificar su actualización y soportes de prestación de servicios.
2	Verificar el diligenciamiento completo y oportuno de la papelería para cada usuario de acuerdo al modelo de atención fijado por el Centro Oncológico.
3	Control diario de carro de paro.
4	Realizar el pedido de medicamentos e insumos con proyección de un mes.
5	Coordinar la elaboración de epicrisis.
6	Coordinar la entrega de documentos a la división de Facturación según cronograma fijado por el C.O.
7	Participar en los programas de capacitación diseñados por el Centro Oncológico.
8	Participar activamente en los comités de cada departamento.


 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 51 de 76

CRITERIOS DE DESEMPEÑO	
1	Nº de tareas realizadas al día
2	Actitud para el trabajo
3	Iniciativa
4	Toma de decisiones
5	Calidad coordinadora
6	Conocimientos del puesto
7	Innovación del puesto
8	Honradez
9	Disciplina

COMPETENCIAS LABORALES	
1	Gerenciamiento de la Motivación del Personal
2	Conducción de Grupos de Trabajo
3	Liderazgo
4	Comunicación Eficaz
5	Sensibilidad y relaciones interpersonales
6	Calidad en el trabajo
7	Responsabilidad y compromiso
8	Dirección de Personas
9	Gestión del Cambio y Desarrollo de la Organización
10	Ética

REQUISITOS ACADÉMICOS
Enfermera Profesional


REQUISITOS GENERALES	
1	Conocimientos y manejo de Microsoft Excel, Microsoft Word, Open Office.
2	Conocimientos de archivos de documentos y manejo de inventarios.
3	Calidez Humana.
4	Conocimientos contables.
5.	Bioseguridad en el manejo de residuos sólidos hospitalarios.
6.	Manejo de medicamentos citostaticos.

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 52 de 76

HABILIDADES Y DESTREZAS	
1	Rapidez de decisión
2	Habilidad expresiva
3	Coordinación tacto visual
4	Coordinación general
5	Salud
6	Iniciativa
7	Creatividad
8	Capacidad de juicio
9	Atención
10	Nivel académico


RESPONSABILIDADES	
1	Operación de equipo
2	Uso de materiales
3	Supervisión del trabajo de otras personas
4	Seguridad del área
5	Mantenimiento integral

RIESGOS LABORALES EN EL PUESTO DE TRABAJO	
1	Desechos hospitalarios
2	Residuos de medicamentos
3	Microorganismos patógenos
4	Accidentes por corto punzante.
5	Enfermedad del aparato locomotor asociado a: traslado de usuarios y equipos, movilización y contención física de usuarios.
6	Exposición a enfermedades infectocontagiosas, en etapa de sospecha y confirmación diagnóstica
7	Exposición a fluidos corporales de alto riesgo.
8	Psicosociales
9	Físicos
10	Ergonómicos

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 53 de 76

CARGO : AUXILIAR DE ENFERMERÍA
AREA DE TRABAJO: Unidad de quimioterapia
SUPERIOR INMEDIATO: ENFERMERA JEFE DE LA UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA
AUTORIDAD SOBRE:

OBJETIVO DEL CARGO:	
Apoyar el área operativa de la prestación de servicios de salud al cliente externo en pro de mejorar la calidad y efectividad de los servicios contratados	
FUNCIONES :	
FUNCIONES PRINCIPALES:	
1	Recepción de usuarios en la sala de quimioterapia.
2	Diligenciar papelería correspondiente para la sala de quimioterapia del Centro Oncológico.
3	Suministrar premedicación ordenada por el médico tratante a cada usuario.
4	Canalizar a los usuarios que requieren procedimientos.
5	Preparar los medicamentos según la norma y protocolos.
6	Realizar el control de líquidos.
7	Control de aplicación de la quimioterapia.
8	Cumplir las actividades asignadas por la Enfermera Jefe en la coordinación de la sala de quimioterapia.
9	Solicitar los medicamentos e insumos requeridos para el funcionamiento del Centro Oncológico al Jefe de Enfermería.
10	Las demás funciones suministradas por el Jefe inmediato.
11	Organizar y responder por el archivo de historias clínicas de acuerdo a las normas vigentes.
12	Asistir al cliente externo en las actividades de movilización según limitaciones y equipos requeridos.
13	Implementar las acciones de intervención de los factores de riesgo en pro de garantizar la minimización de eventos adversos que se presenten en la atención ambulatoria.
14	Las demás funciones suministrada por el jefe inmediato.
FUNCIONES SECUNDARIAS:	
1	Cumplir con las normas de bioseguridad.
2	Cumplir con los requerimientos de recepción y conservación de los medicamentos.
3	Dotar los consultorios de material estéril y demás insumos para su funcionamiento.
4	Asistir a los diferentes profesionales en las actividades médicas y procedimientos realizados en el Centro Oncológico.
5	Realizar informes de gestión solicitados por la Jefe de Enfermería de la Unidad de quimioterapia.

 <p>CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i></p>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 54 de 76

6	Participar en los programas de capacitación diseñados por el Centro Oncológico.
7	Participar activamente en los comités de cada departamento.
8	Dotar de papelería a los consultorios (Historia Clínica, referencia - contrarreferencia, medicamentos)
9	Aplicar los principios y normativa del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), en cada una de las funciones de su desempeño en relación con su disciplina.
10	Interactuar con el cliente externo e interno de acuerdo con la misión, visión y políticas de servicios institucionales.
11	Aplicar técnica aséptica en todos los procedimientos de acuerdo con las medidas de prevención y control de las infecciones establecidas en el comité técnico científico.
12	Efectuar procedimientos especializados de limpieza, desinfección de equipos y área de trabajo.
13	Mantener el ambiente de trabajo en condiciones de higiene y seguridad acorde con la reglamentación empresarial.

CRITERIOS DE DESEMPEÑO


1	Nº de tareas realizadas al día
2	Actitud para el trabajo
3	Iniciativa
4	Toma de decisiones
5	Calidad coordinadora
6	Conocimientos del puesto
7	Innovación del puesto
8	Honradez
9	Disciplina

COMPETENCIAS LABORALES

1	Gerenciamiento de la Motivación del Personal
2	Conducción de Grupos de Trabajo
3	Liderazgo
4	Comunicación Eficaz
5	Dirección de Personas
6	Ética

REQUISITOS ACADÉMICOS

Auxiliar de Enfermería

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 55 de 76


REQUISITOS GENERALES	
1	Conocimientos y manejo de Microsoft Excel, Microsoft Word, Open Office.
2	Conocimientos de archivos de documentos y manejo de inventarios.
3.	Bioseguridad en el manejo de residuos sólidos hospitalarios.
4.	Manejo de medicamentos citostáticos.

HABILIDADES Y DESTREZAS	
1	Rapidez de decisión
2	Habilidad expresiva
3	Coordinación tacto visual
4	Coordinación general
5	Salud
6	Iniciativa
7	Creatividad
8	Capacidad de juicio
9	Atención
10	Nivel académico

EXPERIENCIA LABORAL	
1	Experiencia en cargos similares de 1 o más años.
2	Atención integral del cliente externo.
3	Excelentes relaciones interpersonales.

RESPONSABILIDADES	
1	Operación de equipo
2	Uso de materiales
3	Supervisión del trabajo de otras personas
4	Seguridad del área
5	Mantenimiento integral

RIESGOS LABORALES EN EL PUESTO DE TRABAJO	
1	Desechos hospitalarios
2	Residuos de medicamentos
3	Microorganismos patógenos
4	Accidentes por corto punzante.
5	Enfermedad del aparato locomotor asociado a: traslado de usuarios y equipos, movilización y contención física de usuarios.
6	Exposición a enfermedades infectocontagiosas, en etapa de sospecha y confirmación diagnóstica
7	Exposición a fluidos corporales de alto riesgo.
8	Psicosociales
9	Físicos
10	Ergonómicos

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 56 de 76


CARGO : AUXILIAR DE CONSULTA EXTERNA
AREA DE TRABAJO: Historias clínicas
SUPERIOR INMEDIATO: ENFERMERA JEFE DE LA UNIDAD DE QUIMIOTERAPIA
AUTORIDAD SOBRE:

OBJETIVO DEL CARGO:

Apoyar el área operativa de la prestación de servicios de salud en el área de consulta externa en pro de mejorar la calidad y efectividad de los servicios contratados

FUNCIONES :

FUNCIONES PRINCIPALES:	
1	Soportar el área de consulta externa (adecuación de consultorios de material estéril y demás insumos para su funcionamiento, apoyar al médico en las etapas de la consulta si ellos lo requieren).
2	Asistir a los diferentes profesionales en las actividades médicas y procedimientos realizados en el Centro Oncológico.
3	Organizar y responder por el archivo de historias clínicas de acuerdo a las normas vigentes.
4	Velar por la custodia, almacenamiento, manejo y préstamo de historias clínicas.
5	Organizar en los consultorios las historias clínicas de los pacientes programados por médico
6	Dotar de papelería a los consultorios (Historia Clínica, referencia - contrarreferencia, medicamentos NO POS y POS
7	Recepcionar las órdenes médicas por paciente y brindar asesoría de la conducta a seguir.
8	Socializar los derechos y deberes que tienen los usuarios en el momento de recibir los servicios ofertados por el Centro Oncológico.
9	Gestionar las encuestas de satisfacción del usuario por semana y generar el consolidado de los resultados obtenidos.
10	Interactuar con el cliente externo e interno de acuerdo con la misión, visión y políticas de servicios institucionales.
11	Aplicar técnica aséptica en todos los procedimientos de acuerdo con las medidas de prevención y control de las infecciones establecidas en el comité técnico científico.
12	Efectuar procedimientos especializados de limpieza, desinfección de equipos y área de trabajo.
13	Asistir al cliente externo en las actividades de movilización según limitaciones y equipos requeridos.
14	Las demás funciones suministrada por el jefe inmediato.
FUNCIONES SECUNDARIAS:	
1	Diligenciar papelería correspondiente para el proceso de autorización (orden médica, fotocopia de la cedula, fotocopia del carné, evolución).
2	Gestionar las autorizaciones con auditoría médica y auxiliar de autorización en pro de la atención oportuna del cliente externo.
3	Suministrar premedicación ordenada por el médico tratante a cada paciente.

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 57 de 76

4	Apoyar al área de quimioterapia en el área técnica y/o administrativa cuando se requiera.
5	Apoyar al área de atención al cliente (citas por teléfono, citas presenciales, agendas de los médicos, recepción de documentos).
6	Cumplir con las normas de bioseguridad.
7	Cumplir con los requerimientos del área de consulta externa.
8	Solicitar los insumos requeridos para el funcionamiento del área de consulta externa.
9	Realizar informes de gestión solicitados por la Jefe de Enfermería de la Unidad de quimioterapia.
10	Participar en los programas de capacitación diseñados por el Centro Oncológico.
11	Participar activamente en los comités de cada departamento.
12	Gestionar los informes requeridos por auditoría médica.
13	Aplicar los principios y normativa del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), en cada una de las funciones de su desempeño en relación con su disciplina.
14	Implementar las acciones de intervención de los factores de riesgo en pro de garantizar la minimización de eventos adversos que se presenten en la atención ambulatoria.
15	Mantener el ambiente de trabajo en condiciones de higiene y seguridad acorde con la reglamentación empresarial.

CRITERIOS DE DESEMPEÑO


1	Nº de tareas realizadas al día
2	Actitud para el trabajo
3	Iniciativa
4	Toma de decisiones
5	Calidad coordinadora
6	Conocimientos del puesto
7	Innovación del puesto
8	Honradez
9	Disciplina

COMPETENCIAS LABORALES

1	Conducción de Grupos
2	Liderazgo
3	Comunicación Eficaz
4	Dirección de Personas
5	Ética

REQUISITOS ACADÉMICOS

Auxiliar de Enfermería

 CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 58 de 76


REQUISITOS GENERALES	
1	Conocimientos y manejo de Microsoft Excel, Microsoft Word, Open Office.
2	Conocimientos de archivos de documentos y manejo de inventarios.
3	Bioseguridad en el manejo de residuos sólidos hospitalarios.
4	Manejo de medicamentos citostaticos.

HABILIDADES Y DESTREZAS	
1	Rapidez de decisión
2	Habilidad expresiva
3	Coordinación tacto visual
4	Coordinación general
5	Salud
6	Iniciativa
7	Creatividad
8	Capacidad de juicio
9	Atención
10	Nivel académico

EXPERIENCIA LABORAL	
1	Experiencia en cargos similares de 1 o más años.
2	Atención integral del cliente externo.
3	Excelentes relaciones interpersonales.

RESPONSABILIDADES	
1	Operación de equipo
2	Uso de materiales
3	Seguridad del área

RIESGOS LABORALES EN EL PUESTO DE TRABAJO	
1	Desechos hospitalarios
2	Residuos de medicamentos
3	Microorganismos patógenos
4	Accidentes por corto punzante.
5	Enfermedad del aparato locomotor asociado a: traslado de pacientes y equipos, movilización y contención física de pacientes.
6	Exposición a enfermedades infectocontagiosas, en etapa de sospecha y confirmación diagnóstica
7	Exposición a fluidos corporales de alto riesgo.
8	Psicosociales
9	Físicos
10	Ergonómicos


 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 59 de 76

CARGO : SERVICIOS GENERALES AREA DE TRABAJO: Instalaciones físicas del Centro Oncológico SUPERIOR INMEDIATO: Talento Humano AUTORIDAD SOBRE:

OBJETIVO DEL CARGO:
Velar por la buena presentación y orden del Centro Oncológico

FUNCIONES :	
FUNCIONES PRINCIPALES:	
1	Responder por la buena presentación del Centro Oncológico.
2	Suministrar insumos a cada unidad funcional para la recolección de desechos sólidos.
3	Manipular los desechos sólidos de cada unidad funcional al área de almacenamiento y entregar los mismos a la Empresa transportadora.
4	Cumplir con las normas de bioseguridad.
5	Responder por la atención al cliente interno y externo del Centro Oncológico.
6	Apojar al área administrativa en los oficios varios del Centro Oncológico.
7	Demás funciones suministradas por el Jefe inmediato.
FUNCIONES SECUNDARIAS:	
1	Participar en los programas de capacitación diseñados por el Centro Oncológico.
2	Participar activamente en los comités de cada departamento.

CRITERIOS DE DESEMPEÑO	
1	Nº de tareas realizadas al día
2	Actitud para el trabajo
3	Iniciativa
4	Toma de decisiones
5	Calidad coordinadora
6	Conocimientos del puesto
7	Innovación del puesto
8	Honradez
9	Disciplina

 CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 60 de 76

COMPETENCIAS LABORALES	
1	Conducción de Grupos
2	Liderazgo
3	Comunicación Eficaz
4	Dirección de Personas
5	Ética


REQUISITOS ACADÉMICOS
Básica Primaria

REQUISITOS GENERALES	
1	Normas de bioseguridad de los residuos sólidos hospitalarios.
2.	Elementos de protección personal para el desarrollo de las actividades a realizar.
3	Manejo de medicamentos citostaticos.

HABILIDADES Y DESTREZAS	
1	Rapidez de decisión
2	Habilidad expresiva
3	Coordinación tacto visual
4	Coordinación general
5	Salud
6	Iniciativa
7	Creatividad
8	Capacidad de juicio
9	Atención
10	Nivel académico


EXPERIENCIA LABORAL	
1	Experiencia en cargos similares de 1 año.
2	Excelentes relaciones interpersonales.

RESPONSABILIDADES	
1	Operación de equipo
2	Uso de materiales
3	Seguridad del área

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 61 de 76

RIESGOS LABORALES EN EL PUESTO DE TRABAJO	
1	Desechos hospitalarios
2	Residuos de medicamentos
3	Microorganismos patógenos
4	Accidentes por corto punzante.
6	Exposición a enfermedades infectocontagiosas, en etapa de sospecha y confirmación diagnóstica
7	Síndrome de Burnout.
8	Exposición a fluidos corporales de alto riesgo.
9	Psicosociales
10	Físicos
11	Ergonómicos


COPIA CONTROLADA

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 62 de 76

CARGO: AUTORIZADOR.
AREA DE TRABAJO: Respectiva Sede del Centro Oncológico Ltda.
SUPERIOR INMEDIATO: COORDINADOR MÉDICO
AUTORIDAD SOBRE:

OBJETIVO DEL CARGO:
 Autorizar las órdenes médicas generadas por el Centro Oncológico Ltda.

FUNCIONES :	
FUNCIONES PRINCIPALES:	
1	Estandarizar el sistema de autorización a nivel local con el fin de implementar sistemas dinámicos y proactivos que permitan la racionalización del costo médico a un alto nivel de calidad.
2	Verificar la base de datos de la Empresa aseguradora los derechos del usuario, soportar las autorizaciones con los soportes requeridos para la facturación del servicio.
3	Identificar en el modulo de autorizaciones los campos de aseguradora, contratos, proveedores, tarifarios a utilizados según la contratación realizada con el Centro Oncológico Ltda.
4	Diseñar plantillas de costo médico de los servicios autorizados por la sede a la Gerencia de servicios y coordinación médica en forma oportuna y verídica para toma de decisiones.
5	Generar un informe de gestión a la Coordinación médica acerca de los montos autorizados en la sede para facilitar la toma de decisiones que garantice la racionalidad técnica científica.
6	Velar por la efectividad y oportunidad de la red de servicio externa, garantizando la excelencia en la calidad de servicio y la racionalización presupuestal del servicio contratado.
7	Manejar los tarifarios ISS 2001, ISS2004, SOAT, paquetes de procedimientos, acuerdo 228 del 2001, modulo de autorizaciones, modulo de facturación, herramienta de costo medico, herramienta control de autorizaciones.
8	Conocer los contratos generados por la seccional con el fin de determinar inclusiones y exclusiones para la prestación de servicios de salud a los usuarios a atender en el Centro Oncológico Ltda.
9	Autorizar los servicios requeridos por el usuario.
10	Velar por la calidad del servicio y el cumplimiento de los estándares de calidad.
11	Interactuar con el cliente interno y externo según normas institucionales y políticas de servicio
12	Demás funciones requeridas por el Jefe Inmediato.

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 63 de 76

FUNCIONES SECUNDARIAS:	
1	Socializar al servicio de atención al cliente, auxiliar de consulta externa y coordinación de SIAU las bases de datos de los usuarios por aseguradora, exclusiones e inclusiones de los contratos a realizar.
2	Elaborar informes semanales, mensuales, trimestrales, anuales de las actividades relacionadas al área de autorizaciones.
3	Realizar informes requeridos por las ARS o EPS contratantes.
4	Participar en los programas de capacitación diseñados por el Centro Oncológico.
5	Participar activamente en los comités de cada departamento.
6	Generar los indicadores de calidad requeridos por la auditoria médica y por la supersalud en pro de lograr la excelencia en el servicio, oportunidad del servicio, control afiliados atendidos, control de autorizaciones de servicio, quejas del servicio, control de afiliados usuarios nuevos.


CRITERIOS DE DESEMPEÑO	
1	Nº de tareas realizadas al día
2	Actitud para el trabajo
3	Iniciativa
4	Toma de decisiones
5	Calidad coordinadora

CRITERIOS DE DESEMPEÑO	
6	Conocimientos del puesto
7	Innovación del puesto
8	Honradez
9	Disciplina

COMPETENCIAS LABORALES	
1	Conducción de Grupos
2	Liderazgo
3	Comunicación Eficaz
4	Dirección de Personas
5	Ética

REQUISITOS ACADÉMICOS	
Técnico en sistemas	
Bachiller Técnico	

REQUISITOS GENERALES	
1	Conocimientos y manejo de Microsoft Excel, Microsoft Word, Base de Datos, Open Office.
2	Calidez Humana.
3	Conocimientos contables.


 <p>CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i></p>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 64 de 76

HABILIDADES Y DESTREZAS	
1	Rapidez de decisión
2	Habilidad expresiva
3	Coordinación tacto visual
4	Coordinación general
5	Salud
6	Iniciativa
7	Creatividad
8	Capacidad de juicio
9	Atención
10	Nivel académico

EXPERIENCIA LABORAL	
1	Experiencia en cargos similares de 2 años.
2	Manejo del sistema de registros individuales de atención.
3	Conocimientos en informática, Base de Datos.
4	Conocimiento del manual tarifario.
5	Conocimientos en auditorías de cuentas médicas.

RESPONSABILIDADES	
1	Operación de equipo
2	Uso de materiales
3	Seguridad del área

RIESGOS LABORALES EN EL PUESTO DE TRABAJO	
1	Psicosociales
2	Físicos
3	Ergonómicos

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 65 de 76

CARGO : Revisor Fiscal
AREA DE TRABAJO: Respectiva Sede del Centro Oncológico Ltda.
SUPERIOR INMEDIATO: Junta de Socios
AUTORIDAD SOBRE:

OBJETIVO DEL CARGO:

Supervisar y coordinar las actividades fiscales del Centro Oncológico, asesorando a la Dirección Ejecutiva en estos aspectos de acuerdo con la normativa establecida garantizando la correcta tributación y cumplimiento de las obligaciones fiscales.

FUNCIONES :

FUNCIONES PRINCIPALES:

1	Analizar las implicaciones fiscales de las actividades y proyectos propios del Centro Oncológico, estableciendo estrategias fiscales.
2	Gestionar los procesos y trámites fiscales del Centro Oncológico.
3	Estudiar las consecuencias para el Centro Oncológico de cambios en la normatividad fiscal vigente.
4	Mantener relaciones con las Administraciones Tributarias.
5	Mantener un sistema de información y archivos de aspectos fiscales.
6	Asegurar el cumplimiento de las obligaciones fiscales en plazo y forma, velando por su estricto cumplimiento.
8	Coordinar las actividades de asesor externo en materia fiscal.
9	Auditar la información contable, tanto anual como mensualmente, verificando que sea el fiel reflejo de las operaciones económicas.
10	Analizar los flujos económicos del Centro Oncológico.
11	Verificar que las cuantías de las partidas de activo, pasivo y cuentas de resultados estén soportadas documentalmente.
13	Comprobar que la actuación de las diferentes Direcciones del Centro Oncológico se ajuste a las normas existentes de control interno.
14	Realizar presupuestos y pronósticos de carácter financiero, tanto a nivel de todo el Centro Oncológico, como de cada dirección.
15	Analizar los balances y cuentas de resultados del Centro Oncológico con periodicidad mensual, trimestral y anual.
16	Controlar las desviaciones presupuestarias, proponiendo medidas correctivas y ajustando los presupuestos.
19	Colaborar con el desarrollo de controles contables, sistemas de contabilización y otros aspectos financieros.
20	Identificar factores de riesgo para el Centro Oncológico.
21	Generar e implementar metodologías, procedimientos y controles de los recursos financieros.
22	Demás funciones suministradas por el Jefe inmediato.



SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
	Página 66 de 76

FUNCIONES SECUNDARIAS:	
1	Asesorar en su ámbito a las Direcciones del Centro Oncológico que lo soliciten.
2	Elaborar informes sobre las verificaciones efectuadas, realizando recomendaciones y salvedades.
3	Realizar estudios financieros de diverso tipo: control de gastos, análisis de inversión, indicadores financieros, rotaciones financieras.
4	Realizar recomendaciones respecto a cómo contabilizar partidas de activos, reservas, amortizaciones.

CRITERIOS DE DESEMPEÑO	
1	Nº de tareas realizadas al día
2	Actitud para el trabajo
3	Iniciativa
4	Toma de decisiones

CRITERIOS DE DESEMPEÑO	
5	Calidad coordinadora
6	Conocimientos del puesto
7	Innovación del puesto
8	Honradez
9	Disciplina

COMPETENCIAS LABORALES	
1	Conducción de Grupos
2	Liderazgo
3	Comunicación Eficaz
4	Dirección de Personas
5	Ética

REQUISITOS ACADÉMICOS	
Contador Público	

REQUISITOS GENERALES	
1	Conocimientos tributarios.
2	Conocimiento en sistemas contables y estados financieros.
3	Manejo de programas contables




SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
	Página 67 de 76

HABILIDADES Y DESTREZAS	
1	Rapidez de decisión
2	Habilidad expresiva
3	Apoyo a los colaboradores
4	Excelentes relaciones interpersonales
5	Pensamiento estratégico
6	Iniciativa
7	Creatividad
8	Capacidad de juicio
9	Orientación a resultados
10	Nivel académico

EXPERIENCIA LABORAL	
1	Experiencia en cargos similares de 3 - 5 años.

RESPONSABILIDADES	
1	Operación de equipo
2	Uso de materiales
3	Seguridad del área

RIESGOS LABORALES EN EL PUESTO DE TRABAJO	
1	Psicosociales
2	Físicos
3	Ergonómicos

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 68 de 76

CARGO : GESTOR TECNOLOGÍA Y MANTENIMIENTO
AREA DE TRABAJO: Respectiva Sede del Centro Oncológico Ltda.
SUPERIOR INMEDIATO: Director de Calidad y Control Interno
AUTORIDAD SOBRE:

OBJETIVO DEL CARGO:

Velar por el estudio y la gestión de provisión justa de equipos y herramientas que garanticen la correcta operación del CENTRO ONCOLÓGICO y el buen funcionamiento de los mismos mediante un mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo.

FUNCIONES :

FUNCIONES PRINCIPALES:


1	Elaborar el plan anual de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo de los equipos de la organización.
2	Administración de la infraestructura de informática.
3	Elaborar periódicamente copias de seguridad de las Bases de Datos.
4	Realizar funciones de HELPDESK (soporte de usuarios).
5	Administrar y actualizar el sitio WEB del CENTRO ONCOLÓGICO.
6	Las demás funciones que su Jefe inmediato asigne.

FUNCIONES SECUNDARIAS:

1	Desempeñar funciones de consultor e interventor para la adquisición de equipos y para la contratación de servicios relacionados con tecnología electrónica y sistemas de información.
2	Participar en los comités de la organización.
3	Participar en el programa de capacitación y desarrollo de talento humano.

CRITERIOS DE DESEMPEÑO

1	Nº de tareas realizadas al día
2	Actitud para el trabajo
3	Iniciativa
4	Toma de decisiones
5	Calidad coordinadora
6	Conocimientos del puesto
7	Innovación del puesto
8	Honradez
9	Disciplina

 CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 69 de 76

COMPETENCIAS LABORALES	
1	Conducción de Grupos
2	Liderazgo
3	Comunicación Eficaz
4	Dirección de Personas
5	Ética

REQUISITOS ACADÉMICOS
Ingeniero Electrónico


REQUISITOS GENERALES	
1	Conocimientos en Seguridad social en salud.
2	Conocimiento del Sistema de garantía de calidad en salud.
3	Conocimientos en Costos en salud.
4	Manejo de la red.

HABILIDADES Y DESTREZAS	
1	Rapidez de decisión
2	Habilidad expresiva
3	Apoyo a los colaboradores
4	Excelentes relaciones interpersonales
5	Pensamiento estratégico
6	Iniciativa
7	Creatividad
8	Capacidad de juicio
9	Orientación a resultados
10	Nivel académico

EXPERIENCIA LABORAL	
1	Experiencia en el área de 1 o más años.


RESPONSABILIDADES	
1	Operación de equipo
2	Uso de materiales
3	Seguridad del área

RIESGOS LABORALES EN EL PUESTO DE TRABAJO	
1	Psicosociales
2	Físicos
3	Ergonómicos

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 70 de 76


CARGO: COORDINADOR DE ZONAL.
AREA DE TRABAJO: Respectiva Sede del Centro Oncológico Ltda.
SUPERIOR INMEDIATO: Director Técnico Científico
AUTORIDAD SOBRE:

OBJETIVO DEL CARGO:	
Planear, organizar, dirigir y gestionar un contingente de talento humano con habilidad y motivación para el cumplimiento de los objetivos de la organización.	
FUNCIONES :	
FUNCIONES PRINCIPALES:	
1	Diseñar e implementar políticas y procedimientos para la gestión del talento humano mediante circulares, reuniones o contactos personales.
2	Capturar los requerimientos de talento humano con el fin de realizar el procedimiento de reclutamiento, selección de los funcionarios para la prestación del servicio con FOB de la Gerencia Administrativa y Financiera.
3	Verificación de documentos y requerimientos por cargo que refleje su idoneidad y competencia para su desarrollo eficiente.
4	Legalizar el tipo de contratación por funcionario, afiliaciones a seguridad social, parafiscales y al sistema de riesgos profesionales de acuerdo a la normatividad vigente. Socialización de las funciones pertinentes al cargo y generar compromiso activo del funcionario con la Institución.
5	Actualizar el manual de cargos, perfiles y competencias de acuerdo a las políticas generadas por la alta dirección del Centro Oncológico.
6	Asegurar la consolidación de hojas de vida, con el fin de garantizar la información en forma oportuna, verídica y clara del talento humano profesional, técnico, bachiller y aprendiz.
7	Gestionar los procesos de inducción y capacitación requeridos por el funcionario contratado con el jefe inmediato y direcciones de área.
8	Gestionar y consolidar los instrumentos de evaluación de desempeño por direcciones de área, con el fin de generar un plan de mejoramiento continuo que garantice la idoneidad del Talento Humano del Centro Oncológico.
9	Direccionar planes estratégicos de formación, capacitación, reinducción al talento humano, con el fin de estandarizar procesos, procedimientos en pro de posicionar al centro oncológico en forma competitiva frente al mercado y en busca del mejoramiento continuo.
10	Coordinar y monitorear el cumplimiento eficiente de las funciones y competencias por cargo, con el fin de crear un sistema dinámico que garantice su implementación a corto tiempo.
11	Coordinar la ejecución del comité de gestión de desarrollo administrativo y financiero.
12	Gestionar los indicadores de ausentismo, accidentes de trabajo, horas extras, permisos, incapacidades del talento humano a nivel nacional y zonal.

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 71 de 76

13	Crear, mantener y desarrollar condiciones organizacionales de aplicación, desarrollo y satisfacción plena del talento humano y alcance de objetivos individuales, grupales y organizacionales a nivel zonal.
14	Crear e implementar un sistema dinámico aplicado al crecimiento y conservación de esfuerzo y expectativas organizacionales y del cliente interno.
15	Diseñar e implementar los planes del bienestar social, culturales, deportivos y de salud ocupacional con el fin de incentivar e integrar al cliente interno.
16	Garantizar la diversidad en el puesto de trabajo.
17	Brindar ayuda al cliente interno en función de mantener la armonía entre ellos y además generar solución a problemas laborales generados en las diferentes áreas del Centro Oncológico.
18	Desarrollar un marco personal basado en competencias.

FUNCIONES SECUNDARIAS:	
1	Elaborar el trámite de novedades del cliente interno, diligenciar la nomina mensual para su respectivo pago por la Dirección Nacional financiera.
2	Reporte de novedades de Talento Humano
3	Desarrollar una política estratégica que permita motivar y comprometer al cliente interno con los objetivos corporativos del Centro Oncológico en pro del crecimiento individual y organizacional en búsqueda de la excelencia.
4	Realizar y gestionar el presupuesto de gastos del talento humano
5	Velar por el cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos en el reglamento interno.
6	Implementar y gestionar el sistema de información del Centro Oncológico.
7	Realizar contratos con la red de servicios, proveedores y las diferentes administradoras de servicios.
8	Participar activamente en los comités de cada departamento.
9	Realizar el oportuno recobro de cartera de la sede.
10	Demás funciones suministradas por el Jefe inmediato.
CRITERIOS DE DESEMPEÑO	
1	Nº de tareas realizadas al día
2	Actitud para el trabajo
3	Iniciativa
4	Toma de decisiones
5	Calidad coordinadora
6	Conocimientos del puesto
7	Innovación del puesto
8	Honradez
9	Disciplina

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 72 de 76


COMPETENCIAS LABORALES	
1	Conducción de Grupos
2	Liderazgo
3	Comunicación Eficaz
4	Dirección de Personas
5	Ética

REQUISITOS ACADÉMICOS
Profesional en área de la salud, Administración de Empresas o Ingeniería Industrial

REQUISITOS GENERALES	
1	Conocimientos y manejo de Microsoft Excel, Microsoft Word, Open Office.
2	Conocimientos de planeación estratégico y desarrollo organizacional.
3	Capacitación en Gestión y desarrollo del recurso humano.
4	Sistemas de priorización y toma de decisiones.
5	Sistemas efectivos de medición, evaluación de resultados de desempeño.
6	Programa de seguridad industrial y salud ocupacional.

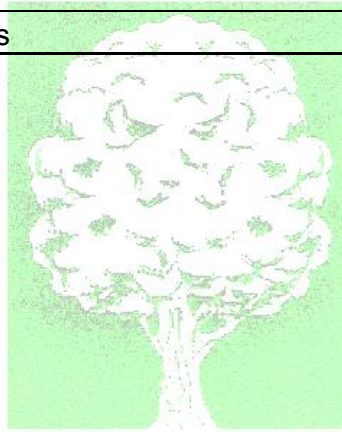
HABILIDADES Y DESTREZAS	
1	Rapidez de decisión
2	Habilidad expresiva
3	Apoyo a los colaboradores
4	Excelentes relaciones interpersonales
5	Pensamiento estratégico
6	Iniciativa
7	Creatividad
8	Capacidad de juicio
9	Orientación a resultados
10	Nivel académico

EXPERIENCIA LABORAL	
1	Experiencia en cargos similares de 1 - 3 años.
2	Manejo organizacional y gestión humana.
3	Excelentes relaciones interpersonales.


	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 73 de 76

RESPONSABILIDADES	
1	Operación de equipo
2	Uso de materiales
3	Seguridad del área

RIESGOS LABORALES EN EL PUESTO DE TRABAJO	
1	Psicosociales
2	Físicos
3	Ergonómicos




COPIA CONTROLADA

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 74 de 76

CARGO : NUTRICIÓN Y DIETÉTICA AREA DE TRABAJO: Consulta Externa SUPERIOR INMEDIATO: COORDINADOR MÉDICO AUTORIDAD SOBRE: 1 Auxiliar de Consulta Externa

OBJETIVO DEL CARGO:
Desarrollar actividades de educación, evaluación, asesoría y atención en el área de Nutrición y Dietética.

FUNCIONES	
FUNCIONES PRINCIPALES:	
1	Manejo nutricional integral de los usuarios -clientes de las diferentes patologías que acuden a la Institución.
2	Asistencia nutricional ambulatoria de los usuarios -clientes de las diferentes patologías que solicitan servicios asistenciales en la Institución.
3	Programación de minutas y controles nutricionales a los usuarios-clientes del Centro Oncológico Ltda.
4	Liderar el Comité de apoyo
5	Difundir el conocimiento de las ciencias en el ámbito de la nutrición, alimentación saludable, consejos prácticos de los alimentos para mejorar su estado nutricional y calidad de vida.
6	Diseñar procedimientos, protocolos, guías de manejo, formatos e información de los pacientes con el fin de estandarizar la atención ambulatoria de nuestros usuarios en el área de nutrición y dietética.
7	Socializar con el grupo asistencial la documentación científica relacionada con el área nutrición y dietética.
8	Implementar proyectos relacionados con la Nutrición, alimentación y Dietética en los usuarios y cliente interno con el fin de crear una cultura prevencionista y saludable.
9	Realizar visitas domiciliarias a los usuarios con el fin de evaluar la situación real de nuestros usuarios y así crear un plan de contingencia que garantice la efectividad de los tratamientos y conductas a seguir.
10	Desarrollar actividades de investigación en el área de nutrición y dietética.
11	Participar activamente en los programas de nutrición y de salud desarrollados en el Centro Oncológico Ltda.
12	Demás funciones designadas por el Jefe inmediato.
FUNCIONES SECUNDARIAS:	
1	Identificar requerimientos de equipos necesarios para la prestación eficiente del servicio ambulatorio en el área de nutrición y dietética.
2	Participar activamente en los comités de cada departamento.
3	Participar en las actividades del grupo de apoyo.

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 75 de 76


4	Diligenciar las historias clínicas de cada uno de los pacientes cumpliendo con los requerimientos referidos en el manual de historias clínicas diseñado por el Centro Oncológico Ltda.
5	Realizar convenios con laboratorios para la socialización de manejo, administración y almacenamiento de medicamentos con el fin de actualizar la información técnica científica y realizar actividades colectivas que permita fomentar los buenos hábitos alimenticios.
6	Generar los indicadores de atención nutricional por: patologías, empresa contratante, área de servicio (quimioterapia, consulta externa, grupo de apoyo, paquete integral) generado en el área de nutrición y dietética.

CRITERIOS DE DESEMPEÑO	
1	Nº de tareas realizadas al día
2	Actitud para el trabajo
3	Iniciativa
4	Toma de decisiones
5	Calidad coordinadora
6	Conocimientos del puesto
7	Innovación del puesto
8	Honradez
9	Disciplina

COMPETENCIAS LABORALES	
1	Comunicación Eficaz
2	Dirección de Personas
3	Sensibilidad y relaciones interpersonales
4	Calidad en el trabajo
5	Responsabilidad y compromiso
6	Ética

REQUISITOS ACADÉMICOS	
Nutrición y Dietética.	

REQUISITOS GENERALES	
1	Conocimientos y manejo de Microsoft Excel, Microsoft Word, Open Office.
2	Conocimientos en seguridad social en salud.
3	Conocimientos en Sistemas de calidad en salud.
4	Conocimiento en atención dietética para pacientes con patologías oncológicas y VIH -SIDA.

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: TH-MA-01
	MANUAL DE FUNCIONES	Versión: 01
		Página 76 de 76

HABILIDADES Y DESTREZAS	
1	Excelentes relaciones interpersonales
2	Habilidad expresiva
3	Coordinación tacto visual
4	Coordinación general
5	Capacidad de juicio
6	Atención
7	Nivel académico

EXPERIENCIA LABORAL	
1	Experiencia en cargos similares de 1 año.
2	Atención integral del cliente externo en el área de nutrición y dietética.


RESPONSABILIDADES	
1	Operación de equipo
2	Uso de materiales
3	Decisiones
4	Seguridad del área
5	Mantener buenas relaciones con clientes internos y externos
6	Manejo de documentos de alta confidencialidad

RIESGOS LABORALES EN EL PUESTO DE TRABAJO	
1	Microorganismos patógenos
2	Exposición a enfermedades infectocontagiosas, en etapa de sospecha y confirmación diagnóstica
3	Psicosociales
4	Físicos
5	Ergonómicos

5. CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
1	Marzo 25 de 2009	Creación del documento


ANEXO G: PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA

	SERVICIO ADMINISTRATIVO		Código: GC-FO-21	
	PROGRAMA DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD			Versión : 01
				Página 352 de 3
Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo	Aprobó: Gerente General		Fecha de aprobación: Febrero 24 de 2009	


FECHA DE ELABORACIÓN	PROGRAMACIÓN	
	DESDE	HASTA
Mayo 18 de 2009	Junio 12 de 2009	Junio 16 de 2009

<p>OBJETIVO DE LA AUDITORÍA : DETERMINAR EL GRADO DE CONFORMIDAD DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA., CON RELACIÓN A LOS REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000; ASÍ COMO EVALUAR LA CAPACIDAD DEL ANTERIOR SISTEMA PARA ASEGURAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS LEGALES, LOS REQUISITOS DEL CLIENTE Y OTROS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD; Y EXAMINAR LA EFICIENCIA, LA EFICACIA Y LA EFECTIVIDAD PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS Y LAS METAS PLANEADAS Y DE ESTA FORMA, IDENTIFICAR CUÁLES SON LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA POTENCIAL EN LA ENTIDAD.</p>
<p>ALCANCE DE LA AUDITORÍA: REQUISITOS DE LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC ISO 9001:2000 DOCUMENTACION DEL SGC.</p>
<p>PROCESOS HISTORIAS CLINICAS AUTORIZACIONES FARMACIA CONSULTA EXTERNA QUIMIOTERAPIA GESTIÓN DE CALIDAD</p>
<p>CRITERIOS DE LA AUDITORÍA: REQUISITOS DE LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC ISO 9001:2000 REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS</p>
<p>METODOLOGÍA PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA INTERNA</p>

Fecha	Hora		Auditado	Proceso	Auditores
	Inicio	Fin			
Junio 12 de 2009	7:30 AM	9:30 AM	Johanna Bossa, Enfermera jefe	QUIMIOTERÁPIA	ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA


 CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO		Código: GC-FO-21
	PROGRAMA DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD		Versión No. 01
			Página 353 de 3

Fecha	Hora		Auditado	Proceso	Auditores
	Inicio	Fin			
Junio 12 de 2009	9:30 AM	11:00 AM	Yolanda Torres, Química farmacéutica	FARMACIA	ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA
Junio 16 de 2009	11:00 AM	12:00 PM	Dayana Álvarez, Auxiliar de Consulta Externa	HISTORIAS CLÍNICAS	ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA
Junio 12 de 2009	2:00 PM	3:00 PM	Alexander González, Jefe de Autorizaciones	AUTORIZACIONES	ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA
Junio 12 de 2009	3:00 PM	5:00 PM	Rosa Acevedo, Atención al Usuario	CONSULTA EXTERNA	ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA

	SERVICIO ADMINISTRATIVO		Código: GC-FO-21
	PROGRAMA DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD		Versión No. 01
			Página 3 de 3

Fecha	Hora		Auditado	Proceso	Auditores
	Inicio	Fin			
Junio 16 de 2009	8:00 AM	10:00 AM	María Cecilia Méndez, Directora de Calidad y Control Interno	GESTION DE CALIDAD	ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA


ELABORADO POR:	EQUIPO AUDITOR
REVISADO POR:	AUDITOR LÍDER
APROBADO POR:	GERENTE GENERAL

	SERVICIO ADMINISTRATIVO		Código: GC-FO-21	
	PROGRAMA DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD			Versión : 01
				Página 355 de 3
Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo	Aprobó: Gerente General		Fecha de aprobación: Febrero 24 de 2009	


FECHA DE ELABORACIÓN	PROGRAMACIÓN	
	DESDE	HASTA
Junio 17 de 2009	Julio 10 de 2009	Julio 13 de 2009

<p>OBJETIVO DE LA AUDITORÍA : DETERMINAR EL GRADO DE CONFORMIDAD DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA., CON RELACIÓN A LOS REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000; ASÍ COMO EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS LEGALES, LOS REQUISITOS DEL CLIENTE; Y EXAMINAR LA EFECTIVIDAD PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS Y LAS METAS PLANEADAS Y DE ESTA FORMA IDENTIFICAR CUÁLES SON LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA POTENCIAL EN LA ENTIDAD Y VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS GENERADAS POR LA PRIMERA AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD.</p>
<p>ALCANCE DE LA AUDITORÍA: REQUISITOS DE LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC ISO 9001:2000 DOCUMENTACION DEL SGC.</p>
<p>PROCESOS HISTORIAS CLINICAS AUTORIZACIONES FARMACIA CONSULTA EXTERNA QUIMIOTERAPIA GESTIÓN DE CALIDAD COMPRAS</p>
<p>CRITERIOS DE LA AUDITORÍA: REQUISITOS DE LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC ISO 9001:2000 REQUISITOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS</p>
<p>METODOLOGÍA PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA INTERNA</p>

Fecha	Hora		Auditado	Proceso	Auditores
	Inicio	Fin			
Julio 10 de 2009	7:30 AM	9:30 AM	Johanna Bossa, Enfermera jefe	QUIMIOTERÁPIA	ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA

	SERVICIO ADMINISTRATIVO		Código: GC-FO-21
	PROGRAMA DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD		Versión No. 01
			Página 356 de 3


Fecha	Hora		Auditado	Proceso	Auditores
	Inicio	Fin			
Julio 10 de 2009	9:30 AM	11:00 AM	Yolanda Torres, Química farmacéutica	FARMACIA	ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA
Julio 13 de 2009	11:00 AM	12:00 PM	Dayana Álvarez, Auxiliar de Consulta Externa	HISTORIAS CLÍNICAS	ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA
Julio 10 de 2009	2:00 PM	3:00 PM	Alexander González, Jefe de Autorizaciones	AUTORIZACIONES	ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA
Julio 10 de 2009	3:00 PM	5:00 PM	Rosa Acevedo, Atención al Usuario	CONSULTA EXTERNA	ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-FO-21
	PROGRAMA DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	Versión No. 01
		Página 3 de 3

Fecha	Hora		Auditado	Proceso	Auditores
	Inicio	Fin			
Julio 13 de 2009	8:00 AM	10:00 AM	María Cecilia Méndez, Directora de Calidad y Control Interno	GESTION DE CALIDAD	ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA
Julio 13 de 2009	2:00 PM	4:00 PM	Piedad Sanabria, Directora de Servicios y Análisis de Riesgo	COMPRAS	ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA


ELABORADO POR:	EQUIPO AUDITOR
REVISADO POR:	AUDITOR LÍDER
APROBADO POR:	GERENTE GENERAL

ANEXO H: PLAN DE AUDITORÍA INTERNA


	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-FO-09
	PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	Versión No. 01
		Página 1 de 4
Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo	Aprobó: Gerente General	Fecha de aprobación: Febrero 24 de 2009

Auditoría N°: AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD NUMERO 1	Fecha: Junio 12 y 16 de 2009
--	-------------------------------------

OBJETIVO DE LA AUDITORÍA :	
<p>DETERMINAR EL GRADO DE CONFORMIDAD DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA., CON RELACIÓN A LOS REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000; ASÍ COMO EVALUAR LA CAPACIDAD DEL ANTERIOR SISTEMA PARA ASEGURAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS LEGALES, LOS REQUISITOS DEL CLIENTE Y OTROS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD; Y EXAMINAR LA EFICIENCIA, LA EFICACIA Y LA EFECTIVIDAD PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS Y LAS METAS PLANEADAS Y DE ESTA FORMA, IDENTIFICAR CUÁLES SON LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA POTENCIAL EN LA ENTIDAD.</p>	
ALCANCE DE LA AUDITORÍA:	
<p>LA AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD SE VA A REALIZAR A LOS PROCESOS DE AUTORIZACIONES, HISTORIAS CLÍNICAS, CONSULTA EXTERNA, FARMACIA Y QUIMIOTERÁPIA DEL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA.</p>	
CRITERIOS DE LA AUDITORÍA:	
<p>REQUISITOS DE LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC ISO 9001:2000</p>	
AUDITOR LÍDER:	EQUIPO AUDITOR:
ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ	RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA

 <p>CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i></p>	SERVICIO ADMINISTRATIVO		Código: GC-FO-09
	PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD		Versión No. 01
			Página 2 de 4

Actividad	Fecha	Hora		Auditado (Cargo)	Auditores
		Inicio	Fin		
REUNIÓN DE APERTURA	12/06/2009	7:00 AM	7:30 AM		
NTC ISO 9001:2000 (NUMERALES SEGÚN CARACTERIZACION) PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO	12/06/2009	7:30 AM	9:30 AM	QUIMIOTERÁPIA	ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA
NTC ISO 9001:2000 (NUMERALES SEGÚN CARACTERIZACION) PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO	12/06/2009	9:30 AM	11:00 AM	FARMACIA	ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA
NTC ISO 9001:2000 (NUMERALES SEGÚN CARACTERIZACION) PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO	12/06/2009	11:00 AM	12:00 PM	HISTORIAS CLÍNICAS	ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA


 CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO		Código: GC-FO-09
	PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD		Versión No. 01
			Página 3 de 4

Actividad	Fecha	Hora		Auditado (Cargo)	Auditores
		Inicio	Fin		
NTC ISO 9001:2000 (NUMERALES SEGÚN CARACTERIZACIÓN) PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO	12/06/2009	2:00 PM	3:00 PM	AUTORIZACIONES	ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA
NTC ISO 9001:2000 (NUMERALES SEGÚN CARACTERIZACIÓN) PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO	12/06/2009	3:00 PM	5:00 PM	CONSULTA EXTERNA	ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA
REUNIÓN DE AUDITORES	12/06/2009	5:00 PM	6:00 PM		ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA

 CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-FO-09
	PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	Versión No. 01
		Página 4 de 4


Actividad	Fecha	Hora		Auditado (Cargo)	Auditores
		Inicio	Fin		
FINAL DEL PRIMER DÍA DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	12/06/2009		6:00 PM		
NTC ISO 9001:2000 (NUMERALES SEGÚN CARACTERIZACION) PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO	16/06/2009	8:00 AM	10:00 AM	GESTION DE CALIDAD	ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA
REUNIÓN DE CIERRE	16/06/2009	9:00 AM	11:00 AM		

ELABORADO POR:	EQUIPO AUDITOR
REVISADO POR:	AUDITOR LÍDER
APROBADO POR:	GERENTE GENERAL

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-FO-09
	PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	Versión No. 01
		Página 1 de 4
Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo	Aprobó: Gerente General	Fecha de aprobación: Febrero 24 de 2009

Auditoria N°: AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD NUMERO 2	Fecha: Julio 10 y 13 de 2009
--	--


OBJETIVO DE LA AUDITORÍA :	
<p>DETERMINAR EL GRADO DE CONFORMIDAD DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA., CON RELACIÓN A LOS REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000; LOS REQUISITOS LEGALES, LOS REQUISITOS DEL CLIENTE Y OTROS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD; Y EXAMINAR LA EFICIENCIA, LA EFICACIA Y LA EFECTIVIDAD PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS Y LAS METAS PLANEADAS Y DE ESTA FORMA, IDENTIFICAR CUÁLES SON LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA POTENCIAL EN LA ENTIDAD Y VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS GENERADAS POR LA PRIMERA AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD.</p>	
ALCANCE DE LA AUDITORÍA:	
<p>LA AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD SE VA A REALIZAR A LOS PROCESOS DE AUTORIZACIONES, HISTORIAS CLÍNICAS, CONSULTA EXTERNA, FARMACIA Y QUIMIOTERÁPIA DEL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA.</p>	
CRITERIOS DE LA AUDITORÍA:	
<p>REQUISITOS DE LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC ISO 9001:2000</p>	
AUDITOR LÍDER:	EQUIPO AUDITOR:
<p>ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ</p>	<p>RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA</p>

 <p>CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i></p>	SERVICIO ADMINISTRATIVO		Código: GC-FO-09
	PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD		Versión No. 01
			Página 2 de 4

Actividad	Fecha	Hora		Auditado (Cargo)	Auditores
		Inicio	Fin		
REUNIÓN DE APERTURA	10/07/2009	7:00 AM	7:30 AM		
NTC ISO 9001:2000 (NUMERALES SEGÚN CARACTERIZACION) PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO	10/07/2009	7:30 AM	9:30 AM	QUIMIOTERÁPIA	ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA
NTC ISO 9001:2000 (NUMERALES SEGÚN CARACTERIZACION) PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO	10/07/2009	9:30 AM	11:00 AM	FARMACIA	ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA
NTC ISO 9001:2000 (NUMERALES SEGÚN CARACTERIZACION) PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO	10/07/2009	11:00 AM	12:00 PM	HISTORIAS CLÍNICAS	ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO		Código: GC-FO-09
	PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD		Versión No. 01
			Página 3 de 4

Actividad	Fecha	Hora		Auditado (Cargo)	Auditores
		Inicio	Fin		
NTC ISO 9001:2000 (NUMERALES SEGÚN CARACTERIZACION) PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO	10/07/2009	2:00 PM	3:00 PM	AUTORIZACIONES	ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA
NTC ISO 9001:2000 (NUMERALES SEGÚN CARACTERIZACION) PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO	10/07/2009	3:00 PM	5:00 PM	CONSULTA EXTERNA	ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA
REUNIÓN DE AUDITORES	10/07/2009	5:00 PM	6:00 PM		ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA
FINAL DEL PRIMER DÍA DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	10/07/2009		5:00 PM		

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-FO-09
	PLAN DE AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	Versión No. 01
		Página 3 de 4


Actividad	Fecha	Hora		Auditado (Cargo)	Auditores
		Inicio	Fin		
NTC ISO 9001:2000 (NUMERALES SEGÚN CARACTERIZACION) PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO	13/07/2009	8:00 AM	10:00 AM	GESTION DE CALIDAD	ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA
NTC ISO 9001:2000 (NUMERALES SEGÚN CARACTERIZACION) PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO	13/07/2009	10:00 AM	11:00 PM	COMPRAS	ING. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA
REUNIÓN DE CIERRE	13/07/2009	11:00 AM	12:00 PM		


ELABORADO POR:	EQUIPO AUDITOR
REVISADO POR:	AUDITOR LÍDER
APROBADO POR:	GERENTE GENERAL

ANEXO I: EJEMPLO LISTAS DE VERIFICACIÓN PARA LA AUDITORÍA INTERNA

Auditoría No. 1			Líder del Proceso:			Participantes:		
Fecha:			Proceso: GESTIÓN DE CALIDAD Y CONTROL INTERNO			Auditor (es):		
Día	Mes	Año						
16	6	2009						

NUMERAL	PREGUNTAS	EVIDENCIAS REGISTROS O COMENTARIOS
	PLANEAR	
4.1	¿Cuál es el objetivo del proceso?	
4.1	¿Cuáles son las entradas del proceso?	
4.1	¿Cuáles son las salidas del proceso?	
7.2.3	¿Quiénes son los clientes?	
7.2.1;	¿Cuáles son las necesidades de sus clientes?	
7.2.1	¿Cómo se identificaron?	
8.2.1;	¿Cómo se satisfacen esas necesidades?	
4.2.1	¿Cuál es la política de calidad de la organización y cómo contribuye su proceso al cumplimiento de ésta?	
5.4.2	¿Cómo planea la calidad de la organización?	
5.4.2	¿Cuál es el direccionamiento estratégico de la organización?	
5.3; 5.4.1; 5.5.3	¿La política proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de calidad? ¿Los objetivos de calidad son medibles y coherentes con la política de calidad? ¿Cuáles son los objetivos de calidad y como evidencia su cumplimiento? ¿Es comunicada y entendida dentro de la organización, es revisada para su continua adecuación?	
4.2.2	¿Cuál es el alcance de la certificación? ¿Pueden verificar el resultado generado de los procesos del alcance frente a unos requisitos?	
5.5.2	¿Cuáles son las responsabilidades y niveles de autoridad del responsable del proceso de calidad?	
4.2.3	¿Que criterios se definieron para aprobar los documentos del sistema de gestión de calidad antes de emitirlos?	
4.2.3	¿Que criterios se establecieron para el manejo de los documentos de origen externo?	
4.2.4	¿Que mecanismos se definieron para controlar los registros?	
8.2.1	¿Como se hace el seguimiento a la satisfacción del cliente?	

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO		Código: GC-FO-07
	LISTA DE VERIFICACIÓN		Versión: 01
			Página 2 de 3
8.2.3; 4.1	¿Que criterios y métodos se han establecido para hacer el seguimiento y medición a los procesos del sistema de gestión de la calidad.?		
8.2; 8.2.3; 8.2.4	¿Que métodos se han establecido para la mejora continua del sistema de gestión de calidad?		
8.3	¿Como se manejan los servicios no conformes relacionados con quejas y otras no conformidades no identificadas?		
8.2.2	¿Con que periodicidad se llevan a cabo las auditorias internas?		
6.2.2	¿Que mecanismos o acciones se han tomado o están tomando o han planificado para garantizar que el personal es conciente con la política del sistema de gestión de calidad.?		
	HACER		
5.5.2	Solicitar registro donde se designa representante sus responsabilidades y niveles de autoridad		
4.2.3	Solicitar listado maestro de documentos controlados y registro que evidencie la aprobación de tales documentos		
4.2.3	Solicitar registro de distribución de documentos		
4.2.3	Solicitar documentos de origen externo controlado: normas de seguridad social, registros de mantenimiento, documentos de hojas de vida del personal.		
8.5.3; 8.5.4; 8.3	Solicitar registro de acciones correctivas y acciones preventivas		
8.2.2	Solicitar programa de auditorías, hoja de vida de auditores, planes de auditorías, lista de verificación de auditorías, informes de auditoría y informes de mejoras resultadas de la auditoría.		
	VERIFICAR		
5.6.2; 4.1	¿Cómo verifica el desempeño del proceso?		
5.6.2; 4.1	Verificar que mecanismos de seguimiento y medición se han establecido para el proceso de gestión de calidad		

 CENTRO ONCOLÓGICO <i>Comprometidos con la Vida</i>	SERVICIO ADMINISTRATIVO										Código: GC-FO-07
	LISTA DE VERIFICACIÓN										Versión: 01
8.2.3	Verificar indicadores que miden la eficacia del proceso de gestión de la calidad										
	ACTUAR										
	De las acciones de mejoramiento										
8	¿Cual cree usted que es la mas importante o la que le ha agregado más valor a la institución?										
8.4	¿Cuales son los principales beneficios que le ha aportado a la institución la implementación del sistema de gestión de calidad?										
8.5.3; 8.5.4; 8.3	¿Qué mejoras, acciones correctivas o preventivas se han generado a partir del desempeño del proceso?										
8.5.1	¿Que nuevos programas de mejoramiento se tienen planificados para el sistema de gestión de calidad.?										
NOTAS:											
LÍDER:											
Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009											

Auditoría No. 2			Líder del Proceso:			Participantes:			
Fecha:		Proceso:				Auditor (es): Auditora Líder: Ing. María Cecilia Méndez Bermudez Auditores Auxiliares: Raul Bautista Carlos Mendoza			
Día	Mes	Año							
10	7	2009							

NUMERAL	PREGUNTAS	EVIDENCIAS REGISTROS O COMENTARIOS
	PLANEAR	
4.1	¿Cual es el alcance del proceso?	
4.1	¿Quién es el responsable del proceso?	
4.1	¿Cuáles son los proveedores del proceso?	
4.1	¿Cuales son los clientes del proceso?	
7.2.1	¿Cuales son las necesidades de sus clientes?	
4.2.3	¿Existe algun documento en donde esté establecido los criterios para el manejo de los documentos de origen externo?	
4.2.3	¿Qué normatividad aplica a su proceso?	
4.2.3	¿Existe algun documento en donde esté establecido los criterios para el manejo de los documentos de origen interno?	
5.3	¿Cuál es la política de calidad de la organización y cómo contribuye su proceso al cumplimiento de ésta?	
4.2.3	¿Qué es el listado maestro de documentos internos y para que sirve?	
4.2.3	¿Que es el listado maestro de documentos externos y para que sirve?	
4.2.3	¿Qué es el listado maestro de registro y para que sirve?	
8.2.3; 5.6.2	¿Qué es la hoja de vida de indicadores y para que sirve?	
4.2.4	¿Qué mecanismos se establecieron para controlar los registros?	
	HACER	
4.2.3	Solicitar listado maestro de documentos internos	
4.2.3	Solicitar documentos de origen externo	

Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009



LISTA DE VERIFICACIÓN

NUMERAL	PREGUNTAS	EVIDENCIAS REGISTROS O COMENTARIOS
8.3	¿Cuándo haya una no conformidad en un proceso que se hace?	
6.2.1; 6.2.2	¿Cuáles son sus funciones y donde estan establecidas?	
	VERIFICAR	
8.2.3	¿Cómo verifica el desempeño del proceso?	
8.2.1	¿Cómo se hace seguimiento a la satisfaccion del cliente?	
	ACTUAR	
	De las acciones de mejoramiento	
8.5	¿Cuales son los principales beneficios que le ha aportado a la institución la implementación del sistema de gestión de calidad?	
8.5	¿Qué mejoras, acciones correctivas o preventivas se han generado a partir del desempeño del proceso?	
NOTAS:		
LÍDER:		

Revisó: Dirección de Servicios y Análisis de Riesgo Aprobó: Gerente General Fecha de Aprobación: Febrero 24 de 2009

ANEXO J: AUDITORÍA INTERNA

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-FO-05
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD	Versión: 01
		Página 1374 de 1

Fecha del Informe: Junio 16 de 2009	Nº Informe Auditoria: 01
-------------------------------------	--------------------------

1. DATOS GENERALES

OBJETIVO:

DETERMINAR EL GRADO DE CONFORMIDAD DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA., CON RELACIÓN A LOS REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000; ASÍ COMO EVALUAR LA CAPACIDAD DEL ANTERIOR SISTEMA PARA ASEGURAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS LEGALES, LOS REQUISITOS DEL CLIENTE Y OTROS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD; Y EXAMINAR LA EFICIENCIA, LA EFICACIA Y LA EFECTIVIDAD PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS Y LAS METAS PLANEADAS Y DE ESTA FORMA, IDENTIFICAR CUÁLES SON LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA POTENCIAL EN LA ENTIDAD.

ALCANCE DE LA AUDITORÍA:

LA AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD SE REALIZÓ AL PROCESO DE AUTORIZACIONES.

EQUIPO AUDITOR:

Auditor Líder: Ing. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ
Audidores Auxiliares: RAUL ALEXANDER BAUTISTA
 CARLOS ARIEL MENDOZA

DOCUMENTOS DE REFERENCIA (Criterios)

REQUISITOS DE LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC ISO 9001:2000

2. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

ASPECTOS POSITIVOS

1. Los documentos se encuentran en su punto de uso, están identificados y están vigentes
2. La política de Calidad, los objetivos de Calidad y el direccionamiento estratégico se encuentra en un lugar visible dentro de la organización.
3. Se tiene un manual de funciones establecido en donde se describen cada uno de los cargos
4. No existen quejas y reclamos en el proceso auditado.
5. El personal se concientizo sobre la importancia del Sistema de Gestión de Calidad y como este ayuda a mejorar el proceso

ASPECTOS POR MEJORAR

1. Se debe actualizar el listado maestro de documentos externos, debido a normatividad nueva que no ha sido registrada en dicho listado maestro; además de actualizar el listado maestro de registros y de documentos internos debido a que se encontró un formato (informe de posibles inconsistencias en la base de datos de la entidad)

responsable del pago) que no está mencionada dentro de los respectivos listados maestros.

NO CONFORMIDADES

1. Se desconoce la política de Calidad, los objetivos de Calidad y el direccionamiento estratégico de la organización, dejando ver la no apropiación y vivencia del SGC en el Centro Oncológico Ltda. (5.3)
2. Se desconoce el contenido de una parte de la documentación del SGC, específicamente los documentos obligatorios de la norma NTC ISO 9001:2000. (4.2.3, 4.2.4, 8.3, 8.5.2, 8.5.3)
3. Se están diligenciando formatos obsoletos, específicamente la autorización de servicios aún no está codificada y el registro de usuarios nuevos en el sistema no es el establecido dentro del SGC del Centro Oncológico. (4.2.3)
4. los documentos del sistema de información no están codificados según el sistema de gestión de calidad.

OBSERVACIONES

1. No se está llevando a cabo el procedimiento de compras

FIRMA AUDITOR (ES)

FIRMA LÍDER DEL PROCESO

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-FO-05
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD	Versión: 01
		Página 1 de 1

Fecha del Informe: Junio 16 de 2009	Nº Informe Auditoria: 01
-------------------------------------	--------------------------

1. DATOS GENERALES

OBJETIVO:

DETERMINAR EL GRADO DE CONFORMIDAD DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA., CON RELACIÓN A LOS REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000; ASÍ COMO EVALUAR LA CAPACIDAD DEL ANTERIOR SISTEMA PARA ASEGURAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS LEGALES, LOS REQUISITOS DEL CLIENTE Y OTROS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD; Y EXAMINAR LA EFICIENCIA, LA EFICACIA Y LA EFECTIVIDAD PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS Y LAS METAS PLANEADAS Y DE ESTA FORMA, IDENTIFICAR CUÁLES SON LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA POTENCIAL EN LA ENTIDAD.

ALCANCE DE LA AUDITORÍA:

LA AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD SE REALIZÓ AL PROCESO DE FARMACIA.

EQUIPO AUDITOR:

Auditor Líder: Ing. Maria Cecilia Méndez Bermudez

Auditores Auxiliares: RAUL ALEXANDER BAUTISTA

CARLOS ARIEL MENDOZA

DOCUMENTOS DE REFERENCIA (Criterios)

REQUISITOS DE LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC ISO 9001:2000

2. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

ASPECTOS POSITIVOS

1. Los documentos se encuentran en su punto de uso, están identificados y están vigentes
2. La política de Calidad, los objetivos de Calidad y el direccionamiento estratégico se encuentra en un lugar visible dentro de la organización.
3. Se tiene un manual de funciones establecido en donde se describen cada uno de los cargos.
4. No existen quejas y reclamos en el proceso auditado.
5. El personal se concientizo sobre la importancia del Sistema de Gestión de Calidad y como este ayuda a mejorar el proceso

NO CONFORMIDADES

1. Se desconoce la política de Calidad, los objetivos de Calidad y el direccionamiento estratégico de la organización, dejando ver la no apropiación y vivencia del SGC en el Centro Oncológico Ltda. (5.3)
2. Se desconoce el contenido de una parte de la documentación del SGC,

específicamente los documentos obligatorios de la norma NTC ISO 9001:2000, la caracterización del proceso de quimioterapia y sus respectivos listados maestros de documentos. (4.2.3, 4.2.4, 8.3, 8.5.2, 8.5.3)

3. Se están diligenciando formatos obsoletos, y que además no son los establecidos dentro del SGC del Centro Oncológico. (4.2.3)
4. Se están diligenciando formatos parcialmente y algunos no se diligencian. (4.2.3)
5. No existe evidencia de calibraciones y mantenimiento de los equipos médicos, de seguimiento y medición.
6. El área de farmacia no está debidamente delimitada según lo establecido en el instructivo delimitación del área de farmacia.

OBSERVACIONES

1. No se está llevando a cabo el procedimiento de compras

FIRMA AUDITOR (ES)

FIRMA LÍDER DEL PROCESO

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-FO-05
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD	Versión: 01
		Página 1 de 2

Fecha del Informe: Junio 16 de 2009	Nº Informe Auditoria: 01
-------------------------------------	--------------------------

1. DATOS GENERALES

OBJETIVO:

DETERMINAR EL GRADO DE CONFORMIDAD DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA., CON RELACIÓN A LOS REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000; ASÍ COMO EVALUAR LA CAPACIDAD DEL ANTERIOR SISTEMA PARA ASEGURAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS LEGALES, LOS REQUISITOS DEL CLIENTE Y OTROS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD; Y EXAMINAR LA EFICIENCIA, LA EFICACIA Y LA EFECTIVIDAD PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS Y LAS METAS PLANEADAS Y DE ESTA FORMA, IDENTIFICAR CUÁLES SON LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA POTENCIAL EN LA ENTIDAD.

ALCANCE DE LA AUDITORÍA:

LA AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD SE REALIZÓ AL PROCESO DE QUIMIOTERAPIA.

EQUIPO AUDITOR:

Auditor Líder: Ing. Maria Cecilia Méndez Bermudez

Audidores Auxiliares: RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA

DOCUMENTOS DE REFERENCIA (Criterios)

REQUISITOS DE LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC ISO 9001:2000

2. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

ASPECTOS POSITIVOS

1. Los documentos se encuentran en su punto de uso, están identificados y están vigentes
2. La política de Calidad, los objetivos de Calidad y el direccionamiento estratégico se encuentra en un lugar visible dentro de la organización.
3. Se tiene un manual de funciones establecido en donde se describen cada uno de los cargos.
4. No existen quejas y reclamos en el proceso auditado.
5. El personal se concientizo sobre la importancia del Sistema de Gestión de Calidad y como este ayuda a mejorar el proceso

ASPECTOS POR MEJORAR

1. Se debe actualizar el listado maestro de documentos externos, debido a normatividad nueva que no ha sido registrada en dicho listado maestro; además de actualizar el listado maestro de registros y de documentos internos debido a que se encontró un formato (consentimiento informado II) que no está mencionado dentro de los respectivos listados maestros.

2. Se debe codificar e ingresar dentro del SGC el formato consentimiento informado II, ya que este es un registro de gran utilidad dentro del proceso.

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-FO-05
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD	Versión: 01
		Página 2 de 2

NO CONFORMIDADES

1. Se desconoce la política de Calidad, los objetivos de Calidad y el direccionamiento estratégico de la organización, dejando ver la no apropiación y vivencia del SGC en el Centro Oncológico Ltda. (5.3)
2. Se desconoce el contenido de una parte de la documentación del SGC, específicamente los documentos obligatorios de la norma NTC ISO 9001:2000, la caracterización del proceso de quimioterapia y sus respectivos listados maestros de documentos. (4.2.3, 4.2.4, 8.3, 8.5.2, 8.5.3)
3. Se están diligenciando formatos obsoletos, específicamente el consentimiento informado, control de existencias del carro de paro que además no es el establecido dentro del SGC del Centro Oncológico. (4.2.3)
4. No se están generando acciones correctivas y/o preventivas que se producen a partir del proceso. (8)
5. Se están diligenciando formatos parcialmente y algunos no se diligencian. (4.2.3)
6. No existe evidencia de calibraciones y mantenimiento de los equipos médicos, de seguimiento y medición.
7. No se están controlando los usuarios a los cuales será aplicada la quimioterapia, lo que podría originar errores al aplicar un medicamento de otro usuario.

OBSERVACIONES

1. No se está llevando a cabo el procedimiento de compras

FIRMA AUDITOR (ES)

FIRMA LÍDER DEL PROCESO

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-FO-05
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD	Versión: 01
		Página 1 de 2

Fecha del Informe: Junio 16 de 2009	Nº Informe Auditoria: 01
-------------------------------------	--------------------------

1. DATOS GENERALES

OBJETIVO:

DETERMINAR EL GRADO DE CONFORMIDAD DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA., CON RELACIÓN A LOS REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000; ASÍ COMO EVALUAR LA CAPACIDAD DEL ANTERIOR SISTEMA PARA ASEGURAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS LEGALES, LOS REQUISITOS DEL CLIENTE Y OTROS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD; Y EXAMINAR LA EFICIENCIA, LA EFICACIA Y LA EFECTIVIDAD PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS Y LAS METAS PLANEADAS Y DE ESTA FORMA, IDENTIFICAR CUÁLES SON LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA POTENCIAL EN LA ENTIDAD.

ALCANCE DE LA AUDITORÍA:

LA AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD SE REALIZO AL PROCESO DE CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA.

EQUIPO AUDITOR:

RAUL ALEXANDER BAUTISTA

CARLOS ARIEL MENDOZA

DOCUMENTOS DE REFERENCIA (Criterios)


REQUISITOS DE LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC ISO 9001:2000

 <p>CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i></p>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-FO-05
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD	
		Página 2 de 2

2. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA
ASPECTOS POSITIVOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Los documentos se encuentran en su punto de uso, están identificados y están vigentes 2. La política de Calidad, los objetivos de Calidad y el direccionamiento estratégico se encuentra en un lugar visible dentro de la organización. 3. Se tiene un manual de funciones establecido en donde se describen cada uno de los cargos 4. No existen quejas y reclamos en el proceso 5. El personal se concientizo sobre la importancia del Sistema de Gestión de Calidad y como este ayuda a mejorar el proceso
NO CONFORMIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se desconoce la política de Calidad, los objetivos de Calidad, el direccionamiento estratégico de la organización incumpliendo con el numeral 5.3 y 5.4.1 de la norma. 2. se desconoce la normatividad externa incumpliendo el numeral 5.2.3 3. Se desconoce el contenido de una parte de la documentación del SGC, especialmente los procedimientos obligatorios de la Norma NTC ISO 9001:2000, incumpliendo con los numerales 8.5.2 , 8.5.3, 8.3, 4.2.3, 4.2.4 de la norma 4. Se están diligenciando formatos parcialmente (formato de disponibilidad de especialista CE-FO-02) y algunos no se llenan (formato de inasistencia a citas CE-FO-03 y control de asistencia de especialistas a junta médica CE-FO-12), incumpliendo con el numeral 4.2.4 de la Norma. 5. los documentos del sistema de información no están codificados según lo propuesto por el SGC.
OBSERVACIONES
<ol style="list-style-type: none"> 1. No se está llevando a cabo el procedimiento de compras

FIRMA AUDITOR (ES)

FIRMA LÍDER DEL PROCESO


	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-FO-05
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD	Versión: 01
		Página 1 de 1

Fecha del Informe: Junio 16 de 2009	Nº Informe Auditoria: 01
-------------------------------------	--------------------------

1. DATOS GENERALES

OBJETIVO: DETERMINAR EL GRADO DE CONFORMIDAD DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA., CON RELACIÓN A LOS REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000; ASÍ COMO EVALUAR LA CAPACIDAD DEL ANTERIOR SISTEMA PARA ASEGURAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS LEGALES, LOS REQUISITOS DEL CLIENTE Y OTROS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD; Y EXAMINAR LA EFICIENCIA, LA EFICACIA Y LA EFECTIVIDAD PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS Y LAS METAS PLANEADAS Y DE ESTA FORMA, IDENTIFICAR CUÁLES SON LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA POTENCIAL EN LA ENTIDAD.
ALCANCE DE LA AUDITORÍA: LA AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD SE REALIZO AL PROCESO DE HISTORIAS CLINICAS DEL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA.
EQUIPO AUDITOR: RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA
DOCUMENTOS DE REFERENCIA (Criterios) REQUISITOS DE LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC ISO 9001:2000

2. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA
ASPECTOS POSITIVOS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Los documentos se encuentran en su punto de uso, están identificados y están vigentes 2. La política de Calidad, los objetivos de Calidad y el direccionamiento estratégico se encuentra en un lugar visible dentro de la organización. 3. Se tiene un manual de funciones establecido en donde se describen cada uno de los cargos 4. No existen quejas y reclamos en el proceso 5. El personal se concientizo sobre la importancia del Sistema de Gestión de Calidad y como este ayuda a mejorar el proceso
NO CONFORMIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se desconoce la política de Calidad, los objetivos de Calidad, el direccionamiento estratégico de la organización incumpliendo con el numeral 5.3 y 5.4.1 de la norma. 2. se desconoce la normatividad externa incumpliendo el numeral 5.2.3 3. Se desconoce el contenido de una parte de la documentación del SGC, especialmente los procedimientos obligatorios de la Norma NTC ISO 9001:2000, incumpliendo con los numerales 8.5.2 , 8.5.3, 8.3, 4.2.3, 4.2.4 de la norma 4. Algunos formatos no se llenan (Control de historias clínicas en la unidad de quimioterapia HC-FO-02, formato de junta médica CE-FO-05, registro de control de solicitud de documentos de historia clínica HC-FO-06), incumpliendo con el numeral 4.2.4 de la Norma.
OBSERVACIONES
<ol style="list-style-type: none"> 1. No se está llevando a cabo el procedimiento de compras

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-FO-05
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD	Versión: 01
		Página 1 de 2

Fecha del Informe: Julio 10 de 2009	Nº Informe Auditoria: 02
--	---------------------------------

1. DATOS GENERALES

OBJETIVO:

DETERMINAR EL GRADO DE CONFORMIDAD DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA., CON RELACIÓN A LOS REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000; LOS REQUISITOS LEGALES, LOS REQUISITOS DEL CLIENTE Y OTROS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD; Y EXAMINAR LA EFICIENCIA, LA EFICACIA Y LA EFECTIVIDAD PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS Y LAS METAS PLANEADAS Y DE ESTA FORMA, IDENTIFICAR CUÁLES SON LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA POTENCIAL EN LA ENTIDAD Y VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS GENERADAS POR LA PRIMERA AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD.

ALCANCE DE LA AUDITORÍA:

LA AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD SE REALIZO AL PROCESO DE QUIMIOTERAPIA DEL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA.

AUDITOR LÍDER: Ing. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ

EQUIPO AUDITOR:

RAUL ALEXANDER BAUTISTA
CARLOS ARIEL MENDOZA

DOCUMENTOS DE REFERENCIA (Criterios)

REQUISITOS DE LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC ISO 9001:2000

2. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

ASPECTOS POSITIVOS

1. Los documentos se encuentran en su punto de uso, están identificados y están vigentes
2. La política de Calidad, los objetivos de Calidad y el direccionamiento estratégico se encuentra en un lugar visible dentro de la organización.
3. Se tiene un manual de funciones establecido en donde se describen las funciones de cada uno de los cargos
4. No existen peticiones, quejas y reclamos en el proceso.
5. El personal se concientizo sobre la importancia del Sistema de Gestión de Calidad y como esta ayuda a mejorar el proceso.
6. Todos los formatos están diligenciándose debidamente, los registros están identificables y se reconocen los documentos del proceso.

ASPECTOS POR MEJORAR

1. Se debe generar la misma cultura de mejoramiento continuo en todo el equipo de enfermería del proceso de quimioterapia con el fin de que todos estén en la misma capacidad de responder ante una auditoria de calidad.

NO CONFORMIDADES


1. Ninguna.

 <p>CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i></p>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-FO-05
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD	Versión: 01
		Página 2 de 2

OBSERVACIONES
<p>1. Los equipos médicos que se utilizan en el proceso de quimioterapia (desfibrilador, termómetros, termo higrómetros, etc.) se mandaron a calibrar el mismo día de la segunda auditoria con lo cual se pretende cerrar la no conformidad detectada en la primera auditoría interna por lo tanto no se marca como no conformidad para esta segunda auditoría interna.</p>

FIRMA AUDITOR (ES)

FIRMA LÍDER DEL PROCESO

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-FO-05
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD	Versión: 01
		Página 1 de 2

Fecha del Informe: Julio 10 de 2009	Nº Informe Auditoria: 02
--	---------------------------------

1. DATOS GENERALES

OBJETIVO:

DETERMINAR EL GRADO DE CONFORMIDAD DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA., CON RELACIÓN A LOS REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000; LOS REQUISITOS LEGALES, LOS REQUISITOS DEL CLIENTE Y OTROS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD; Y EXAMINAR LA EFICIENCIA, LA EFICACIA Y LA EFECTIVIDAD PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS Y LAS METAS PLANEADAS Y DE ESTA FORMA, IDENTIFICAR CUÁLES SON LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA POTENCIAL EN LA ENTIDAD Y VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS GENERADAS POR LA PRIMERA AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD.

ALCANCE DE LA AUDITORÍA:

LA AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD SE REALIZO AL PROCESO DE AUTORIZACIONES DEL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA.

AUDITOR LÍDER: Ing. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ

EQUIPO AUDITOR:

RAUL ALEXANDER BAUTISTA
CARLOS ARIEL MENDOZA

DOCUMENTOS DE REFERENCIA (Criterios)

REQUISITOS DE LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC ISO 9001:2000

2. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

ASPECTOS POSITIVOS

1. Los documentos se encuentran en su punto de uso, están identificados y están vigentes
2. La política de Calidad, los objetivos de Calidad y el direccionamiento estratégico se encuentra en un lugar visible dentro de la organización.
3. No existen peticiones, quejas y reclamos en el proceso.
4. El personal se concientizo sobre la importancia del Sistema de Gestión de Calidad y como esta ayuda a mejorar el proceso.
5. Todos los formatos están diligenciándose debidamente.
6. Se llevaron a cabo las mejoras propuestas en la primera auditoria de calidad, con resultados satisfactorios para el proceso.

ASPECTOS POR MEJORAR

1. Se debe generar la misma cultura de mejoramiento continuo en todo el equipo de enfermería del proceso de quimioterapia con el fin de que todos estén en la misma capacidad de responder ante una auditoria de calidad.

NO CONFORMIDADES


1. No se conoce cuál debe ser el procedimiento y tratamiento de las no conformidades presentadas en el proceso.
2. Se desconoce el contenido de algunos de los documentos del SGC del proceso de autorizaciones.

 <p>CENTRO ONCOLOGICO <i>Comprometidos con la Vida</i></p>	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-FO-05
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD	Versión: 01
		Página 2 de 2

OBSERVACIONES
<p>1. Los equipos médicos que se utilizan en el proceso de quimioterapia (desfibrilador, termómetros, termo higrómetros, etc.) se mandaron a calibrar el mismo día de la segunda auditoria con lo cual se pretende cerrar la no conformidad detectada en la primera auditoría interna por lo tanto no se marca como no conformidad para esta segunda auditoría interna.</p>

FIRMA AUDITOR (ES)

FIRMA LÍDER DEL PROCESO

	SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-FO-05
	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA DE CALIDAD	Versión: 01
		Página 1 de 1

Fecha del Informe: Julio 10 de 2009	Nº Informe Auditoria: 02
--	---------------------------------

1. DATOS GENERALES

<p>OBJETIVO: DETERMINAR EL GRADO DE CONFORMIDAD DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA., CON RELACIÓN A LOS REQUISITOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2000; LOS REQUISITOS LEGALES, LOS REQUISITOS DEL CLIENTE Y OTROS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD; Y EXAMINAR LA EFICIENCIA, LA EFICACIA Y LA EFECTIVIDAD PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS Y LAS METAS PLANEADAS Y DE ESTA FORMA, IDENTIFICAR CUÁLES SON LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA POTENCIAL EN LA ENTIDAD Y VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS GENERADAS POR LA PRIMERA AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD.</p>
<p>ALCANCE DE LA AUDITORÍA: LA AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD SE REALIZÓ AL PROCESO DE FARMACIA DEL CENTRO ONCOLÓGICO LTDA.</p>
<p>AUDITOR LÍDER: Ing. MARIA CECILIA MENDEZ BERMUDEZ</p>
<p>EQUIPO AUDITOR: RAUL ALEXANDER BAUTISTA CARLOS ARIEL MENDOZA</p>
<p>DOCUMENTOS DE REFERENCIA (Criterios) REQUISITOS DE LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC ISO 9001:2000</p>

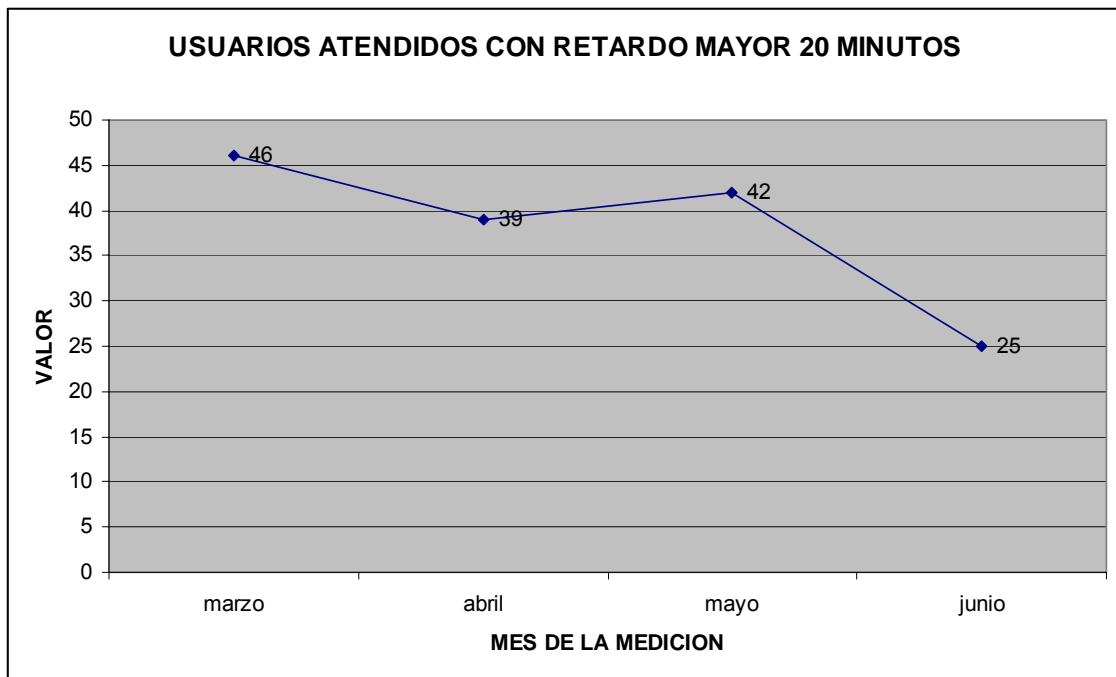
2. HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA

<p>ASPECTOS POSITIVOS</p> <ol style="list-style-type: none"> Los documentos se encuentran en su punto de uso, están identificados y están vigentes La política de Calidad, los objetivos de Calidad y el direccionamiento estratégico se encuentra en un lugar visible dentro de la organización. No existen quejas y reclamos en el proceso El personal se concientizo sobre la importancia del Sistema de Gestión de Calidad y como éste ayuda a mejorar el proceso. Se llevaron a cabo las mejoras propuestas en la primera auditoria de calidad, con resultados satisfactorios para el proceso.
<p>ASPECTOS POR MEJORAR</p> <ol style="list-style-type: none"> Se debe delimitar el área de farmacia.
<p>NO CONFORMIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> Se están diligenciando formatos parcialmente. No se encontraron registros del control de temperatura y humedad del área de farmacia, del mes de julio. No se encontró un medicamento en la ubicación establecida según el orden dado para tal fin.
<p>OBSERVACIONES</p> <ol style="list-style-type: none"> Se debe continuar con el mejoramiento continuo del proceso en aras a la auditoria que realizará el INVIMA.

ANEXO K: MEDICIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD

NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	META	MÉTODO DE CÁLCULO
Usuarios atendidos con un retardo mayor a 20 minutos en consulta externa	EFICIENCIA	DETERMINAR LA OPORTUNIDAD POR LA CUAL SE ES ATENDIDO EL USUARIO RESPECTO A LA FECHA EN QUE SOLICITA ATENCION	<50	No = No de usuarios atendidos con un retardo mayor a 20 minutos en consulta externa

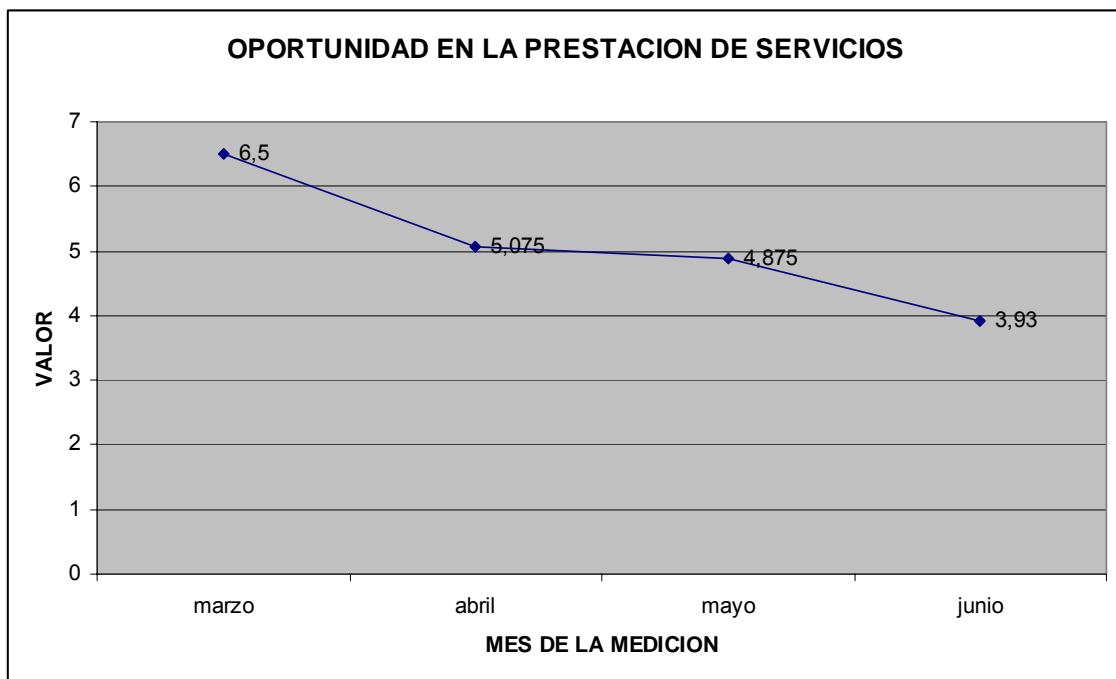
marzo	abril	mayo	junio
46	39	42	25



Como a los usuarios nuevos aun no se les ha determinado si su patología es maligna o benigna la primera consulta requiere mayor tiempo debido a que el especialista debe realizar su análisis médico y así determinar el tratamiento a seguir en la institución, haciendo que los demás usuarios deban esperar más de 20 minutos en la sala de espera, para evitar esto a los usuarios nuevos se les asigno más tiempo para la consulta evitando esperas para los demás usuarios.

NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	META	MÉTODO DE CÁLCULO
Oportunidad en la prestación de servicios.	EFICACIA	GARANTIZAR QUE LOS USUARIOS SEAN ATENDIDOS OPORTUNAMENTE EN CONSULTA EXTERNA	< 10	$No = \frac{\sum \text{del \# de días por usuario transcurridos entre la solicitud del servicio hasta el día en que se presta el servicio}}{\text{Total de usuarios atendidos al mes}}$

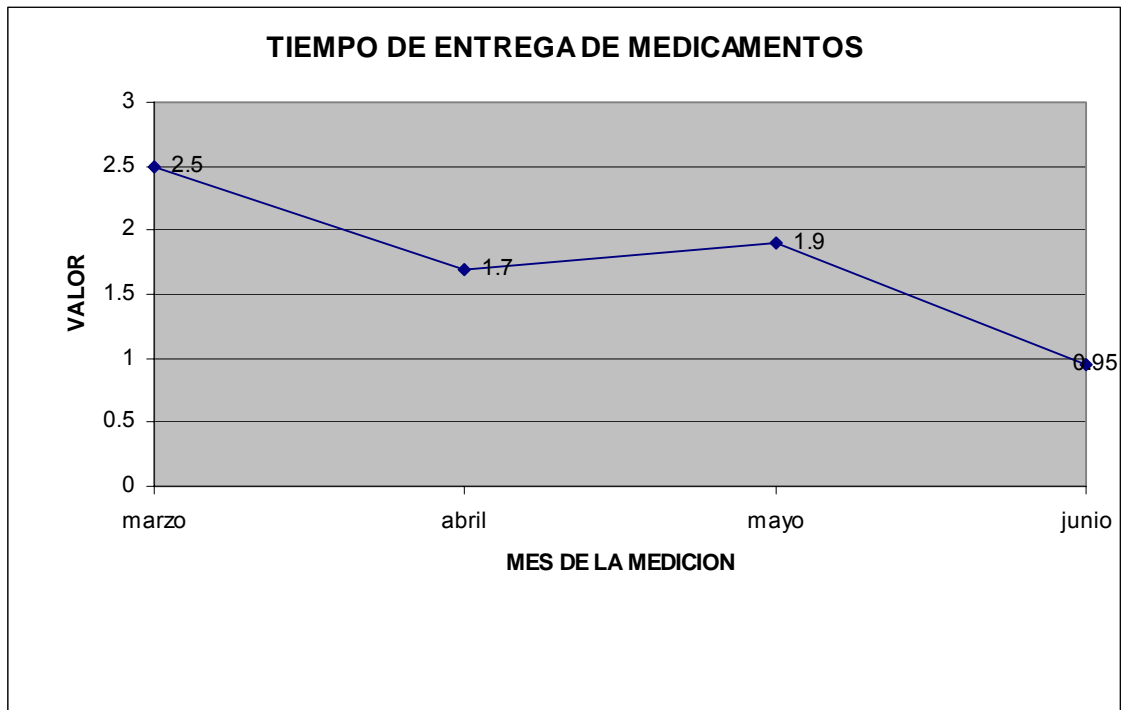
marzo	abril	mayo	junio
6,5	5,075	4,875	3,93



En base a la contratación de especialistas los días que los usuarios deben esperar para ser atendidos han disminuido según lo esperado y también a que usuarios antiguos vienen directamente a la aplicación de quimioterapia, puesto que ya han sido atendidos por un especialista con anterioridad.

NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	META	MÉTODO DE CÁLCULO
tiempo de entrega de medicamentos	EFICACIA	DETERMINAR OPORTUNIDAD DESPACHO MEDICAMENTOS	LA EN DE	$((\sum \text{ del \# de días transcurridos entre la solicitud de medicamentos hasta el momento en que se entregan}) / (\text{Total de solicitudes al mes})) \times 100$

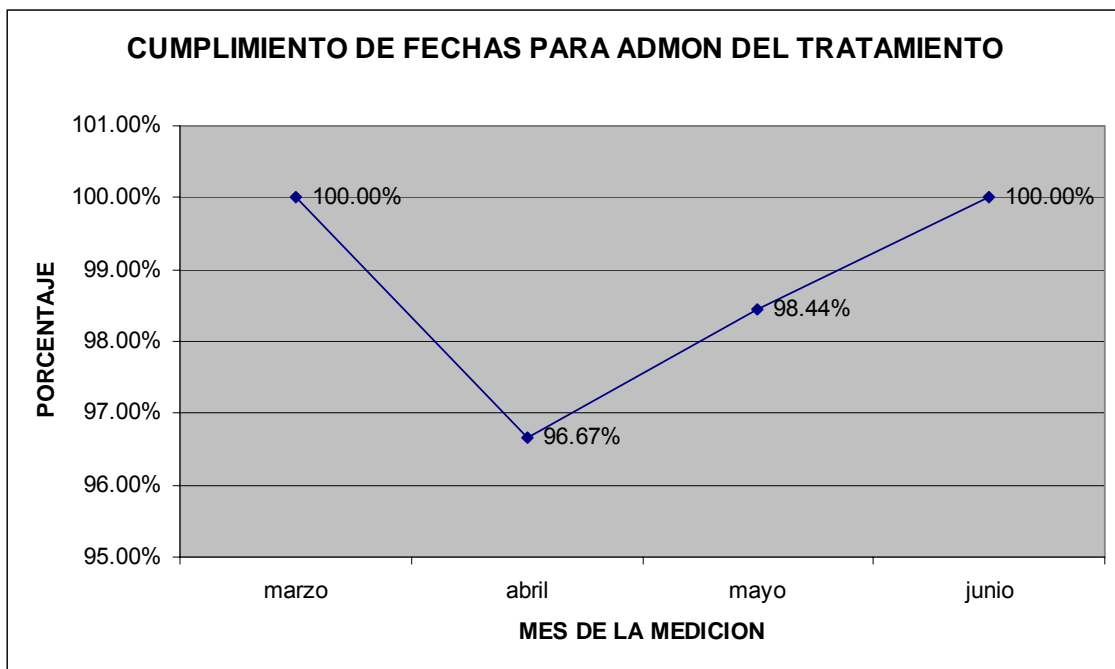
marzo	abril	mayo	junio
2.5	1.7	1.9	0.95



Debido al surtido de medicamentos de Farmacia y a la planeación de las compras el tiempo que deben esperar los usuarios para recibir sus medicamentos no altera su tratamiento.

NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	META	MÉTODO DE CÁLCULO
Porcentaje de cumplimiento de fechas programadas administración de tratamiento	EFICACIA	DETERMINAR EFICIENCIA PROCESO	LA DEL >=95%	Σ de fechas programadas para administración de tratamiento cumplidas al mes/ # total de usuarios programados para administración de tratamiento al mes.

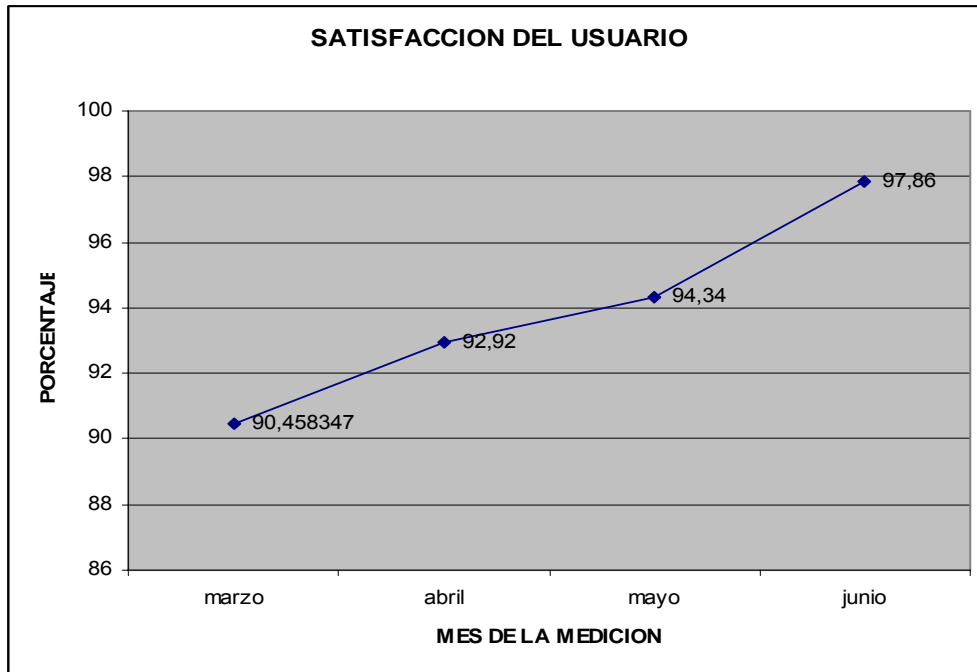
marzo	abril	mayo	junio
100.00%	96.67%	98.44%	100.00%



Los meses en los cuales este indicador decayó fue debido a que hubo usuarios a los cuales los exámenes médicos indicaban que no estaban en las condiciones adecuadas para recibir el tratamiento de quimioterapia, ya que esto agravaría mas su estado físico en ese momento, también fue debido a usuarios que viven en otras localidades del país y no alcanzaban a llegar a la cita programada, para corregir esto se reprogramo la cita para la administración del tratamiento.

NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	META	MÉTODO DE CÁLCULO
Porcentaje de satisfacción del usuario	EFICACIA	DETERMINAR EL GRADO DE SATISFACCION DEL USUARIO	90%- 100%	$\sum (\text{PUNTOS OBTENIDOS} / \text{PUNTOS MAXIMOS TOTALES}) \times 100\% \text{ y TOTAL DE ENCUESTAS APLICADAS}$

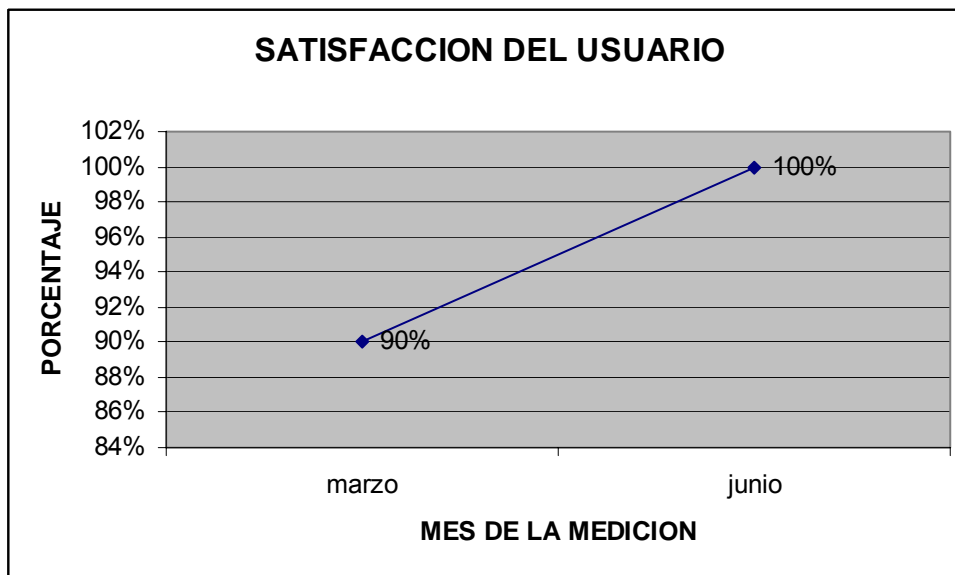
marzo	abril	mayo	junio
90,458347	92,92	94,34	97,86



Según la encuesta de satisfacción de los usuarios el nivel de satisfacción de estos con la prestación y condiciones del servicio mejoro progresivamente mes a mes desde la aplicación de la encuesta, esto debido a que se tuvieron en cuenta las respuestas y sugerencias de los usuarios con respecto a la encuesta.

NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	META	MÉTODO DE CÁLCULO
Satisfacción del usuario	EFICACIA	EVALUAR Y MEJORAR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO	>=85%	Número de solicitudes, quejas y tutelas resueltas/ Número total de solicitudes, quejas y tutelas presentadas X 100%

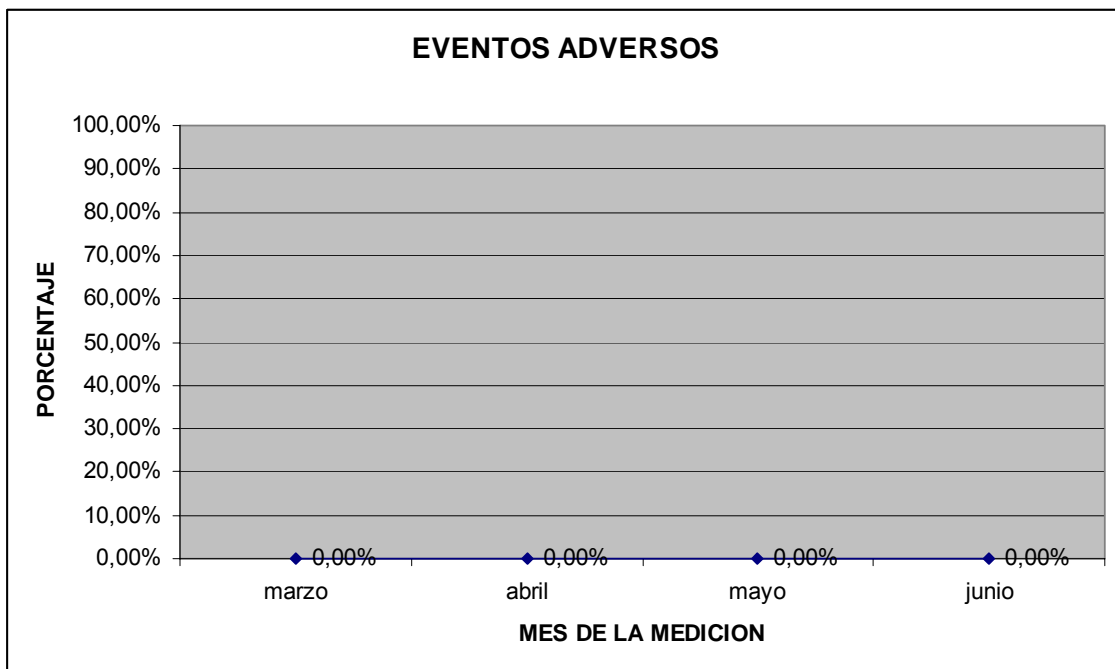
marzo	abril	mayo	junio
90%			100%



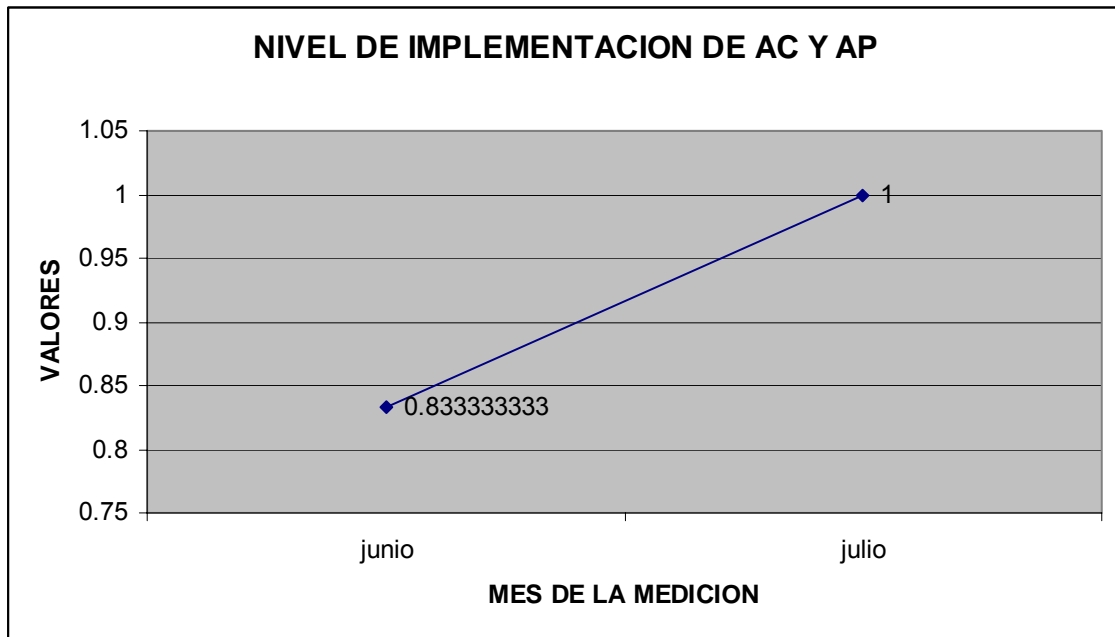
El buzón de sugerencias ha sido una herramienta muy valiosa para la satisfacción del usuario, debido a que fue un complemento de la encuesta de satisfacción y una manera cómoda en la cual los usuarios pueden manifestar sus inquietudes, las cuales fueron respondidas en lo posible.

NOMBRE DEL INDICADOR	TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO DEL INDICADOR	META	MÉTODO DE CÁLCULO
Porcentaje de eventos adversos en quimioterapia	EFICACIA	DETERMINAR LA TASA DE EVENTOS ADVERSOS ATENDIDOS	<=5%	$((\# \text{ de usuarios que presentaron eventos adversos en quimioterapia}) / (\text{total de usuario atendidos en quimioterapia})) \times 100$

marzo	abril	mayo	junio
0,00%	0,00%	0,00%	0,00%



En la administración de la quimioterapia no se presentaron eventos adversos, debido al cuidado en la premedicación, al cumplimiento de los protocolos establecidos por los especialistas para el manejo de las patologías de los usuarios y además de la constante asesoría de los especialistas en lo relativo a los exámenes médicos en donde se determinaba si el usuario estaba en condiciones de recibir el tratamiento.



Para las acciones correctivas y preventivas que se presentaron en las auditorias, se plasmaron actividades para mejorar esos aspectos las cuales se fueron cerrando progresivamente según las fechas programadas y de la disponibilidad de las partes involucradas.

ANEXO L: FORMULARIO DE SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

ANEXO M: ACCIONES DE MEJORA



SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-FO-18
ACCIONES DE MEJORA	Versión: 01
	Página 1 de 1

PROCESO	FARMACIA	No	01		
DESCRIPCIÓN	Establecer un software que facilite la información concerniente a los inventarios				
JUSTIFICACIÓN	Se implemento con el fin de determinar que cantidad de medicamentos y dispositivos medico-quirúrgicos eran repartidos en las sedes del Centro Oncológico Ltda. y en las áreas de consulta externa y quimioterapia.				
ACTIVIDADES	RESPONSABLE(S)	FECHA LÍMITE		SEGUIMIENTO	
		Inicio	Fin	Observaciones	Firma
Contactar a un especialista en sistemas	Eligio Barón, Yolanda Torres	Junio 1 de 2009	Junio 17 de 2009	Se escogió una estudiante de la UDI	<i>Eligio Barón</i>
Realizar un diagnostico de la información	Ruth Villegas, Yolanda Torres	Junio 23 de 2009	Junio 30 de 2009		<i>Ruth Villegas</i>
Generación del software	Ruth Villegas, Yolanda Torres	Julio 1 de 2009	Agosto 31 de 2009		<i>Ruth Villegas</i>
Prueba piloto	Ruth Villegas, Yolanda Torres	Sept. 1 de 2009	Sept. 11 de 2009		
Adecuaciones	Ruth Villegas, Yolanda Torres	Sept. 14 de 2009	Oct. 9 de 2009		
Capacitación e Implementación del software	Ruth Villegas, Yolanda Torres	Oct. 13 de 2009	Oct. 30 de 2009		



PROCESO	SERVICIO ASISTENCIAL		No	02	
DESCRIPCIÓN	Se recomienda cambiar algunos equipos médicos como fonendos, tensiómetros, balanzas y equipos de órganos, con el fin de actualizar la tecnología en el Centro Oncológico, y prestar un mejor servicio.				
JUSTIFICACIÓN	Existen equipos con mayores especificaciones técnicas que facilitan las labores de los especialistas en salud, con lo cual se busca prestar un mejor servicio al usuario.				
ACTIVIDADES	RESPONSABLE(S)	FECHA LÍMITE		SEGUIMIENTO	
		Inicio	Fin	Observaciones	Firma
Identificar los equipos médicos a adquirir	Johana Bossa	23/06/2009	26/06/2009	4 Fonendos, 3 Tensiómetros, 1 Balanza y 3 equipos de órganos.	J. Bossa
Establecer y aprobar el presupuesto	Piedad E. Sanabria	30/06/2009	30/06/2009	Presupuesto aprobado el día 3/07/2009	Piedad E Sanabria.
Generar cotizaciones de los equipos	Johana Bossa	6/07/2009	10/07/2009	Identificación de 3 proveedores	J. Bossa
Comprar equipos	Comité de compras	13/07/2009	15/07/2009	Compra pendiente para el mes de agosto según presupuesto aprobado.	Maria C



SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-FO-18
ACCIONES DE MEJORA	Versión: 01
	Página 1 de 1

PROCESO	SERVICIO ASISTENCIAL	No	03		
DESCRIPCIÓN	Identificar las bolsas de basura y residuos sólidos hospitalarios				
JUSTIFICACIÓN	Llevar la trazabilidad del tratamiento de los residuos sólidos hospitalarios y a cada una de las áreas de los servicios del Centro Oncológico Ltda.				
ACTIVIDADES	RESPONSABLE(S)			Observaciones	Firma
		Inicio	Fin		
Identificar los sitios donde se disponen los residuos	Leydy Correa	Junio 26 de 2009	Julio 2 de 2009	Se marcan las bolsas para determinar de donde vienen los residuos	Leydy Correa
Capacitación al personal	DESCONT	Julio 3 de 2009	Julio 3 de 2009	Ok	Lestauderman
implementación	Leydy Correa	Julio 6 de 2009		Ninguna	Leydy Correa



SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-FO-18
ACCIONES DE MEJORA	Versión: 01
	Página 1 de 1

PROCESO	QUIMIOTERAPIA		No	04	
DESCRIPCIÓN	Generar una				
JUSTIFICACIÓN	Identificar los usuarios con el fin de evitar posibles errores en la aplicación de quimioterapia a su vez que evitar que los familiares del usuario estén en áreas no permitidas.				
ACTIVIDADES	RESPONSABLE(S)	FECHA LÍMITE		SEGUIMIENTO	
		Inicio	Fin	Observaciones	Firma
Generación y compra de requerimientos (escarapelas, ganchos y papel)	Johana Bossa	26/06/2009	26/06/2009	Ninguna	J. Bossa
Generación del modelo a utilizar	Johana Bossa	26/06/2009	26/06/2009	Ninguna	J. Bossa
Implementación	Johana Bossa	30/06/2009	30/06/2009	IMPLEMENTADO Y VERIFICADO	J. Bossa



SERVICIO ADMINISTRATIVO

Código: GC-FO-18

ACCIONES DE MEJORA

Versión: 01

Página 1 de 1

PROCESO	Todos		No	05	
DESCRIPCIÓN	Generar un inventario nuevo a todos equipos y mobiliario de la organización				
JUSTIFICACIÓN	Tener un control sobre los equipos y mobiliario en el Centro Oncológico Ltda.				
ACTIVIDADES	RESPONSABLE(S)			Observaciones	Firma
		Inicio	Fin		
Identificar los equipos y mobiliario	Auxiliares de calidad	Julio 1 de 2009	Julio 10 de 2009		Carlos Ariel Mendoza
Generación de codificación	Auxiliares de calidad	Julio 13 de 2009	Julio 15 de 2009		Raul Bustifan
Aplicación de la codificación	Auxiliares de calidad	Julio 16 de 2009	Julio 27 de 2009		Raul Bustifan
Baja de equipos	Auxiliares de calidad	Julio 28 de 2009	Julio 30 de 2009	Se dio de baja a los equipos que estaban en mal funcionamiento y que su arreglo no se justificaba	Carlos Ariel Mendoza
implementación	Auxiliares de calidad	Agosto 3 de 2009	Agosto 21 de 2009		Carlos Ariel Mendoza



SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-FO-18
ACCIONES DE MEJORA	Versión: 01
	Página 1 de 1

PROCESO	QUIMIOTERAPIA		No	06	
DESCRIPCIÓN	Generar una jornada de limpieza aplicando 5 eses.				
JUSTIFICACIÓN	La mayoría de puestos de trabajo presentan mucho desorden y suciedad que dificultan el trabajo y buen desempeño de los empleados.				
ACTIVIDADES	RESPONSABLE(S)	FECHA LÍMITE		SEGUIMIENTO	
		Inicio	Fin	Observaciones	Firma
Formulación del plan de trabajo	Ing. María Cecilia Méndez	6/07/2009	6/07/2009	Ninguna.	
Implementación	Ing. María Cecilia Méndez	11/07/2009	25/07/2009	Se generaron jornadas durante 3 sábados con el fin de aplicar 5 eses.	
Verificación	Ing. María Cecilia Méndez	27/07/2009	31/07/2009	Primera verificación	
				Segunda Verificación	



SERVICIO ADMINISTRATIVO	Código: GC-FO-18
ACCIONES DE MEJORA	Versión: 01
	Página 1 de 1

PROCESO	Historias Clínicas	No	07		
DESCRIPCIÓN	Instalación de un equipo de computo				
JUSTIFICACIÓN	Se realiza para optimizar el control de la custodia y apertura de Historias Clínicas				
ACTIVIDADES	RESPONSABLE(S)			Observaciones	Firma
		Inicio	Fin		
Aprobación del presupuesto	Piedad Sanabria	Julio 10 de 2009	Julio 15 de 2009	OK	Piedad E. Sanabria
Generación de cotizaciones	Eligio Baron	Julio 15 de 2009	Julio 22 de 2009	OK	Eligio Baron A
Compra del equipo	Comité de compras	Julio 22 de 2009	Julio 24 de 2009	Facturas 0936, 1123 y 0013691	<i>[Signature]</i>
Instalación de equipo de computo	Eligio Baron	Julio 27 de 2009	Julio 27 de 2009		Eligio Baron A
capacitación	Eligio Baron	Agosto 28 de 2009	Agosto 30 de 2009		Eligio Baron A