

**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LA  
NORMA ISO 9001 DE 2008 PARA IPS UNIDENTSALUD SAS.**

**LUISA FERNANDA ORTIZ VÁSQUEZ**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO-MECÁNICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES  
BUCARAMANGA  
2013**

**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LA  
NORMA ISO 9001 DE 2008 PARA IPS UNIDENTSALUD SAS**

**LUISA FERNANDA ORTIZ VÁSQUEZ**

**Trabajo de Grado para optar por el Título de Ingeniera Industrial**

**Director**

**JAIME CASTILLO URIBE**

**Ingeniero Industrial**

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

**2013**

**DEDICATORIA**

*A MIS PADRES  
POR SU APOYO Y CONFIANZA INCONDICIONAL*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Dios por darme la fortaleza de salir adelante pese a las adversidades presentadas.*

*A mis padres y hermanos por cada frase sabia que me daban una esperanza más de seguir luchando.*

*Al decanato de Fisicomencánicas (Prom. 2010) en especial a Carmencita porque me hizo sentir como una hija más, con su apoyo absoluto.*

*A Ely V. Niño por creer en mí, por sus palabras enriquecedoras que siempre fueron oportunas y por acompañarme en todo mi crecimiento académico con su experiencia.*

*A Leidy Marcela que siempre estuvo de forma incondicional dándome fortaleza a través de sus consejos y buenos deseos.*

*Al Ingeniero Jaime Castillo por su asesoría como director del proyecto.*

*A los trabajadores de IPS UNIDENTSALUD SAS por la colaboración prestada durante el desarrollo del proyecto.*

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	17
1 MARCO TEÓRICO.....	19
1.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD .....	19
1.2 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD .....	22
1.3 ENFOQUE BASADO EN PROCESOS.....	23
1.4 NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC-ISO 9001:20085 .....	25
2 DESCRIPCIÓN DE IPS UNIDENTSALUD SAS .....	28
2.1 ASPECTOS GENERALES.....	28
2.2 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL .....	28
3 OBJETIVOS Y ALCANCE DEL PROYECTO .....	29
3.1 OBJETIVO GENERAL .....	29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
3.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	30
3.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.....	31
3.5 ALCANCE.....	31
4 METODOLOGÍA DEL PROYECTO .....	32
4.1 DIAGNÓSTICO.....	32
4.2 PLANIFICACIÓN .....	32
4.3 DOCUMENTACIÓN .....	33
4.4 IMPLEMENTACIÓN.....	33
4.5 SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN .....	34
4.6 EVALUACIÓN.....	35
5 DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	36
5.1 OBJETIVO DEL DIAGNÓSTICO.....	36
5.2 METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	36
5.2.1 Planificación .....	36
5.2.2 Ejecución .....	36
5.2.3 Tabulación de Datos .....	37
5.3 RESULTADOS.....	42
5.4 GRADO DE CUMPLIMIENTO .....	43

6	DIAGNÓSTICO GENERAL.....	44
6.1	DETERMINACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS.....	44
6.2	RESULTADOS Y ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO GENERAL.....	44
6.3	LOS PUNTOS CRÍTICOS IDENTIFICADOS.....	45
6.4	DIAGRAMAS CAUSA EFECTO PARA CADA PUNTO CRÍTICO .....	46
7	HERRAMIENTAS DE MEJORAMIENTO.....	49
7.1	MATRIZ DOFA.....	49
7.2	ESTRATEGIA DE LAS 9S .....	50
7.2.1	Clasificación .....	51
7.2.2	Organización .....	51
7.2.3	Limpieza.....	51
7.2.4	Bienestar personal.....	52
7.2.5	Disciplina.....	52
7.2.6	Constancia.....	52
7.2.7	Compromiso .....	52
7.2.8	Coordinación .....	52
7.2.9	Estandarización.....	53
7.3	PROPUESTA DE MEJORA.....	53
7.4	MATRIZ MULTICRITERIO .....	54
8	PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD .....	56
8.1	DEFINICIÓN DE RESPONSABLES .....	56
8.2	MISIÓN Y VISIÓN .....	56
8.3	POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD.....	57
8.4	IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS.....	58
8.4.1	Mapa de Procesos.....	58
8.4.2	Descripción de los Procesos.....	59
8.4.3	Caracterización de los Procesos .....	60
8.4.4	Indicadores de Gestión .....	60
9	DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD .....	64
9.1	ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS .....	64
9.1.1	Estructura de la Documentación.....	64

9.1.2	Presentación de la Documentación.....	65
10	IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	67
10.1	SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN .....	67
10.2	DIAGNÓSTICO FINAL.....	68
11	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	73
11.1	PRIMERA AUDITORÍA.....	73
11.1.1	Informe Primera Auditoría .....	73
11.1.2	Plan de Mejora.....	75
11.1.3	Revisión por la Dirección .....	75
11.2	SEGUNDA AUDITORÍA .....	76
11.2.1	Informe Segunda Auditoría.....	76
11.2.2	Plan de Mejora.....	77
11.3	PRESUPUESTO Y BENEFICIOS.....	77
11.4	APORTES DADOS COMO INGENIERA .....	78
12	CONCLUSIONES.....	79
13	RECOMENDACIONES.....	81
14	BIBLIOGRAFIA.....	82
	ANEXOS.....	83

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Cumplimiento de objetivos .....	16
Tabla 2. Lista de chequeo del diagnóstico inicial .....	37
Tabla 3. Resultado de la lista de chequeo diagnóstico inicial bajo la norma .....	42
Tabla 4. Matriz DOFA .....	49
Tabla 5. Estrategias 9s .....	50
Tabla 6. Propuestas de mejora .....	53
Tabla 7. Escala de valoración .....	54
Tabla 8. Ponderación de criterio de decisión .....	54
Tabla 9. Matriz de valoración .....	55
Tabla 10. Descripción de procesos .....	59
Tabla 11. Siglas de los tipos de documentos .....	66
Tabla 12. Siglas asociadas a los procesos .....	66
Tabla 13. Diagnóstico final.....	68
Tabla 14. Resultado de la lista de chequeo diagnóstico final bajo la norma.....	71
Tabla 15. Detalles de los hallazgos primera auditoría .....	73
Tabla 16. Plan de mejora primera auditoría .....	75
Tabla 17. Detalles de los hallazgos segunda auditoría .....	76
Tabla 18. Plan de mejora segunda auditoría .....	77
Tabla 19. Presupuesto.....	77

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Etapas de la evolución del enfoque de la calidad.....	22
Figura 2. Modelos de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos ...	24
Figura 3. Organigrama.....	28
Figura 4. Resultados lista de chequeo bajo la norma ISO 9001:2008.....	43
Figura 5. Resultado diagnóstico inicial.....	45
Figura 6. Mapa de procesos .....	58
Figura 7. Formato de caracterización ilustrativo.....	60
Figura 8. Documentación del sistema de gestión de calidad.....	64
Figura 9. Encabezado de los documentos .....	66
Figura 10. Resultados diagnóstico final bajo la norma ISO 9001:2008 .....	72

## LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1. No se da un uso adecuado de la página web. ....	46
Diagrama 2. No existen manuales de los procesos, donde se definan los pasos a seguir.....	47
Diagrama 3. No se cuenta con herramientas de medición del servicio al cliente. .	47
Diagrama 4. No se tienen demarcados los lugares donde se guardan los instrumentos de trabajo. ....	48
Diagrama 5. No se realizan evaluaciones a los responsables de los procesos.....	48

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS.....	84
ANEXO B TABLA CONTROL DE REGISTROS Y DOCUMENTOS.....	97
ANEXO C INFORME DE AUDITORIA.....	101
ANEXO D PLAN DE MEJORA.....	112
ANEXO E GUÍA PARA LA ASIGNACIÓN, CONFIRMACIÓN DE CITAS E HISTORIA CLÍNICA.....	116
ANEXO F. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE.....	120
ANEXO G MANUAL DE LA CALIDAD.....	123

## RESUMEN

**TITULO:** SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA ISO 9001 DE 2008 PARA IPS UNIDENTSALUD SAS\*

**AUTOR:** LUISA FERNANDA ORTIZ VÁSQUEZ\*\*

**PALABRAS CLAVES:** Mejora Continua, Sistema de Gestión de Calidad, Auditoria, NTC ISO 9001:2008

### DESCRIPCIÓN

Permanecer en el mercado en una ciudad global exige a las empresas competir con calidad; por esta razón en este documento se plantea un sistema de gestión de calidad según los lineamientos de la norma ISO 9001 de 2008 para IPS UNIDENTSALUD SAS, como respuesta a esta necesidad; en él se plantean todos los elementos encontrados en el diagnóstico mediante la utilización de diversas herramientas de recolección y sistematización de la información, como son listas de chequeo, diagramas de causa y efecto, la matriz DOFA, la herramienta de las 9S, una matriz multicriterio y dos auditorías, así como una propuesta de mejoramiento continuo basada en la implementación de la norma.

Al desarrollar el plan de mejoramiento continuo y alcanzando LA CERTIFICACIÓN DE CALIDAD coloca la IPS UNIDENTSALUD SAS en ventaja, comparada con otras IPS del mismo nivel puesto que su objetivo principal está en mejorar el ambiente laboral y dar más satisfacción a empleados y clientes, siguiendo las reglas fundamentales que rigen el servicio público de la salud como son la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libre escogencia, la autonomía de las instituciones, la descentralización administrativa, la participación social, la concertación y la calidad. (ley 100 del 1993)

---

\*Proyecto de Grado

\*\*Faculta de Ingenierías Físico-Mecánicas. Escuela de Estudios Industriales y Empresariales. Director: Jaime Castillo Uribe.

## ABSTRACT

**TITLE:** QUALITY MANAGEMENT SYSTEM CONFORMANCE WITH 9001:2008 COLOMBIAN TECHNICAL SATANDARD FOR IPS UNIDENTSALUD SAS<sup>†</sup>

**AUTHOR:** LUISA FERNANDA ORTIZ VÁSQUEZ\*\*

**KEY WORDS:** Continuous Improvement, Quality Management System, Audit, CTS ISO 9001:2008

### DESCRIPTION

Staying in the market in a global city requires businesses to compete with quality; for that reason, in this document, it is set a Quality Management System according to the requirements of the standard ISO 9001 of 2008 for the IPS UNIDENTSALUD SAS, as a solution to this need; in the document, there are established all the elements found in the diagnosis through the use of diverse tools of recollection and systematization of the information, such as check lists, the cause and effect diagram, the SWOT matrix, the 9s tool, a multi-criteria matrix and two audits, as well as a continuous improvement propose based on the implementation of the standard.

Developing the continuous improvement plan and getting the QUALITY CERTIFICATION puts IPS UNIDENTSALUD SAS in advantage compared to other IPS of the same level, due to its main objective is to improve the work environment and satisfy its employees and customers, following the fundamental rules that control the health public service such as equity, mandatory, comprehensive protection, free choice, the autonomy of institutions, administrative decentralization, social participation, consultation and quality. (Act 100 of 1993).

---

\*Degree work

\*\*Physic-Mechanical Engineerings Faculty. Industrial and Business Studies School. Director: Jaime Castillo Uribe.

Tabla 1. Cumplimiento de objetivos

OBJETIVOS	CUMPLIMIENTO
<b>Objetivo General:</b> Documentar, implementar y evaluar un SGC en IPS UNIDENTSALUD SAS, basado en los requisitos de la Norma NTC 9001:2008.	Todo el documento
Elaborar un diagnóstico inicial en el cual se determinen herramientas de mejora que se vean reflejadas en los procesos misionales, teniendo en cuenta las desarrolladas previamente por la empresa y los resultados obtenidos.	Capítulo 5
Identificar el estado actual de la empresa con relación a los requisitos de la Norma ISO 9001 DE 2008, los procesos que harán parte del Sistema de Gestión, así como las fortalezas y debilidades que puedan ser de utilidad para el proceso.	Capítulo 6
Sensibilizar y capacitar al personal que labora en IPS UNIDENTSALUD SAS en cada una de las etapas que conlleva a la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.	Capítulo 10
Documentar los procesos desarrollados en IPS UNIDENTSALUD SAS por medio de la identificación y revisión de la información existente que permita establecer mejoras y la elaboración de nuevos documentos que garanticen el cumplimiento de los requisitos establecido en la Norma ISO 9001 DE 2008.	Capítulo 9
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad en IPS UNIDENTSALUD SAS, estandarizando de esta forma los procesos desarrollados en la empresa.	Capítulo 10
Realizar dos auditorías internas para evaluar el estado del Sistema de Gestión de Calidad, e identificar oportunidades de mejora en sus procesos.	Capítulo 11
Elaborar e implementar los planes de mejora resultado de las dos auditorías.	Capítulo 11

Fuente: Autor.

## INTRODUCCIÓN

IPS UNIDENTSALUD SAS es una Institución Prestadoras de Servicios, similar a todos los centros de salud, clínicas y hospitales donde se prestan los servicios médicos, bien sea de urgencia o de consulta.

De manera que puesta en el mercado actual, encuentra una gran competencia debido a que la Ley 100 de 1.993 junto con sus normas reglamentarias, así lo permiten, al organizar el Sistema General de Seguridad Social y Salud en Colombia, acabando con el monopolio del estado y permitiendo el derecho de la competencia.

De esta manera, siguiendo las reglas fundamentales que rigen el servicio público de la salud como son la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libre escogencia, la autonomía de las instituciones, la descentralización administrativa, la participación social, la concertación y la calidad, se encuentra que la implementación de la norma NTC ISO 9001:2008 en la empresa es una oportunidad para mejorar su organización interna y de esta forma marcar una ventaja competitiva en el mercado.

Al establecer un diseño del sistema de gestión de calidad basado en los requisitos de la norma citada para la empresa IPS UNIDENTSALUD SAS, le permitirá establecer una organización basada en procesos que a mediano plazo pueda implementarse y llegar a obtener una certificación de calidad, posicionarse en la región como una de las IPS de mayor reconocimiento por sus altos estándares de calidad y profesionales idóneos; puesto que su implementación trae consigo aumentar el grado de satisfacción del cliente, la empresa estará siempre atenta a satisfacer sus demandas, gracias a que se presenta una mayor estabilidad en el

desempeño de las labores de cada uno de los empleados que conforman la empresa.

El desarrollo del presente trabajo pretende presentar un diagnóstico que permita definir el problema, establecer los objetivos y describir la metodología para diseñar, documentar, implementar y evaluar el sistema de gestión de calidad (SGC) de IPS UNIDENTSALUD SAS basado en la NTC ISO 9001:2008 para sus procesos, teniendo en cuenta el direccionamiento estratégico para ofrecer a sus clientes un servicio de la más alta calidad.

# 1 MARCO TEÓRICO

## 1.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD

La Calidad como concepto y su evolución en la historia tiene como referencia más cercana los planteamientos que comenzaron a hacer a principios del siglo XX innumerables maestros y escuelas del mundo de la administración. Frederick Taylor, padre de la administración científica, origina un nuevo concepto en la producción, al descomponer el trabajo en tareas individuales, separando las tareas de inspección de las de producción, y el trabajo de planificación del de ejecución. De esto deriva que en los años 20, la Western Electric Company crea un departamento de inspección independiente para respaldar a las compañías operativas de la Bell Telephone. De este departamento nacen los pioneros del aseguramiento de la calidad; Walter Shewart, Harold Dodge, y George Edward.

De los tres, Walter Shewart es sin duda el más sobresaliente, se le considera el padre de los sistemas de Gestión de la Calidad actual. Crea en 1924 las Gráficas o fichas de Control, las cuales se hacen muy populares a mediados de la Segunda Guerra Mundial, con la creación y utilización de la producción en serie. Shewart también es el creador del Ciclo PHVA, que más tarde los japoneses rebautizaron como Ciclo Deming<sup>‡</sup>.

Durante la Segunda Guerra Mundial, los militares estadounidenses comienzan a utilizar procedimientos estadísticos de muestreo, y establecer requisitos o normas estrictas a sus proveedores. Se crean las tablas de muestreo "MILSTD" (Military Standard, norma militar). En 1944 se publica la primera revista sobre Control de

---

<sup>‡</sup> SIGWEB Sistemas Integrados de Gestión. Historia de la Calidad. [En línea]. Disponible en Internet en <<http://www.sigweb.cl/biblioteca/HistoriaCalidad.pdf>> 12deDiciembrede20012

Calidad, la Industrial Quality Control y en 1946 se funda en Estados Unidos, la American Society for Quality Control, la ASQC.

Durante la década de los años cincuenta, los japoneses hacen suyo las ideas del Control de Calidad para mejorar la tan golpeada economía nipona de postguerra. Nace el JUSE, Unión de científicos e Ingenieros japoneses (1946), entidad independiente del gobierno y no lucrativa, que reúne a un grupo de empresarios, gente del gobierno y académicos. Pronto, ésta se da a la tarea de desarrollar y difundir las ideas del Control de Calidad en todo el país. Para ello, invitan al Japón en 1950 al Dr. Walter Shewart, quien no se encontraba disponible, por lo que la invitación se hace extensiva al Dr. W. Edward Deming, profesor de la Universidad de Columbia, para que dictara una serie de seminarios y conferencias por espacio de 2 meses. Deming introduce en el Japón mucho de los conceptos actuales del Control de Calidad moderno; el Control de Calidad Estadístico y el PHVA de Shewart. En 1951, y como resultado de esta visita, los japoneses crean el Premio Deming de la calidad para motivar a las empresas al mejoramiento continuo (kaizen).

Sin embargo, el exagerado énfasis en los métodos estadístico que hace Deming unido a la poca motivación de parte de la alta dirección empresarial, hicieron que el JUSE invitara en 1954 al Dr. Joseph M. Juran, para que diera un seminario a ejecutivos y directores de departamento y sección. Juran consigue resolver estos problemas y se inicia en el Japón una transición gradual desde el Control de Calidad Estadístico al Control de Calidad Total.

Mientras en occidente los niveles de calidad permanecieron estacionarios hasta los años 80, en el Japón la calidad se convirtió en un asunto de estado. En 1951, Armand Feigenbaum publica "Total Quality Control", TQC. En 1957, Kaoru Ishikawa publica un libro que resalta la importancia de la Administración y las Políticas Operacionales, base de lo que se conoce hoy como "Control de Calidad

en Toda la Compañía". Al mismo tiempo Ishikawa pregona la difusión en el Japón de los Círculos de Calidad.

Durante los años sesenta Shigueo Shingo desarrolla Poka Yoke y los sistemas de inspección en la fuente y para 1977 plantea formalmente el Cero Control de Calidad como una estrategia para conseguir el "Cero Defecto", ZD, lo cual a su criterio- nunca se conseguiría con la forma en que el Control Estadístico de la Calidad enfocaba el problema. En 1972, Yoji Akao y colaboradores desarrollan el DFC, Despliegue de la función de calidad, en el astillero de la Mitsubishi en Kobe, profundizando y centrando los conceptos del Hoshin Kanri. Se comienzan a utilizar las matrices de la casa de la calidad. En 1970 Estados Unidos sufre la importación masiva de productos japoneses de mejor calidad y mucho más baratos. En los 80 Japón se convierte en la primera potencia económica del planeta.

En esos años, Genichi Taguchi plantea la Función Taguchi de pérdida. Motorola crea sigma 6, una técnica para mejorar la calidad. En Estados Unidos, los consumidores se organizan y forman la "Comisión para la Seguridad de Productos al Consumidor", y en 1987 se crea el Premio Nacional Malcolm Baldrige. Es justamente en los años ochenta, que el mundo occidental comienza a tomar conciencia de la Gestión de la Calidad, y comienza a adoptar gran parte de las ideas y prácticas del Control de Calidad japonés para producir los cambios que se requerían en sus respectivos países, así pues se comienza hablar de TQM (Gestión de la Calidad Total).

La calidad ha tenido un notable cambio para poder llegar a lo que encontramos hoy como calidad total. En un principio el enfoque era hacia la calidad del producto; pero al darse cuenta que el mundo estaba tan cambiante se decide enfocar la calidad hacia el cliente, accionistas, proveedores y sociedad en general. Con el fin de ir ampliando progresivamente el enfoque de la calidad como se mostros anteriormente.

Hoy en día las empresas y otras organizaciones y sus departamentos pueden estar en cualquiera de las distintas etapas anteriormente citadas<sup>§</sup>

Figura 1. Etapas de la evolución del enfoque de la calidad



Fuente: Calidad Total: Modelo EFQM De Excelencia. Ferrando Sánchez, Miguel.

## 1.2 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD \*\*

Los sistemas de gestión de la calidad pueden ayudar a las organizaciones a aumentar la satisfacción de sus clientes.

Los clientes necesitan productos con características que satisfagan sus necesidades y expectativas. Estas necesidades y expectativas se expresan en la especificación del producto y estas generalmente se denominan como requisitos del cliente. Los requisitos del cliente pueden estar especificados por el cliente de forma contractual o pueden ser determinados por la propia organización. En

---

<sup>§</sup> FERRANDO SANCHEZ, Miguel. Calidad Total: Modelo EFQM de Excelencia 2ª Edición, 2008, Página 3.

\*\* INTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN –ICONTEC-. Sistemas de gestión de la calidad: fundamentos y vocabulario, Fundamentos de los sistemas de gestión de la calidad. NTC-ISO 9000. Bogotá D.C.: ICONTEC, 2005. 1 p.

cualquier caso, es finalmente el cliente quien determina la aceptabilidad del producto. Dado que las necesidades y expectativas de los clientes son cambiantes y debido a las presiones competitivas y a los avances técnicos, las organizaciones deben mejorar continuamente sus productos y procesos.

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

### **1.3 ENFOQUE BASADO EN PROCESOS<sup>††</sup>**

Esta Norma Internacional promueve la adopción de un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, implementa y mejora la eficacia de un sistema de gestión de la calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.

Para que una organización funcione de manera eficaz, tiene que determinar y gestionar numerosas actividades relacionadas entre sí. Una actividad o un conjunto de actividades que utiliza recursos, y que se gestiona con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados, se puede

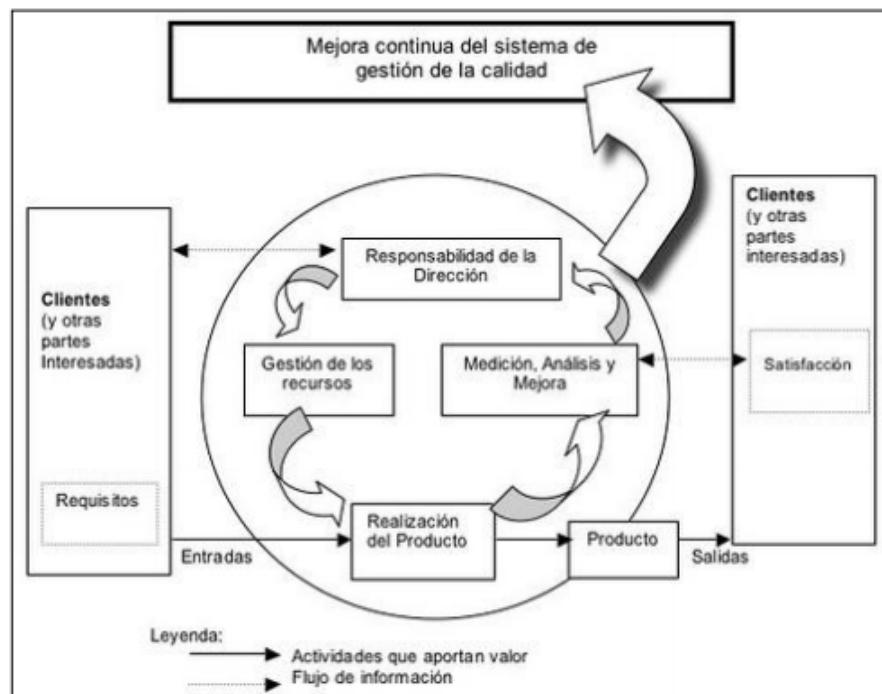
---

<sup>††</sup> INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN –ICONTEC-. Sistemas de gestión de la calidad: requisitos, Enfoque basado en procesos. NTC-ISO 9001. Bogotá D.C.: ICONTEC, 2008. i p.

considerar como un proceso. Frecuentemente el resultado de un proceso constituye directamente el elemento de entrada del siguiente proceso.

La aplicación de un sistema de procesos dentro de la organización, junto con la identificación e interacciones de estos procesos, así como su gestión para producir el resultado deseado, puede denominarse como “enfoque basado en procesos”. Una ventaja del enfoque basado en procesos es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales dentro del sistema de procesos, así como sobre su combinación e interacción (ver figura 2.).

Figura 2. Modelos de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos



Fuente: ICONTEC; Compendio normas fundamentales sobre gestión de la calidad y documentos de orientación para su aplicación; NTC-ISO 9001:2008. Enfoque basado en procesos; Tercera Edición, 2010.

Un enfoque de este tipo, cuando se utiliza dentro de un sistema de gestión de la calidad, enfatiza la importancia de:

- a. La comprensión y el cumplimiento de los requisitos.
- b. La necesidad de considerar los procesos en términos que aporten valor.
- c. La obtención de resultados del desempeño y eficiencia del proceso.
- d. La mejora continua de los procesos con base en mediciones objetivas.

#### **1.4 NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC-ISO 9001:2008<sup>##</sup>**

Esta Norma Internacional especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad, cuando una organización:

- a. Necesita demostrar su capacidad para proporcionar regularmente productos o servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.
- b. Aspira a aumentar la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz del sistema, incluidos los procesos para la mejora continua del sistema y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.

Todos los requisitos de esta Norma Internacional son genéricos y se pretende que sean aplicables a todas las organizaciones sin importar su tipo, tamaño y producto suministrado.

Cuando uno o varios requisitos de esta Norma no se pueden aplicar debido a la naturaleza de la organización y de su producto, pueden considerarse para su

---

<sup>##</sup> Instituto colombiano de normas técnicas y certificación – ICONTEC. Sistemas de gestión de la calidad: requisitos, generalidades y aplicación. NTC-ISO 9001. Bogotá D.C.: ICONTEC, 2008. 1 p.26.

exclusión. Cuando se realicen exclusiones, no se podrá alegar conformidad con esta Norma a menos que dichas exclusiones queden restringidas a los requisitos expresados en el Capítulo 7 y que tales exclusiones no afectan a la capacidad o responsabilidad de la organización para proporcionar productos que cumplan con los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables. La Norma resalta los siguientes aspectos para la implementación del SGC:

- a. Responsabilidad de la Dirección:** La Dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo, implementación y mejora continua del sistema de gestión de la calidad, comunicando a la organización la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios, estableciendo y manteniendo actualizada la política de la calidad, asegurándose de que se establecen los objetivos de la calidad en todos los niveles de la organización, desarrollando y aplicando un sistema que permita la revisión por la dirección y, finalmente, asegurando a la organización que tendrá los recursos necesarios para ejecutar lo planeado según el sistema.
  
- b. Gestión de los Recursos:** La organización debe determinar y proporcionar los recursos que el sistema requiera para lograr su efectividad, es decir la eficiencia y eficacia en su implantación. Entre los recursos a suministrar se encuentra el humano, en donde la organización debe asegurarse que sea competente para realizar los trabajos que afecten la calidad del producto o servicio en los que participe, otro de los recursos a proveer es la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto, tales como edificios, espacio de trabajo, equipos y servicios de transporte o comunicación entre otros; Además, se debe asegurar que exista un ambiente de trabajo que le permita al recurso humano desarrollarse adecuadamente.

- c. Realización del Producto o Servicio:** En este campo la organización debe asegurarse que se planifica y desarrollan los procesos requeridos para que:
- Se establezcan los requisitos del cliente.
  - Se realice el diseño del producto de manera que se transformen los requisitos en características de calidad del producto.
  - Se establezca la metodología adecuada para realizar el producto o servicio de manera que se cumpla con las especificaciones del diseño, incluyendo el control de los dispositivos de seguimiento y de medición necesarios.
- d. Medición, Análisis Y Mejora:** El sistema debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora requeridos para demostrar en todo momento la conformidad del producto y del sistema de gestión de la calidad, mejorando continuamente su efectividad, es decir su eficiencia y eficacia. Se incluye aquí lo correspondiente al seguimiento y medición de la satisfacción del cliente, del sistema, de los productos y los procesos, el control del producto no conforme, el campo correspondiente al análisis de los datos y la mejora continua utilizando su política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorias y las acciones correctivas y preventivas resultantes del análisis de esos datos<sup>§§</sup>.

---

<sup>§§</sup> instituto colombiano de normas técnicas y certificación – ICONTEC. Sistemas de gestión de la calidad: requisitos, generalidades y aplicación. NTC-ISO 9001. Bogotá D.C.: ICONTEC, 2008. 1 p.26.

## 2 DESCRIPCIÓN DE IPS UNIDENTSALUD SAS



### 2.1 ASPECTOS GENERALES

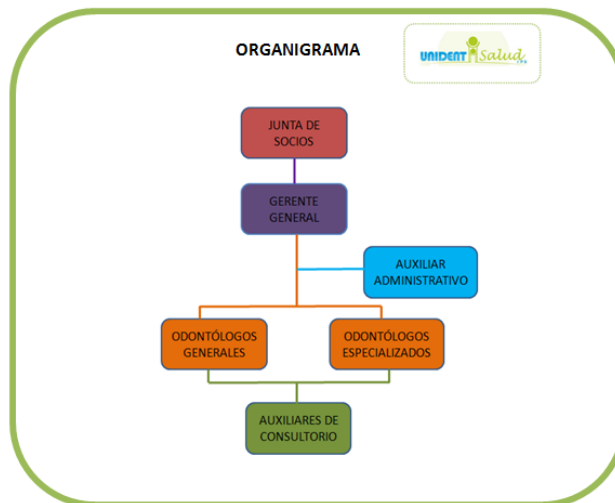
**Nombre de la empresa:** IPS UNIDENTSALUD SAS.

**Ubicación:** Carrera 36 No. 51-71 piso 2 edificio UNIDENTSALUD.

### 2.2 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

El organigrama de IPS UNIDENTSALUD SAS, se modificó después de una reunión en la que participaron la gerente y la coordinadora de calidad se determinó el organigrama presentado en la Figura 3.

Figura 3. Organigrama



Fuente: Autor

### **3 OBJETIVOS Y ALCANCE DEL PROYECTO**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Documentar, implementar y evaluar un Sistema de Gestión de Calidad en IPS UNIDENTSALUD SAS, basado en los requisitos de la Norma NTC 9001:2008.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Elaborar un diagnóstico inicial, en el cual se determinen herramientas de mejora que se vean reflejadas en los procesos misionales, teniendo en cuenta las desarrolladas previamente por la empresa y los resultados obtenidos.
- Identificar el estado actual de la empresa con relación a los requisitos de la Norma ISO 9001 DE 2008, los procesos que harán parte del Sistema de Gestión, así como las fortalezas y debilidades que puedan ser de utilidad para el proceso.
- Sensibilizar y capacitar al personal que labora en IPS UNIDENTSALUD SAS en cada una de las etapas que conlleva a la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.
- Documentar los procesos desarrollados en IPS UNIDENTSALUD SAS por medio de la identificación y revisión de la información existente que permita establecer mejoras y la elaboración de nuevos documentos que garanticen el cumplimiento de los requisitos establecido en la Norma ISO 9001 DE 2008.
- Implementar el Sistema de Gestión de Calidad en IPS UNIDENTSALUD SAS estandarizando de esta forma los procesos desarrollados en la empresa.

- Realizar dos auditorías internas para evaluar el estado del Sistema de Gestión de Calidad, e identificar oportunidades de mejora en sus procesos.
- Elaborar e implementar los planes de mejora resultado de las dos auditorías.

### **3.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El siglo XXI plantea nuevos retos a las empresas, vistos desde la perspectiva de una economía global de apertura al libre mercado y las empresas transnacionales que amenazan con acabar las pequeñas empresas que no asuman el reto de la competitividad desde el mejoramiento de los estándares de calidad.

La IPS UNIDENTSALUD SAS mediante un diagnóstico, pudo determinar el grado de amenaza de desaparecer dado el aumento de IPS en la región; por tal motivo encuentra en la implementación de la Norma Técnica de Calidad NTC ISO 9001-2008 una oportunidad para mejorar la prestación del servicio; puesto que los estándares de un Sistema de Gestión de la Calidad proveen garantías sobre calidad, seguridad y funcionamiento, con la finalidad de lograr la satisfacción total del cliente.

La búsqueda de la calidad en su proceso misional mediante la implementación de la NTC ISO 9001-2008 es el reto más grande que se plantea la IPS UNIDENTSALUS SAS en este momento, lo que implica que deba destinar los recursos necesarios que le permitan cumplir con todos los procesos que estos cambios demandan.

La importancia de llevar a cabo este proyecto es hacer más competitiva la IPS UNIDENTSALUD SAS de manera que le permita ofrecer un servicio de calidad, generando confianza entre sus clientes, proveedores y público en general; además mediante las auditorías pueda logra la certificación.

### **3.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO**

IPS UNIDENTSALUD SAS, actualmente ofrece servicio de calidad, pero este proyecto será de gran ayuda, para dirigir su crecimiento hacia la mejora de los procesos, haciendo un mejor uso de su recurso humano, físico y económico, logrando así la satisfacción de de sus clientes, mediante la prestación de un servicio que supla todas sus necesidades.

La implementación de un sistema de gestión de calidad es un instrumento útil para el cumplimiento de los objetivos organizacionales, de esta forma aumenta la productividad de IPS UNIDENTSALUD SAS, logrando así una mejor respuesta tanto de los trabajadores como de los clientes.

De igual forma, este proyecto intenta crear una ventaja competitiva con las empresas que desarrollan la misma actividad económica en la región; esto se pretende lograr con trabajo en equipo donde estará involucrada, la parte gerencial y operativa de la empresa, en pro de lograr mayor nivel de confianza del cliente.

### **3.5 ALCANCE**

El alcance de este proyecto contiene la documentación, implementación y evaluación del sistema de gestión de calidad basado en la NTC ISO 9001: 2008 en los procesos definidos dentro del S.G.C. incorporados en el mapa de procesos: Talento Humano, Mejora continua, Financiero, Documentación, Compras, SGC, Auditoria, Gestión Comercial, Asignación de Citas, Odontología General, Odontologías Especializada, Planeación y Direccionamiento y Ortodoncia. Incluye la realización de dos auditorías internas y elaboración de sus planes de mejoras respectivos.

## 4 METODOLOGÍA DEL PROYECTO

### 4.1 DIAGNÓSTICO

Se busca identificar el estado actual de la empresa respecto a la Norma NTC ISO 9001:2008. Involucra las siguientes actividades:

- Evaluación del cumplimiento de los requisitos en los procesos a nivel general.
- Revisión de los documentos y registros existentes.
- Caracterización de los procesos claves dentro del Sistema de Gestión de Calidad.

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS:** La herramienta que se utilizó en el desarrollo del diagnóstico fue la lista de chequeo, con la cual se logró determinar el diagnóstico inicial de la empresa y de esa forma poder proponer actividades de mejoras, las cuales se ven reflejada en los procesos misionales.

### 4.2 PLANIFICACIÓN

Luego de tener identificados los procesos gerenciales, operativos y de apoyo, se realizan las siguientes actividades:

- Revisión y ajuste de la Misión, Visión y Valores.
- Diseñar la política, objetivos de calidad e indicadores de gestión.
- Organizar los grupos primarios, sus integrantes, responsabilidades, plan de trabajo, entre otros.
- Definir los procesos que harán parte del SGC (Alcance del SGC).

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS:** Se conformo el comité de calidad, se determino el alcance y exclusiones, políticas y objetivos de la calidad, elaboración del mapa de procesos que harán parte del sistema de gestión de calidad, y sus respectivas caracterizaciones e indicadores de cada uno de los procesos.

### **4.3 DOCUMENTACIÓN**

El objetivo de esta etapa es adecuar los documentos existentes y generar los documentos adicionales que sean necesarios, teniendo en cuenta los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008. Involucra las siguientes actividades:

- Construir la metodología para la elaboración y el control de los documentos y registros: Guía de elaboración de documentos.
- Revisar los documentos existentes y diseñar los necesarios para dar cumplimiento a los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008.
- Elaboración del Manual de Calidad.

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS:** Se tuvo un manejo de la documentación ya estandarizado, por parte del comité con el fin de acceder a ella de una forma más óptima. Consecuentemente se tuvo un control del buen funcionamiento de la documentación.

### **4.4 IMPLEMENTACIÓN**

En esta etapa se realizó la socialización de los documentos y registros elaborados, con el fin que el personal implicado en los procesos de IPS UNIDENTSALUD SAS tuviera conocimiento de ellos y los adopten en el desarrollo de sus tareas. Las actividades que se llevaron a cabo en la etapa de implementación fueron las siguientes:

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

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS:** Se llevaron a cabo retroalimentaciones por medio de talleres y conversatorios, donde se dio a conocer el contenido de la norma y los avances del desarrollo que llevan a cabalidad cada uno de ellos en el cumplimiento de los objetivos.

#### **4.5 SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN**

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

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS:** Se desarrolló el diseño de encuestas dirigidas a todo el personal que participa en los procesos de la organización, para detectar fallas y poder tomar medidas correctivas.

## 4.6 EVALUACIÓN

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

- Revisión del Sistema por parte de la Dirección.
- Desarrollo de dos auditorías internas.
- Elaboración e implementación de los planes de mejoramiento producto de las dos (2) auditorías.

**HERRAMIENTAS UTILIZADAS:** La evaluación se realiza por medio de revisión constante de los procesos, además periódicamente se están revisando los requerimientos de la norma y estos se comparan con los avances obtenidos durante el desarrollo de la implementación de la norma; para medir el cumplimiento de estos mediante indicadores.

## **5 DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

### **5.1 OBJETIVO DEL DIAGNÓSTICO**

Identificar el estado inicial del sistema de gestión de calidad según los lineamientos de la norma NTC ISO 9001:2008.

### **5.2 METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO**

Con el fin de identificar el estado actual de IPS UNIDENTSALUD SAS, se creó una metodología que permitió la tabulación y análisis de datos; para poder realizar una planificación y ejecución adecuada bajo los lineamientos de la norma NTC ISO 9001:2008.

#### **5.2.1 Planificación**


Se realizó un diagnóstico bajo los lineamientos de la norma NTC ISO 9001:2008, por medio de una lista de chequeo (Tabla 2). Previamente a esto se realizó una socialización de la norma, con el fin que todos los empleados de la IPS UNIDENTSALUD SAS estuvieran al tanto de los beneficios que conlleva la implementación de la norma y darles a entender la importancia del compromiso de cada uno de ellos con la empresa.

#### **5.2.2 Ejecución**

Teniendo diseñada la lista de chequeo, se procede a entrevistar el personal a cargo de cada proceso con el fin de diligenciarla.

### 5.2.3 Tabulación de Datos

Tabla 2. Lista de chequeo del diagnóstico inicial

		DIAGNÓSTICO INICIAL DE IPS UNIDENTSALUD SAS				
Convenciones:		SC: Si Cumple NC: No Cumple CP: Cumple Parcialmente				
No.	Norma NTC ISO 9001:2008	¿Cumple?				Evidencias y Observaciones
4	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	SC=10	CP=4	NC=2	%	
4.1	Requisitos Generales		X		40%	No se encuentra identificados y documentados en su totalidad los procesos del sistema y los proceso subcontratados externamente
4.2	Requisitos de la Documentación				20%	
4.2.1	Generalidades			X		No existen actualmente documentos de políticas de calidad, objetivos de calidad y manual de calidad.
4.2.2	Manual de Calidad			X		No existe manual de calidad
4.2.3	Control de los Documentos			X		Existen de forma ordenada los documentos relacionados con el proceso financiero; pero no existe un control de documentos determinado bajo la norma para el control de estos. No existe metodología para la revisión y actualización de documentos esto hace que se presente gran cantidad de documentos obsoletos almacenados de forma desordenada.
4.2.4	Control de los Registros			X		No existe un procedimiento documentado para el control de registros. La metodología para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación y disposición de los registro se llevan a cabo por las indicaciones dadas por la dirección; pero estas no se encuentran documentadas.

<b>5</b>	<b>RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN</b>					
5.1	Compromiso de la Dirección		X		40%	La alta dirección se asegura de la disponibilidad de los recursos realizando contantes revisiones, teniendo en cuenta que lo más importante es satisfacer los requisitos de los clientes y los legales. No existe documentación.
5.2	Enfoque al Cliente		X		40%	Existe documentación donde se realiza la determinación del cliente teniendo en cuenta el apartado 7.2.1 de la norma ISO:9001 de 2008; pero actualmente no hay un instrumento de medición en que se pueda analizar la satisfacción del cliente.
5.3	Política de la Calidad			X	20%	No existen políticas de calidad.
5.4	Planificación				20%	
5.4.1	Objetivos de la Calidad			X		No existen objetivos de calidad.
5.4.2	Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad			X		No existe sistema de gestión de calidad.
5.5	Responsabilidad, Autoridad y Comunicación				26,7%	
5.5.1	Responsabilidad y Autoridad			X		Actualmente no se encuentra organigrama definido en su estructura, no hay documentación en la que se exponga la responsabilidad de cada puesto de trabajo.
5.5.2	Representante de la Dirección			X		
5.5.3	Comunicación Interna		X			La alta gerencia se asegura de que exista la comunicación interna, considerando la eficacia del SGC, pero no se evidencia.
5.6	Revisión por la Dirección				26,7%	
5.6.1	Generalidades		X			No se encuentran definidas las frecuencias de la revisión del sistema por la dirección, ya que estas se realizan en cualquier momento. No se encuentran registros de la revisión por la dirección.
5.6.2	Información de Entrada para la Revisión			X		No existe documentación.
5.6.3	Resultados de la Revisión			X		No existe documentación.

<b>6</b>	<b>Gestión de los Recursos</b>					
6.1	Provisión de Recursos	X			100%	La organización dispone de los recursos necesarios para un sistema de gestión de calidad y aumentar la satisfacción del cliente.
6.2	Recursos Humanos				70%	
6.2.1	Generalidades	X				Cuenta con el personal competente para realizar las labores las cuales se les fueron asignadas.
6.2.2	Competencia, Formación y Toma de Conciencia		X			Se encuentran definidas las competencias necesarias para cada puesto de trabajo teniendo en cuenta la educación, formación y habilidades desarrolladas; pero no se encuentran registro ni evidencias documentadas de las competencias.
6.3	Infraestructura		X		40%	La infraestructura se encuentra identificada. Existen una metodología para la realización del mantenimiento preventivo para cada uno de los equipos; pero no se encuentran registros de estas.
6.4	Ambiente de Trabajo			X	20%	A un que el ambiente de trabajo es optimo, no existen evidencias del las condiciones especificas de trabajo.
<b>7</b>	<b>Realización del Producto</b>					
7.1	Planificación de la prestación del servicio			X	20%	La organización no dispone de una documentación del servicio teniendo en cuenta los requisitos del cliente.
7.2	Procesos relacionados con el cliente				26,7%	
7.2.1	Determinación de los requisitos relacionados con el servicio		X			Se tienen en cuenta los requisitos del cliente incluyendo condiciones de entrega, estos se encuentran parcialmente documentados.
7.2.2	Revisión de los requisitos relacionados con el servicio			X		No existe documentación ni evidencia de la metodología, momento y responsabilidades para la revisión de los requisitos relacionados con el servicio.
7.2.3	Comunicación con el cliente			X		No existe metodología eficaz para la comunicación con el cliente.
7.3	Diseño y desarrollo				20%	
7.3.1	Planificación del diseño y desarrollo			X		No existe documentación de la planificación.

7.3.2	Elementos de entrada para el diseño y desarrollo			X		No existe documentación.
7.3.3	Resultados del diseño y desarrollo			X		No existe documentación.
7.3.4	Revisión del diseño y desarrollo			X		No existe documentación.
7.3.5	Verificación del diseño y desarrollo			X		No existe documentación de la verificación del diseño y desarrollo.
7.3.6	Validación del diseño y desarrollo			X		No existe documentación de los registros de validación del servicio prestado.
7.3.7	Control de los cambios del diseño y desarrollo			X		No existe documentación de los cambios realizados en el diseño de la prestación de servicio.
7.4	Compras				33,3%	
7.4.1	Proceso de compras			X		Actualmente este proceso se lleva a cabo por parte de la dirección; pero no existe la documentación de la selección de proveedores ni se encuentran definidos los criterios de selección.
7.4.2	Información de las compras		X			Existe una metodología para realizar los pedidos de compras teniendo en cuenta los requisitos deseados; pero esta no se encuentra documentadas en su totalidad.
7.4.3	Verificación de los productos comprados		X			Existe una metodología y responsabilidad definida para la inspección de los productos; pero no existe una respectiva documentación de esta inspección.
7.5	Capacidad y prestación del servicio				30%	
7.5.1	Control de la capacidad de atención y de la prestación del servicio		X			Existe una metodología determinada para el control de la capacidad de clientes y prestación del servicio; pero no existe documentación.
7.5.2	Validación de los procesos de la prestación del servicio			X		No existe documentación.
7.6	Control de los equipos de seguimiento y de medición		X		40%	Existen definidas unas rutinas apropiadas de verificación y calibración de los equipos utilizados en la prestación del servicio; pero no se encuentran registros sobre estos controles.
8	Medición, análisis y mejora					

8.1	Generalidades		X		40%	Existen definidos los procesos para realizar el seguimiento, medición, análisis y mejora; pero no se tienen empleadas técnicas estadísticas.
8.2	Seguimiento y medición				45%	
8.2.1	Satisfacción del cliente	X				La metodología utilizada para el análisis de la satisfacción del cliente es el buzón de sugerencias, físico y virtual, ahí el cliente puede exponer su conformidad con respecto al servicio recibido.
8.2.2	Auditoría interna			X		Se realizan revisiones por la dirección, las cuales no están documentadas, pero una auditoría de toda la clínica no se ha realizado como tal.
8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos			X		No existe un sistema de gestión de calidad implementado.
8.2.4	Seguimiento y medición del servicio		X			Se encuentran definidas las pautas de inspección final del servicio, pero no se encuentra documentado.
8.3	Control del servicio no conforme			X	20%	En el buzón de sugerencias los usuarios existen pero no cuenta con control.
8.4	Análisis de datos		X		40%	Se hace un análisis de los datos del sistema emprendiendo acciones a partir de los resultados; pero no existe una documentación.
8.5	Mejora				20%	
8.5.1	Mejora continua			X		No existe evidencia de las acciones iniciadas para la mejora continua.
8.5.2	Acción correctiva			X		No está documentado.
8.5.3	Acción preventiva			X		No está documentado.

Fuente: autor

Los numerales de la norma y sus requisitos pertinentes se calificaron de la siguiente forma:

- Cumple (Sc)
- Cumple Parcialmente (Cp)
- No Cumple (Nc)

### 5.3 RESULTADOS

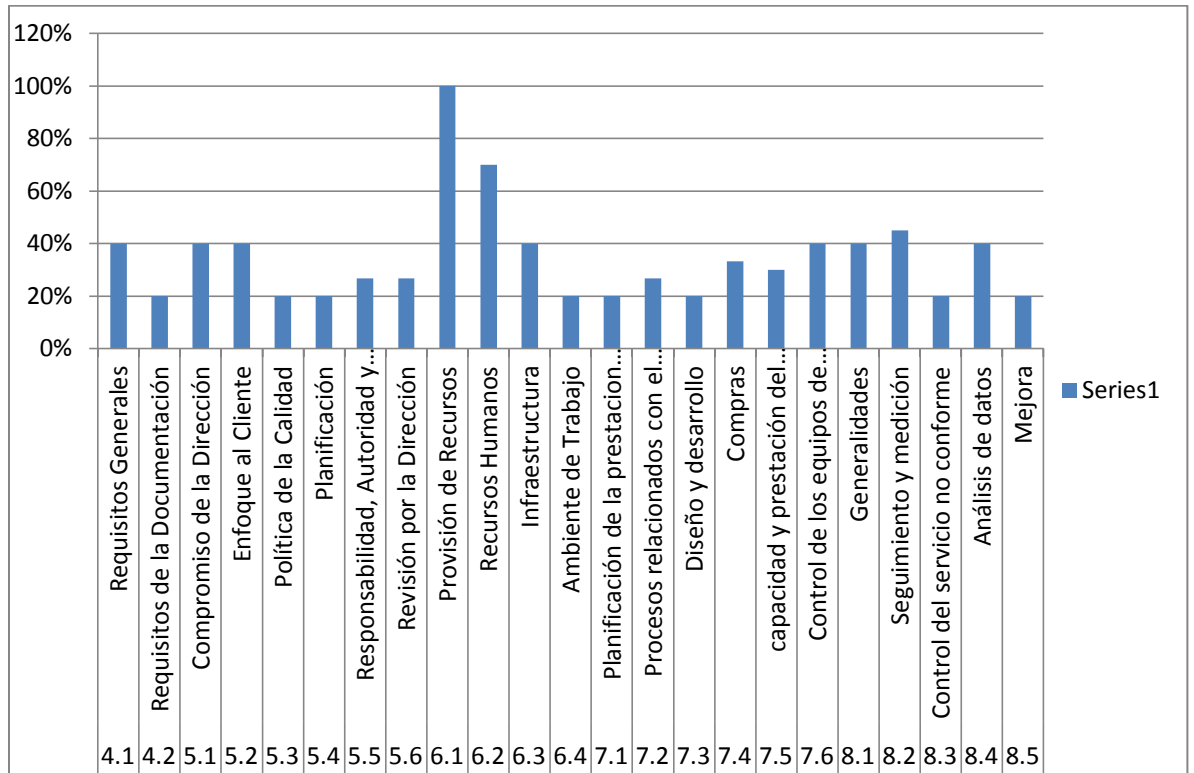
En la (Tabla 3) y (Figura 4) se evidencia la información tabulada, obtenida en la lista de chequeo.

Tabla 3. Resultado de la lista de chequeo diagnóstico inicial bajo la norma

ítem	Nombre	Porcentaje
4.1	Requisitos Generales	40%
4.2	Requisitos de la Documentación	20%
5.1	Compromiso de la Dirección	40%
5.2	Enfoque al Cliente	40%
5.3	Política de la Calidad	20%
5.4	Planificación	20%
5.5	Responsabilidad, Autoridad y Comunicación	26,70%
5.6	Revisión por la Dirección	26,70%
6.1	Provisión de Recursos	100%
6.2	Recursos Humanos	70%
6.3	Infraestructura	40%
6.4	Ambiente de Trabajo	20%
7.1	Planificación de la prestación del servicio	20%
7.2	Procesos relacionados con el cliente	26,70%
7.3	Diseño y desarrollo	20%
7.4	Compras	33,30%
7.5	capacidad y prestación del servicio	30%
7.6	Control de los equipos de seguimiento y de medición	40%
8.1	Generalidades	40%
8.2	Seguimiento y medición	45%
8.3	Control del servicio no conforme	20%
8.4	Análisis de datos	40%
8.5	Mejora	20%
	<b>PROMEDIO</b>	<b>35%</b>

Fuente: Autor

Figura 4. Resultados lista de chequeo bajo la norma ISO 9001:2008



Fuente: Autor

## 5.4 GRADO DE CUMPLIMIENTO

Se estableció una valoración para cada grado de cumplimiento, con el fin de determinar el estado inicial del SGC, según los lineamientos de la norma NTC ISO 9001:2008 en IPS UNIDENTSALUD SAS. Se cuenta con un cumplimiento del 35% de los ítems de la norma y un no cumplimiento de la norma del 65% respectivamente. IPS UNIDENTSALUD SAS cuenta con documentación de los servicios prestados; pero estos no son los establecidos según un SGC.

Este porcentaje nos dio un punto de partida donde se pudo observar en cuáles ítems se está fallando, con el fin de darles prioridad a la hora de iniciar el SGC.

## 6 DIAGNÓSTICO GENERAL

### 6.1 DETERMINACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS

Para la determinación de los puntos críticos de IPS UNIDENTSALUD SAS, se utilizó una lista de chequeo donde se realizó una evaluación general a los responsables de cada proceso, para determinar el estado en que se encuentra la organización respecto a sus procesos misionales y así tener claro el punto de partida para el desarrollo de los objetivos propuestos.

En el anexo 1 se puede ver la lista de chequeo, la cual fue de gran ayuda para realizar el diagnóstico inicial de la empresa.

La lista de chequeo se calificó determinando si se cumple ó si no se cumple el ítem para la clínica.

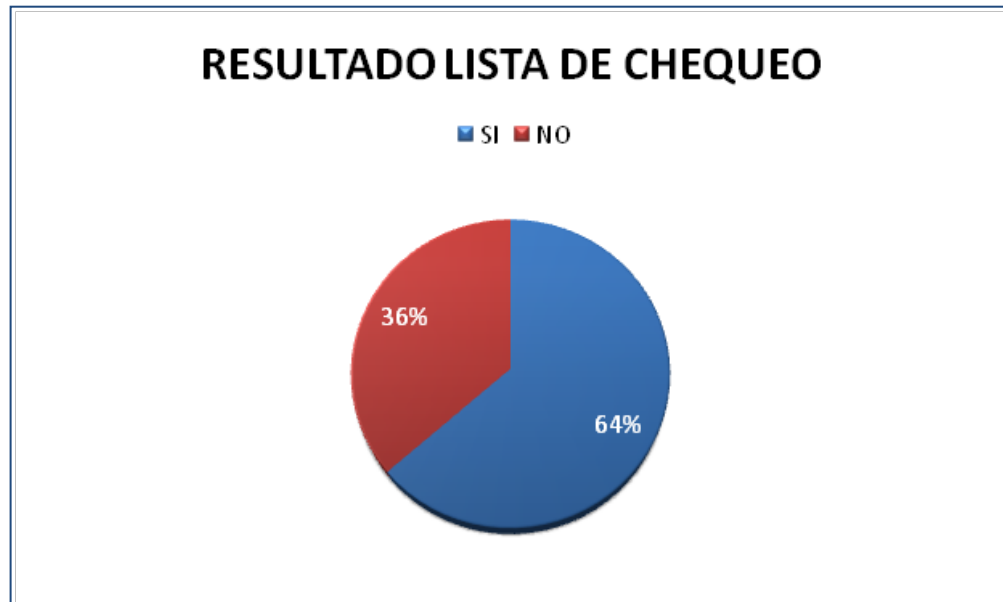
### 6.2 RESULTADOS Y ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO GENERAL

- Total de preguntas: 22
- Cumple: 14
- No cumple: 8

**SI:** Si la respuesta es “si” tendrán un valor de 100% cada respuesta

**NO:** Si la respuesta es “no” tendrá un valor de 0% cada respuesta

Figura 5. Resultado diagnóstico inicial



Fuente: Autor

Los resultados encontrados después de las entrevistas realizadas a cada uno de los responsables de los procesos misionales fueron: IPS UNIDENTSALUD SAS actualmente cumple en un 64% de una forma adecuada, quedando pendiente un 36% por mejorar.

### 6.3 LOS PUNTOS CRÍTICOS IDENTIFICADOS

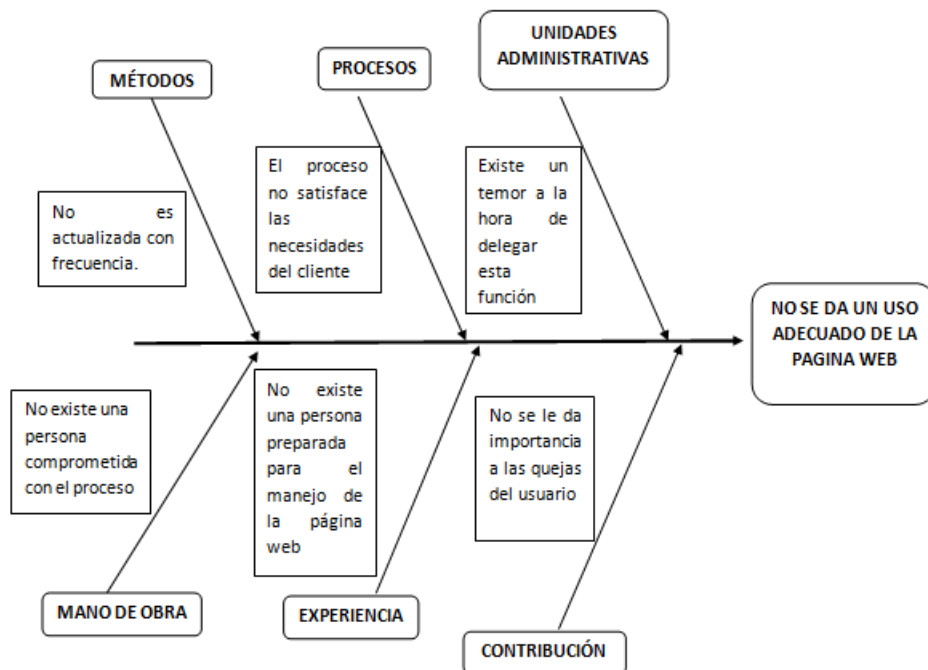
- No se le da el uso adecuado a la página web.
- No existen manuales donde estén descritos los procedimientos a seguir.
- No se cuenta con herramientas de medición del servicio al cliente.
- No se tienen demarcados los lugares en donde se guarda el instrumental de trabajo.
- No se realizan evaluaciones a los responsables de cada proceso.

Para determinar las causas que generan los puntos críticos identificados, se utilizó el diagrama causa – efecto. En éste se establecieron las causas principales y secundarias, las cuales permiten una evaluación completa de los puntos críticos identificados.

Con el fin de encontrar de forma detallada las verdaderas causas de los puntos críticos, se utilizó la técnica de lluvia de ideas.

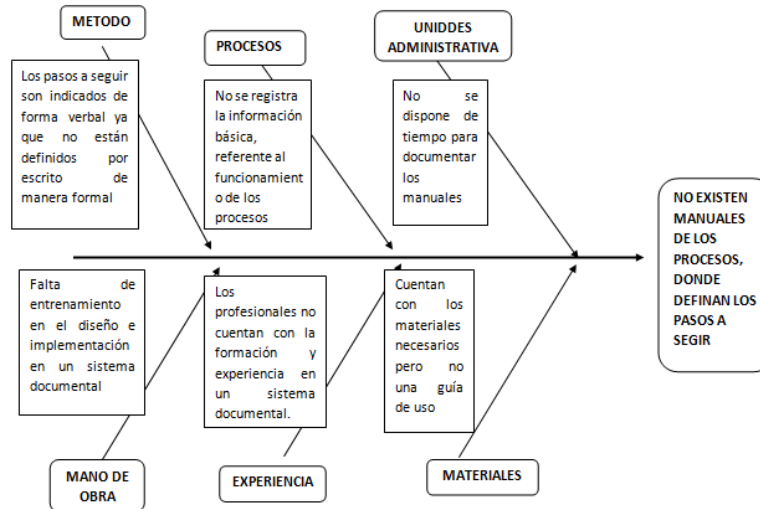
#### 6.4 DIAGRAMAS CAUSA EFECTO PARA CADA PUNTO CRÍTICO

Diagrama 1. No se da un uso adecuado de la página web.



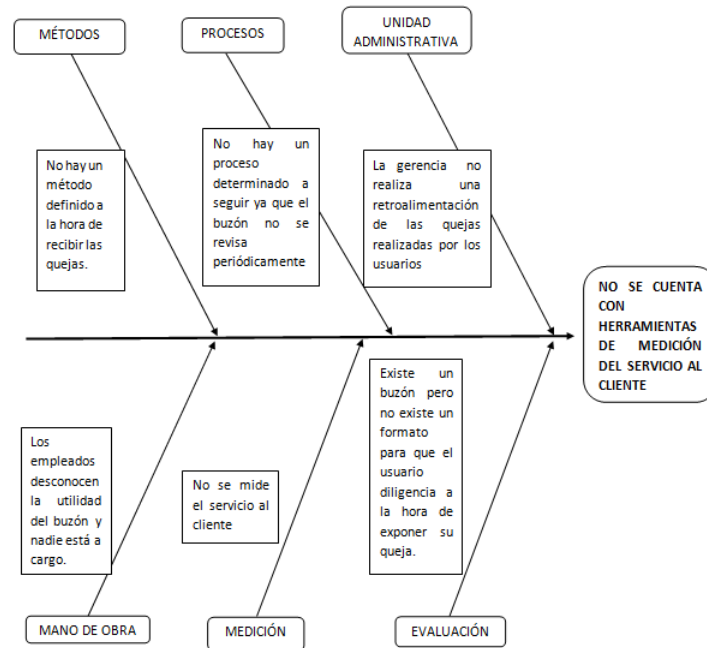
Fuente: Autor

Diagrama 2. No existen manuales de los procesos, donde se definan los pasos a seguir.



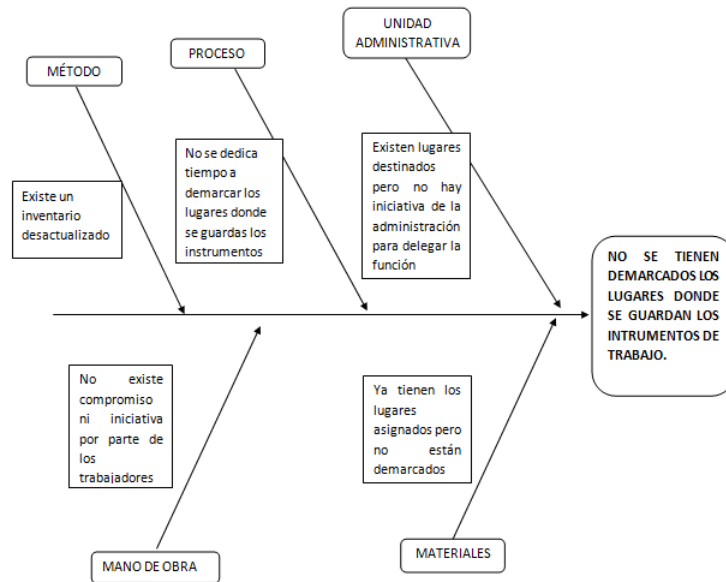
Fuente: Autor

Diagrama 3. No se cuenta con herramientas de medición del servicio al cliente.



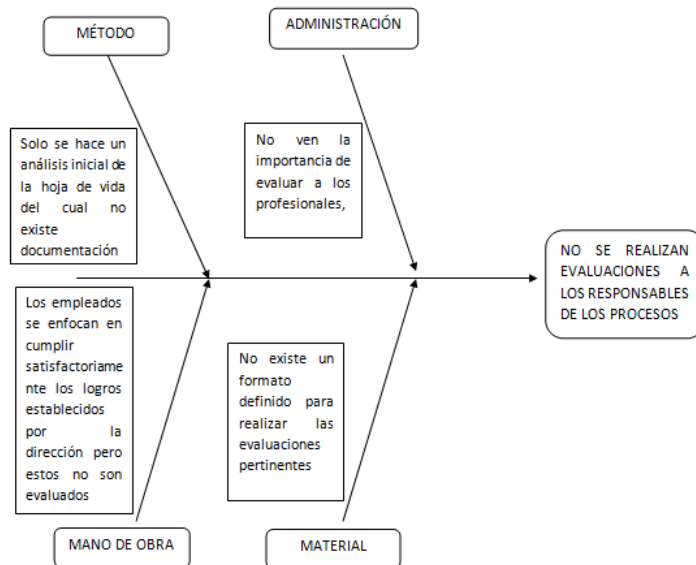
Fuente: Autor

Diagrama 4. No se tienen demarcados los lugares donde se guardan los instrumentos de trabajo.



Fuente: Autor

Diagrama 5. No se realizan evaluaciones a los responsables de los procesos



Fuente: Autor

## 7 HERRAMIENTAS DE MEJORAMIENTO

Con el fin de generar propuestas viables para la clínica y su vez que estén al alcance de la clínica, se realizó una reunión, con el fin de recibir propuestas mediante una lluvia de ideas, se optó por los siguientes métodos.

### 7.1 MATRIZ DOFA

Es una herramienta generalmente utilizada como método de diagnóstico empresarial en el ámbito de la planeación estratégica, es por eso que se decidió utilizar en IPS UNIDENTSALUD SAS (Tabla 4) con el fin de encontrar las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas que presenta actualmente la empresa, y así aumentar la productividad.

Tabla 4. Matriz DOFA

<b>FORTALEZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Buena comunicación entre el personal</li><li>• Auto sostenibilidad económica</li><li>• Buena imagen con los clientes</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mercado internacional</li><li>• Convenios con diferentes instituciones</li><li>• Crecimiento de la clínica</li></ul>
<b>DEBILIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Faltan métodos cuantitativos con los que se pueda medir la productividad</li><li>• Falta de control en la página web</li><li>• No se tienen en cuenta las quejas del usuario</li><li>• Falta de evaluaciones periódicas al personal</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Disminución de ingresos.</li><li>• Disminución del mercado</li></ul>

Fuente: Autor

## 7.2 ESTRATÉGIA DE LAS 9S

La metodología de las 9S, como respuesta a la necesidad de desarrollar planes de mejoramiento del ambiente de trabajo, integra nueve conceptos fundamentales, en torno a los cuales, trabajadores y empresa pueden lograr las condiciones adecuadas para producir con calidad bienes y servicios.

Tabla 5. Estrategias 9s

<b>CON LAS COSAS</b>	
Clasificación	SEIRI
Organización	SEITON
Limpieza	SEISO
<b>CON USTED MISMO</b>	
Bienestar personal	SEIKETSU
Disciplina	SHITSUKE
Constancia	SHIKARI
Compromiso	SHITSUKOKU
<b>EN LA EMPRESA</b>	
Coordinación	SEISHOO
Estandarización	SEIDO

Fuente: Autor

La calidad empieza “por casa”, en el sitio de trabajo.

Una de las necesidades de los seres humanos es disponer de espacios y entornos adecuados para el desarrollo de las diferentes actividades de su vida, una de las

cuales es el trabajo; la carencia de estos espacios produce insatisfacción o “pobreza de ambiente”.

En consecuencia, es responsabilidad de IPS UNIDENTSALUD SAS y de los trabajadores, organizar, mantener y mejorar permanentemente los lugares de trabajo, como una forma de dar a cada persona un sitio adecuado para su labor y para su desarrollo y para lograr, por este medio, los índices de calidad y productividad.

### **7.2.1 Clasificación**

Clasificar en IPS UNIDENTSALUD SAS consiste en separar, en el área de trabajo, las cosas que sirven de las que no son útiles, lo necesario de lo innecesario, lo suficiente de lo excesivo, y eliminar lo que no sirve, lo innecesario y lo excesivo, con autorización para aquellas cosas que la requieran. Garantizando la adecuación de los espacios y la comodidad para empleados como pacientes.

### **7.2.2 Organización**

En IPS UNIDENTSALUD SAS se debe organizar, por sectores en donde se identificarán los lugares específicos en donde deben ir los objetos o partes de ellos, mediante una secuencia acordada previamente e identificados en su totalidad.

### **7.2.3 Limpieza**

Para IPS UNIDENTSALUD SAS por ser una empresa prestadora de servicios odontológicos es esencial permanecer el área de trabajo impecable mediante el constante mantenimiento de todos los lugares del consultorio y la utilidad de los adecuados implementos de aseo.

#### **7.2.4 Bienestar personal**

El personal que labora en IPS UNIDENTSALU SAS es de gran importancia por eso se le garantiza el bienestar mental, físico y ambiente de trabajo. Capacitándolos en los diferentes aspectos que influyen como lo son: aseo personal, alimentación balanceada, posturas adecuadas, descanso adecuado, visita periódica al médico, utilización de los respectivos equipos de protección personal cuando sea necesario.

#### **7.2.5 Disciplina**

IPS UNIDENTSALUD SAS tiene personal calificado que se encuentra en constante capacitación adquiriendo una cultura de disciplina de las facultades mentales, físicas o morales cumpliendo con los reglamentos y leyes estipuladas para los consultorios odontológicos.

#### **7.2.6 Constancia**

La constancia de la calidad del servicio de IPS UNIDENTSALUD SAS es rigurosa en cuanto a la atención; siendo prioridad la amabilidad y calidad en el servicio prestado.

#### **7.2.7 Compromiso**

El compromiso es una obligación de IPS UNIDENTSALUD SAS para con sus empleados y los clientes como de igual forma de los empleados para con IPS UNIDENTSALUD SAS, manteniendo un equilibrio en la calidad del servicio.

#### **7.2.8 Coordinación**

En IPS UNIDENT SALUD SAS se determinaron unas guías donde en manera explícita se dice como se deben ejecutar los procesos del SGC cumpliendo con los objetivos de calidad.

Considerando las siguientes recomendaciones:

- Ser congruente con lo que se requiere, en otras palabras, hacer lo que se dice.
- Lograr la vinculación de todo el personal en las tareas de mejoramiento del ambiente de trabajo; desde la alta dirección hasta los niveles de operación.
- Tener decisión y constancia.
- Trabajar en los cambios con el espíritu de “equipo que va a triunfar”.

### 7.2.9 Estandarización

El Sistema de Gestión de Calidad de IPS UNIDENTSALUD SAS se ha creado con el fin de estandarizar el servicio prestado mediante la creación de guías y procedimientos; motivando y capacitando constantemente a todo el personal activo. Creando un canal de comunicación para que así todo puedan ser participativos y apliquen la estandarización correctamente.

### 7.3 PROPUESTA DE MEJORA

Una vez analizada las herramientas a utilizar y dejando todo claro, se dispone a generar las posibles propuestas de mejora. Por medio de una lluvia de ideas y después de analizar varios puntos de vista, se seleccionaron las propuestas más viables para la clínica.

Tabla 6. Propuestas de mejora

PROPUESTAS	N°. IDENTIFICACION
<ul style="list-style-type: none"><li>• Diseñar un formato de quejas, con el fin de analizar y determinar las debilidades que presenta la clínica.</li><li>• Reubicar el buzón en un lugar más visible para el cliente.</li></ul>	1
<ul style="list-style-type: none"><li>• Establecer la documentación donde se detallen los procedimientos primordiales con el fin de cumplir con los objetivos planteados.</li></ul>	2

<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar un cronograma de evaluación a los empleados con el fin de medir y unificar la prestación del servicio.</li> </ul>	3
<ul style="list-style-type: none"> <li>Integrar la estrategia de las 9s, para la clínica, especialmente en las áreas de trabajo.</li> </ul>	4
<ul style="list-style-type: none"> <li>Delegar a un trabajador la función de Actualizar la página web y de igual forma estar pendiente de las solicitudes de los clientes como son cotizaciones, citas médicas entre otras.</li> </ul>	5

Fuente: Autor

## 7.4 MATRIZ MULTICRITERIO

Tabla 7. Escala de valoración

ESCALA	
NULA	0
BAJA	1
MEDIA	2
ALTA	3

Fuente: Autor

Tabla 8. Ponderación de criterio de decisión

CRITERIO	PONDERACIÓN	Identificación
Costos	-1 (Este es negativo por considerarse que la propuesta no debe tener costos elevados)	A
Factibilidad	2	B
Impacto satisfacción clientes	4	C
Sencillez	1	D

Fuente: Autor

Tabla 9. Matriz de valoración

PROPUESTAS	CRITERIOS UTILIZADOS								Σ	PRIORIDAD
	A		B		C		D			
	v	v*p	v	v*p	V	v*p	v	v*p		
1	1	-1	3	6	2	8	3	3	16	1
2	1	-1	2	4	2	8	3	3	14	2
3	1	-1	1	2	3	12	3	3	16	1
4	2	-2	2	2	2	8	2	2	10	3
5	3	-3	3	6	3	12	1	1	16	1

Fuente: Autor

V=Valoración

P=Ponderación

El análisis multicriterio se utiliza para emitir un juicio comparativo entre proyectos.

El desarrollo de la matriz multicriterio ayudará a escoger aquella mejora que tenga mayor prioridad, esta se determinará mediante las ponderaciones y escalas dadas, a cada uno de las propuestas de mejora y criterios de decisión suministrada por parte del personal de la IPS.

Teniendo en cuenta las propuestas de mejoras planteadas (tabla 8), se procede a realizar una escala de valoración (tabla 7) y una ponderación con criterios de decisión (tabla 8), con el fin de realizar la matriz de valoración (tabla 9).

## 8 PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

### 8.1 DEFINICIÓN DE RESPONSABLES

Como parte esencial del proyecto, se definieron los responsables de garantizar el correcto desarrollo de la implementación, documentación, evaluación y mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad en IPS UNIDENTSALUD SAS. Los responsables son:

- REPRESENTANTE POR LA DIRECCIÓN – Ronald Rodriguez
- COORDINADORA DE CALIDAD – Luisa Fernanda Ortiz
- AUXILIAR ADMINISTRATIVA – Francy Julieth Garcia Gama
- AUXILIAR DE CONSULTORIO – Silvia Alejandra Cristancho Gama

### 8.2 MISIÓN Y VISIÓN

IPS UNIDENTSALUD SAS Tenía una Misión y Visión establecida las cuales o abarcaban completamente no eran lo suficientemente claras. Después de una lluvia de ideas con ayuda del comité se diseñaron la Misión y la Visión actual, la cual fue autorizada finalmente pro la gerencia.

**MISIÓN:** *“Prestar Servicios de Salud y tratamientos odontológicos con altos estándares de calidad, brindando atención personalizada con un óptimo nivel científico y tecnológico, junto a un excelente equipo de trabajo comprometido con nuestra empresa y la función social que es desarrollada con calidez, amabilidad y responsabilidad”.*

**VISIÓN:** *“Ser reconocidos como una de las mejores opciones en salud odontológica por tener altos estándares de calidad en la prestación de servicios a los usuarios y la sociedad que le rodea ofreciendo la mejor alternativa económica, responsable y profesional. Fortaleciendo los convenios existentes y estableciendo*

*nuevos para expandir y consolidar nuestra presencia en las zonas del país donde existan oportunidades de mercado”.*

### **8.3 POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD**

“IPS UNIDENTSALUD SAS está comprometida con el mejoramiento continuo de los procesos relacionados con la prestación del servicio odontológico proporcionando un servicio de calidad, asegurando la satisfacción de sus usuarios mediante el cumplimiento de los requisitos legales que sean de aplicación.

Promueve para ello una cultura de calidad basada en la mejora continua; capacitando permanentemente su recurso humano, innovación constante de la tecnología a nuestro su y el diseño y aplicación de métodos de trabajo para lograr la excelencia del servicio a los usuarios”.

#### **✓ OBJETIVO GENERAL**

Desarrollar e Implementar una cultura de calidad, con el propósito de aumentar la satisfacción de nuestros usuarios, apoyados en una dinámica de mejoramiento continuo generada por la participación y compromiso de nuestro talento humano.

#### **✓ OBJETIVO ESPECÍFICOS**

- Brindar servicios de salud con sentido social y con una perspectiva de satisfacción de los requerimientos de los clientes.
- Capacitar y motivar continuamente el personal, con miras a lograr la calidad del servicio, así como también crear un sentido de pertenencia en ellos de modo que se genere un interés constante.

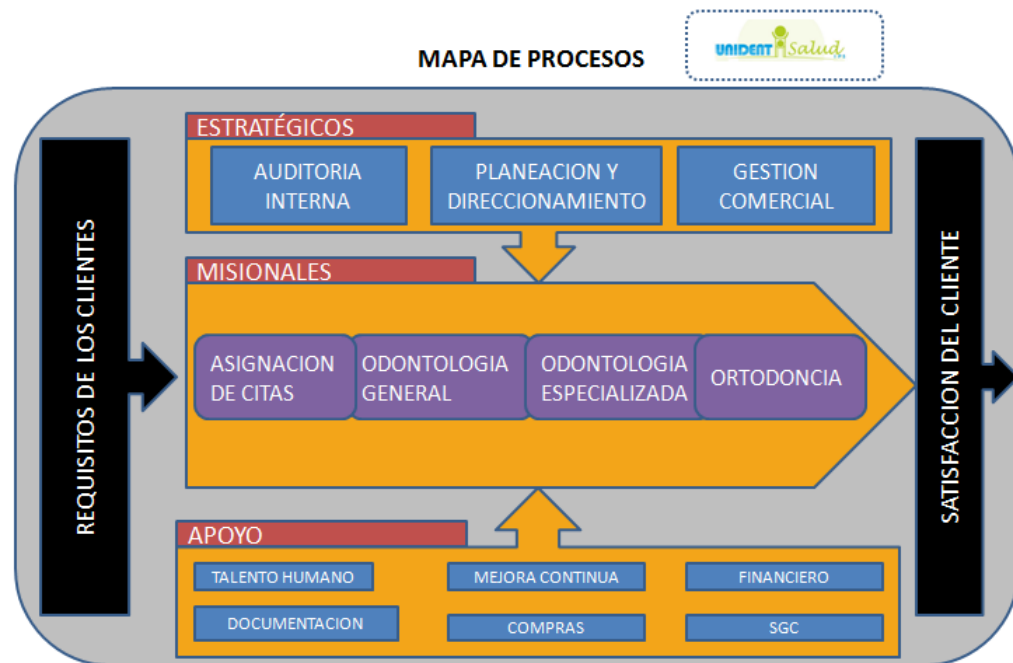
- Mantener un adecuado Sistema de Gestión de Calidad, enfocado hacia las necesidades del cliente en permanente mejoramiento.

## 8.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS

### 8.4.1 Mapa de Procesos

Para continuar con una orientación fundamentada en procesos bajo los lineamientos de la norma NTC ISO 9001:2008 se definieron las actividades y servicios que ofrece IPS UNIDENTSALUD SAS las cuales se encuentran en el siguiente mapa de procesos. (Figura 6).

Figura 6. Mapa de procesos



Fuente: Autor

## 8.4.2 Descripción de los Procesos

Tabla 10. Descripción de procesos

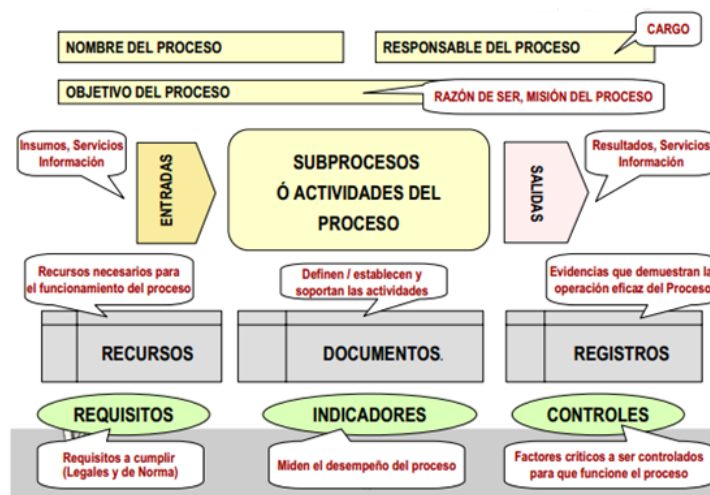
	PROCESO	OBJETIVO
ESTRATEGICOS	AUDITORÍA INTERNA	Establecer y realizar las auditorías internas al sistema de gestión de calidad basados en la norma.
	PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO	Diseñar, actualizar los procesos, procedimientos y manuales de funciones de la Clínica de Salud Oral
	GESTIÓN COMERCIAL	Promover los servicios prestados por IPS UNIDENTSALUD SAS mediante la ejecución de convenios, promociones; asequibles a las personas y empresas en general.
MISIONALES	ASIGNACIÓN DE CITAS	Recibir, atender y asignar las citas de consultas odontológicas, asegurando una programación eficiente y satisfaciendo las necesidades de los usuarios de IPS UNIDENTSALUD SAS
	ODONTOLOGÍA GENERAL	Realizar un diagnóstico primario al paciente, para resolver problemas detectados que estén bajo los parámetros de la odontología general.
	ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA	Ofrecer un tratamiento odontológico especializado de manera eficaz, con altos estándares de calidad en IPS UNIDENTSALUD SAS
	ORTODONCIA	Ofrecer un tratamiento de Ortodoncia de manera eficaz con altos estándares de calidad en IPS UNIDENTSALUD SAS
APOYO	TALENTO HUMANO	Realizar las actividades necesarias para la selección, inducción y entrenamiento del personal cumpliendo con los requisitos del sistema de gestión de calidad.
	DOCUMENTACIÓN	Realizar la documentación y registros requeridos de la NTC ISO 9001:2008
	COMPRAS	Realizar compras y servicios que se requieren para los diferentes procesos de la empresa
	MEJORA CONTINUA	Mejorar continuamente la eficiencia del SGC.
	FINANCIERO	Realizar pagos y cobranzas, manteniendo actualizados los asientos contable y la cartera.
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Documentar, implementar y mantener el SGC de IPS UNIDENTSALUD SAS, basado en los requisitos de la Norma ISO 9001 DE 2008.

Fuente: Autor

### 8.4.3 Caracterización de los Procesos

Con el fin de elaborar las caracterizaciones, se realizaron entrevistas al personal encargado de cada una de las actividades y servicios que ofrece IPS UNIDENTSALUD SAS en el (anexo A) se pueden observar las caracterizaciones a cada uno de los procesos. El formato de caracterización está compuesto como se muestra en la figura 7.

Figura 7. Formato de caracterización ilustrativo



Fuente: Autor

### 8.4.4 Indicadores de Gestión

Durante reuniones con el comité de calidad se establecieron indicadores los cuales permiten medir el desempeño de los procesos y estado del sistema de gestión de calidad. Cada uno de los indicadores se les asignó una meta a cumplir en un periodo determina con el fin de llevar el control del SGC.

IPS UNIDENTSALUD SAS está comprometida en realizar acciones correctivas en el momento en que algún indicador no cumpla con la meta planteada, de esa forma se encuentra preparada para una próxima auditoria.

PROCESO	INDICADOR/ SEGUIMIENTO	FRECUENCIA DE ANÁLISIS	META	RESULTADOS OBTENIDOS					OBSERVACIONES	ACCIONES CORRECTIVAS O DE MEJORA EJECUTADAS
				DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL		
Talento Humano	Indicador de personal capacitado $IPC = \frac{\text{personal capacitado}}{\text{total del personal}}$	trimestral	70%	-	-	-	89%		Los resultados cumplen con la meta establecida.	
	Indicador de evaluación de desempeño (IED) IED>70%	trimestral	Mínimo: 70%	-	-	-	Una persona obtuvo menos de 70%		Una persona no alcanzó la meta.	La persona que tuvo bajo desempeño firmó un compromiso para mejorar el desempeño y se le brindó una capacitación de sentido de pertenencia.
Mejora continua	Indicador de mejora continua (IMC) $IMC = \frac{\text{acciones correctivas}}{\text{no conformidades}}$	trimestral	100%	-	-	-	100%	-	Los resultados cumplen con la meta establecida.	
Financiero	Indicador pago oportuno $IPO = \frac{\text{cuentas por pagar}}{\text{pagos realizados}}$	mensual	Mínimo: 85%	100%	85%	90%	100%	100%	Los resultados cumplen con la meta establecida.	
Documentación	Indicador control de documentos $ICD = \frac{\text{documentos verificados}}{\text{total de documentos}}$	mensual	100%	70%	77,4%	85%	98%	100%	Los resultados iniciales no cumplen pero para abril se logró la meta.	

Compras	Indicador de productos comprados $IP = \frac{\text{productos recibidos}}{\text{productos solicitados}}$	trimestral	Mínimo: 85%	-	-	-	90%	-	Los resultados cumplen con la meta establecida.	
Sistema de Gestión de Calidad	Indicador sistema de gestión de calidad $ISGC = \frac{\text{clientes compformes}}{\text{total de clientes}}$	trimestral	Mínimo: 90%	-	-	-	98%	-	Los resultados cumplen con la meta establecida.	
Auditoría interna	Indicador de auditoría interna $IAI = \frac{\text{Auditorias realizadas}}{\text{auditorias esperadas}}$	trimestral	Mínimo: 65%	-	-	-	50%	--	No se logró establecer la meta.	Para las siguientes auditorias se realizara la correspondiente programación con tiempo y se le dará cumplimiento a esa programación.
Gestión Comercial	Indicador de gestión comercial (IGC) $IGC = \frac{\text{clientes atendidos}}{\text{clientes esperados}}$	mensual	Mínimo: 80%	80%	87%	95%	81%	90%	Los resultados cumplen con la meta establecida.	
Asignación de Citas	Tasa de satisfacción	mensual	Mínimo: 80%	86%	90%	88%	94%	98%	Los resultados cumplen con la meta establecida.	
	Oportunidad en la asignación de citas de odontología general	mensual	Máximo 5 días	4.8	4.2	4.5	5	3.8	Los resultados cumplen con la meta establecida.	
	Indicador de asignación de citas (IAC) $IAC = \frac{\text{citas atendidas}}{\text{citas programadas}}$	mensual	Mínimo: 80%	90%	85%	94%	82%	89%	Los resultados cumplen con la meta establecida.	
Odontología a General	Indicador de odontología general (IOG) $IOG = \frac{\text{cliente sastifecho}}{\text{total de clientes}}$	mensual	Mínimo. 70%	96%	98%	98%	94%	100%	Los resultados cumplen con la meta establecida.	

Odontología Especializada	Indicador de odontología especializada (IOE) $IOE = \frac{\text{cliente satisfecho}}{\text{total de clientes}}$	mensual	Mínimo: 70%	75%	72%	80%	79%	89%	Los resultados cumplen con la meta establecida.	
Planeación y Direccionamiento	Indicador de planeación y direccionamiento (IPD) $IPD = \frac{\text{procesos actualizados}}{\text{total de procesos}}$	Anual	Mínimo: 70%	-	-	100%		-	Los resultados cumplen con la meta establecida.	
Ortodoncia	Indicador de ortodoncia (IO) $IO = \frac{\text{cliente satisfecho}}{\text{total de clientes}}$	trimestral	Mínimo: 70%	91%	95%	89%	96%	98%	Los resultados cumplen con la meta establecida.	

## 9 DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Para establecer un sistema de gestión de calidad bajo los lineamientos de la norma NTC ISO 9001:2008, es indispensable mantener una documentación organizada, inspeccionada mediante un apropiado seguimiento.

### 9.1 ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS

#### 9.1.1 Estructura de la Documentación

Con el fin de obtener un correcto desarrollo de documentos, es importante tener en cuentas las fases presentadas en la figura 8, donde se considera la coherencia y homogeneidad a la hora de aplicar a todos los procedimientos y registros.

Figura 8. Documentación del sistema de gestión de calidad




Fuente: Autor

- ✓ Nivel 1. La Política de Calidad, que abarca un compromiso con el cumplimiento de los requisitos, la mejora continua de la eficacia del sistema y la satisfacción del cliente.
- ✓ Nivel 2. Este Manual de la Calidad, que describe el Sistema de Gestión de la Calidad, perfila las autoridades, las interrelaciones, los deberes del personal responsable del desempeño dentro del sistema, los procedimientos y/o referencias de todas las actividades que conforman el Sistema de Gestión de la Calidad.
- ✓ Nivel 3. Los procedimientos requeridos por la norma, los programas de auditorías internas, acciones correctivas y preventivas, Revisión de la Dirección y los documentos identificados como necesarios para una eficaz planificación, operación y control de nuestros procesos.
- ✓ Nivel 4. Documentación.
- ✓ Nivel 5. Los registros de calidad requeridos por la norma y los registros necesarios a la organización para demostrar la conformidad con los requisitos y el manejo eficaz de nuestro Sistema de Gestión de la Calidad.

## **9.1.2 Presentación de la Documentación**

**9.1.2.1 Encabezado de los documentos.** Todos los documentos dentro del sistema de gestión de calidad, deben tener el encabezado predeterminado. En la figura 9 se presenta el encabezado donde: el número 1 hace referencia al logo de la empresa; el número 2 hace referencia al nombre del documento; en el número se presenta el código del documento; la referencia 4 es el número de versión del documento y la 5 hace es fecha de modificación del documento.

Figura 9. Encabezado de los documentos

	<b>Guía Para la Elaboración de Documentos</b>	<b>Código:</b> G-PA4-01
Fuente: Autor		<b>Versión:</b> 01 <b>Fecha:</b> 21/09/2012

La siguiente es la codificación utilizada en los documentos del Sistema de Gestión de Calidad en IPS UNIDENTSALUD SAS.

**CÓDIGO: X-YYY-Z**

- **(X)** Sigla asociada al tipo de documento al cual corresponde (ver tabla 11).

Tabla 11. Siglas de los tipos de documentos

G	Guía
F	Formato

Fuente: Autor

- **(YYY)** Siglas asociadas al proceso correspondiente

Tabla 12. Siglas asociadas a los procesos

<b>PE1</b>	<b>Proceso Estratégico De Auditoría Interna</b>
<b>PE2</b>	Proceso Estratégico De Planeación y Direccionamiento
<b>PE3</b>	Proceso Estratégico De La Gestión Comercial
<b>PM1</b>	Proceso Misional De Asignación De Citas
<b>PM2</b>	Proceso Misional De Odontología General
<b>PM3</b>	Proceso Misional De Odontología especializada
<b>PM4</b>	Proceso Misional De Ortodoncia
<b>PA1</b>	Proceso De Apoyo De Talento Humano
<b>PA2</b>	Proceso De Apoyo De Mejora Continua
<b>PA3</b>	Proceso De Apoyo Financiero
<b>PA4</b>	Proceso De Apoyo De Documentación
<b>PA5</b>	Proceso De Apoyo De Compras
<b>PA6</b>	Proceso De Apoyo De SGC

Fuente: Autor

- **(Z)** Número consecutivo de dos dígitos desde (00 a 99).

## **10 IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

En esta etapa se pretende poner en marcha todos los documentos y elementos planeados, diseñados de tal manera que IPS UNIDENTSALUD SAS pueda ejecutar su Sistema de Gestión de Calidad bajo los lineamientos de la norma NTC ISO 9001:2008.

### **10.1 SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN**


Se considera esta etapa como una de las más importantes ya que es la socialización de los elementos nuevos al personal a cargo de cada uno de los procesos. De una buena capacitación depende que el sistema de gestión de calidad sea implementado de forma exitosa.

Las reuniones de Socialización y capacitación se llevaron acabo de acuerdo al cronograma de actividades establecido por la gerencia y el comité de calidad.

Todos los documentos diseñados para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad fueron entregados al personal encargado y en cuanto a las guía fueron distribuidas a los líderes de los procesos que tienen responsabilidades asignadas en estos documentos.(Ver anexo C).

## 10.2 DIAGNÓSTICO FINAL

Tabla 13. Diagnóstico final

		<b>DIAGNÓSTICO FINAL DE IPS UNIDENTSALUD SAS</b>				
<b>Convenciones:</b>		<b>SC: Si Cumple, NC: No Cumple, CP: Cumple Parcialmente</b>				
No.	Norma NTC ISO 9001:2008	¿Cumple?				Evidencias y Observaciones
<b>4</b>	<b>SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	<b>SC=10</b>	<b>CP=4</b>	<b>NC=2</b>	<b>%</b>	
4.1	Requisitos Generales	X			100%	
4.2	Requisitos de la Documentación				85%	
4.2.1	Generalidades	X				
4.2.2	Manual de Calidad	X				
4.2.3	Control de los Documentos	X				
4.2.4	Control de los Registros		X			
<b>5</b>	<b>RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN</b>					
5.1	Compromiso de la Dirección	X			100%	
5.2	Enfoque al Cliente	X			100%	
5.3	Política de la Calidad	X			100%	
5.4	Planificación				100%	
5.4.1	Objetivos de la Calidad	X				

5.4.2	Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad	X				
5.5	Responsabilidad, Autoridad y Comunicación	X			100%	
5.5.1	Responsabilidad y Autoridad	X				
5.5.2	Representante de la Dirección	X				
5.5.3	Comunicación Interna	X				
5.6	Revisión por la Dirección				100%	
5.6.1	Generalidades	X				
5.6.2	Información de Entrada para la Revisión	X				
5.6.3	Resultados de la Revisión	X				
6	Gestión de los Recursos					
6.1	Provisión de Recursos	X			100%	
6.2	Recursos Humanos				100%	
6.2.1	Generalidades	X				
6.2.2	Competencia, Formación y Toma de Conciencia	X				
6.3	Infraestructura	X			100%	
6.4	Ambiente de Trabajo	X			100%	
7	Realización del Producto					
7.1	Planificación de la prestación del servicio	X			100%	
7.2	Procesos relacionados con el cliente				100%	
7.2.1	Determinación de los requisitos relacionados con el servicio	X				
7.2.2	Revisión de los requisitos relacionados con el servicio	X				
7.2.3	Comunicación con el cliente	X				

7.4	Compras				80,0%	
7.4.1	Proceso de compras	X				
7.4.2	Información de las compras	X				
7.4.3	Verificación de los productos comprados		X			
7.5	capacidad y prestación del servicio				100%	
7.5.1	Control de la capacidad de atención y de la prestación del servicio	X				
7.5.2	Validación de los proceso de la prestación del servicio	X				
7.6	Control de los equipos de seguimiento y de medición	X			100%	
8	Medición, análisis y mejora					
8.1	Generalidades	X			100%	
8.2	Seguimiento y medición	X			85%	
8.2.1	Satisfacción del cliente	X				
8.2.2	Auditoría interna		X			
8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos	X				
8.2.4	Seguimiento y medición del servicio	X				
8.3	Control del servicio no conforme	X			100%	
8.4	Análisis de datos	X			100%	
8.5	Mejora				100%	
8.5.1	Mejora continua	X				
8.5.2	Acción correctiva	X				
8.5.3	Acción preventiva	X				

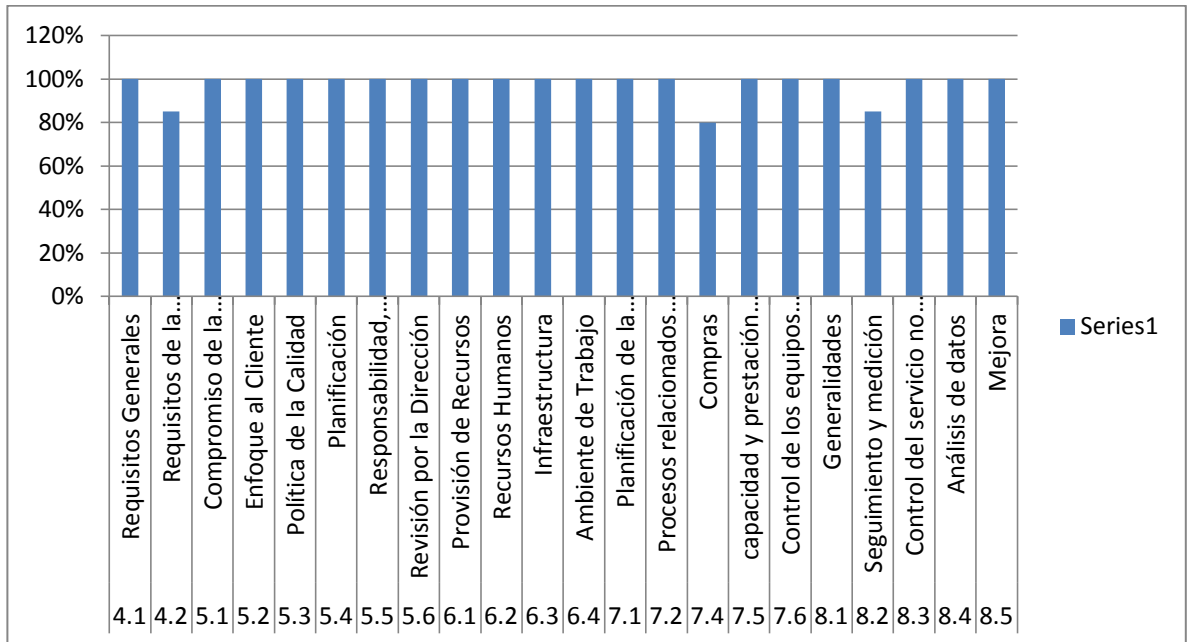
Fuente: Autor

Tabla 14. Resultado de la lista de chequeo diagnóstico final bajo la norma

Ítem	Nombre	Porcentaje
4.1	Requisitos Generales	100%
4.2	Requisitos de la Documentación	85%
5.1	Compromiso de la Dirección	100%
5.2	Enfoque al Cliente	100%
5.3	Política de la Calidad	100%
5.4	Planificación	100%
5.5	Responsabilidad, Autoridad y Comunicación	100%
5.6	Revisión por la Dirección	100%
6.1	Provisión de Recursos	100%
6.2	Recursos Humanos	100%
6.3	Infraestructura	100%
6.4	Ambiente de Trabajo	100%
7.1	Planificación de la prestación del servicio	100%
7.2	Procesos relacionados con el cliente	100%
7.4	Compras	80%
7.5	capacidad y prestación del servicio	100%
7.6	Control de los equipos de seguimiento y de medición	100%
8.1	Generalidades	100%
8.2	Seguimiento y medición	85%
8.3	Control del servicio no conforme	100%
8.4	Análisis de datos	100%
8.5	Mejora	100%
	<b>PROMEDIO</b>	<b>98%</b>

Fuente: Autor

Figura 10. Resultados diagnóstico final bajo la norma ISO 9001:2008



Fuente: Autor

El diagnóstico final se llevo a cabo después de la etapa de implementación del sistema de gestión de calidad, para observar los ítems que estaban fallando con el fin de reforzarlos para obtener el mejor resultado en las próximas auditorias.

El resultado de este diagnostico muestra el compromiso adquirido por IPS UNIDENTSALUD SAS en la implementación de un sistema de gestión de calidad.

## 11 EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Para la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad bajo los lineamientos de la NTC ISO 9001:2008, es necesario evaluar mediante auditorías que permitan determinar el estado actual del sistema.

### 11.1 PRIMERA AUDITORÍA

#### 11.1.1 Informe Primera Auditoría

Tabla 15. Detalles de los hallazgos primera auditoría

PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Responsabilidad por la Dirección (Planeación y direccionamiento)	<p>La organización debe redefinir la autoridad de todo el personal de la misma ya que ésta se encuentra definida en términos de jerarquía y no como el empoderamiento que la organización le otorga a éste para que tome decisiones como realmente debería ser.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- No se encontró definida la responsabilidad y autoridad de Auxiliares de Consultorio</li><li>- Se pudo observar que la mayoría del personal no conoce completamente el alcance de su responsabilidad y autoridad dentro de la organización, según esto la organización debería comunicar la descripción del cargo respectivo a cada persona y asegurarse de éste la entienda completamente.</li></ul>
Asignación de Citas	<ul style="list-style-type: none"><li>-No se evidenciaron registros de medición del proceso respectivo.</li></ul>
Odontología General	<ul style="list-style-type: none"><li>- La organización debería documentar metodología para el desarrollo de las actividades de este proceso.</li><li>- No se evidenciaron registros de medición del proceso respectivo.</li></ul>
Odontología Especializada	<ul style="list-style-type: none"><li>- La organización debería documentar metodología para el desarrollo de las actividades de este proceso.</li><li>- No se evidenciaron registros de medición del proceso respectivo.</li><li>- Asegurarse de implementar la metodología establecida para controlar el producto no conforme.</li></ul>

Talento Humano	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar el perfil de competencia del personal, especialmente de la formación, la cual debería incluir aspectos relativos con las normas de calidad, capacitación que puede ir desde lo más general a lo más específico, según cargo o posición que se ocupe dentro de la organización.</li> <li>- Asegurarse de establecer perfiles de cargo de acuerdo con las necesidades de la empresa y del mercado, y no sesgándose al perfil de competencia actual del personal contratado.</li> <li>- Asegurarse de elaborar el plan de formación teniendo en cuenta como fuentes la necesidad de cumplir con el perfil definido para cada cargo, las quejas y reclamos de los clientes, los resultados obtenidos del desempeño de las personas o del proceso en el cual interactúan, y de acuerdo a los resultados de las auditorías internas.</li> </ul>
Sistema Gestión de Calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asegurarse de realizar la medición de todos los procesos del sistema de gestión de la calidad a través de los indicadores establecidos por la organización.</li> </ul>

Fuente: Auditor

## DEBILIDADES Y FORTALEZAS

El auditor Ángela Paola Zambrano desea hacer especial mención a la falta de compromiso de la algunos funcionarios evidenciado en su debilidad en el sistema de gestión de calidad dejando de lado que sirve de estrategia para el logro de la competitividad de la organización; como fortaleza, se evidencia el compromiso y buen desempeño que ha asumido la coordinadora de calidad y demás personal de la Organización para la consecución de los objetivos corporativos y en especial de calidad.

- El informe detallado de la primera auditoría interna se puede observar en el (Ver anexo D).

### 11.1.2 Plan de Mejora

Tabla 16. Plan de mejora primera auditoría

N°	Plan de Mejora	Responsable	Fecha de Cierre	Ejecutado	
				Si	No
1	Realizar y dar a conocer una guía donde sean especificados los perfiles, capacidades, funciones, autoridad y responsabilidad de del personal en IPS UNIDENTSALUS SAS.	Gerente de IPS UNIDENTSALUD SAS	25/01/2013	x	
2	Realizar la tabulación y dar resultados del indicador IAC mes a mes.	Auxiliar administrativo	25/01/2013	x	
3	Documentar en una guía todos los procedimientos realizados en el proceso de odontología general.	Odontóloga	31/01/2013	x	
4	Organizar todos los procedimientos del servicio prestado por el proceso de odontología general en una guía.	Odontóloga	08/02/3013	X	
5	Realizar el seguimiento de los indicadores del sistema de gestión de calidad y documentarlos.	Auxiliar administrativo	08/02/2013	x	

Fuente: Autor

- El plan de mejora detallado se puede observar en el (Ver anexo E).

### 11.1.3 Revisión por la Dirección

Para dar cumplimiento al numeral 5.6 de la NTC ISO 9001:2008 se realizó una revisión por parte de la dirección en donde la gerente de IPS UNIDENTD SALUD SAS, con comité de calidad se reunió con el fin de realizar una evaluación del SGC en el cumplimiento de los objetivos establecidos. Se expuso el plan de mejoras pertinente de acuerdo a las observaciones encontradas en el informe dado por la auditora.

Las conclusiones de la reunión apuntan a mejorar la eficacia del SGC, siempre en pro de la mejora del servicio y sus procesos en relación con los requisitos del cliente. Los resultados de la reunión fueron:

- ✓ El sistema requiere mayor compromiso organizacional para el cumplimiento de los objetivos planteados en el proyecto. Se deben realizar mejoras en el desempeño de los distintos procesos organizacionales.
- ✓ Existe la necesidad de sensibilizar al personal para poner en marcha en la organización la cultura de identificación de fallas y reporte de acciones preventivas y correctivas.
- ✓ Se deben respetar las propuestas de mejora de la primera auditoría.

## 11.2 SEGUNDA AUDITORÍA

### 11.2.1 Informe Segunda Auditoría

Tabla 17. Detalles de los hallazgos segunda auditoría

PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Asignación de Citas	-No se evidencia el control pertinente respecto a las historias clínicas, se preguntó por la historia clínica de un paciente y no estaba en el lugar asignado.
Sistema Gestión de Calidad	-El formato plan de mejora de auditorías (F-PE1-05) no se encuentra relacionado en la tabla de control de documentos.

Fuente: Auditor

### FORTALEZAS

La auditora Ángela Paola Zambrano identifica, que se evidencia el compromiso y buen desempeño que han asumido los trabajadores de IPS UNIDENTSALUD SAS para la consecución de los objetivos corporativos y en especial de calidad.

- El informe detallado de la segunda auditoría interna se puede observar en el (Ver anexo D)

### 11.2.2 Plan de Mejora

Tabla 18. Plan de mejora segunda auditoría

N°	Plan de Mejora	Responsable	Fecha de Cierre	Ejecutado	
				Si	No
1	Archivar las historias clínicas de acuerdo a la guía de control y registro de documentos.	Auxiliar administrativo	30/04/2013	x	
2	Actualizar la tabla de control mensualmente para tener todos los documentos asociados al SGC al día.	Gerente de IPS UNIDENTSALUD SAS	30/04/2013	x	

Fuente: Autor

- El plan de mejora detallado se puede observar en el (Ver anexo E).

### 11.3 PRESUPUESTO Y BENEFICIOS

Tabla 19. Presupuesto

PRESUPUESTO PARA EL PLAN DE PROYECTO				
	RUBRO	EST	UIS	EMPRESA
RECURSO HUMANO	Dirección ***		X	
	Codirección		NA	
	Tutor			0
	Asesor			\$2.000.000
	Auditor			\$600.000
	Estudiante	X		0
PAPELERÍA E	Computador	X		0

\*\*\* El rubro del director del proyecto es asumido por la Universidad.

<b>INSUMOS</b>	Impresora	X		\$30.000
	Papelería	X		\$250.000
	Internet	X		\$150.000
<b>OTROS EGRESOS</b>	Transporte	X		0
	Alimentación	X		0
	Hospedaje (si es el caso)	X		0
<b>TOTAL</b>				<b>\$3.030.000</b>

Fuente: Autor

IPS UNIDENTSALUD SAS invirtió en la implementación del sistema de gestión de calidad un monto de \$3.030.000 los cuales se encuentran proyectados en la tabla 15. Al inicio del proyecto la clínica contaba con ventas mensuales de \$24.891.592; para el mes de mayo se lograron alcanzar ventas de \$25.403.250. La meta propuesta por la gerencia es llegar para el mes de diciembre ventas en \$30.000.000 aproximadamente con el fin de recuperar la inversión inicial.

#### **11.4 APORTES DADOS COMO INGENIERA**

Entre los aportes dados como ingeniero a IPS UNIDENSALUD SAS el principal fue de motivador, consejero y orientador para la implementación del sistema de calidad y su puesta en marcha. Diseñar y dirigir los procesos misionales, estratégicos y de apoyo acorde la necesidad de la empresa y su talento humano, logrando así el mejoramiento interno de la empresa su posición en el mercado.

## 12 CONCLUSIONES

- ✓ El diagnóstico inicial que se realizó en IPS UNIDENTSALUD SAS utilizando como herramienta la lista de chequeo bajo los lineamientos de la NTC ISO 9001:2008 dio a conocer el grado de cumplimiento de la norma facilitando el punto de partida de la planeación del Sistema de Gestión de Calidad.
- ✓ La capacitación y socialización son herramientas importantes a la hora de implementar un Sistema de Gestión de Calidad; ya que accede la vinculación del personal con las metas trazadas del sistema.
- ✓ El período de documentación permite estandarizar los procesos presentes en IPS UNIDENTSALUD SAS, logrando así una eficacia y eficiencia en las actividades y las acciones de mejora implementadas.
- ✓ La encuesta de satisfacción del cliente es una herramienta práctica, que permite identificar los puntos críticos, ayudando a mantener una mejora continua.
- ✓ Los indicadores de gestión permiten evaluar el desempeño de IPS UNIDENTSALUD SAS, facilitando la detección de falencias e identificando oportunidades de mejora.
- ✓ La alta gerencia reconoce que al implementar el Sistema de Gestión de Calidad en IPS UNIDENTSALUD SAS, se logró una estandarización de los procesos, lo cual permite el cumplimiento de la política de calidad teniendo en cuenta que la rotación del personal es alta.

- ✓ El realizar dos auditorías internas permitió a IPS UNIDENTSALUD SAS, establecer el cumplimiento del Sistema de Gestión de Calidad, desarrollando así planes de mejora y acciones correctivas y preventivas que permitan la certificación de la clínica.

## 13 RECOMENDACIONES


- ✓ Compromiso y motivación por parte de la dirección para mantener actualizado el Sistema de Gestión de Calidad en el tiempo.
  
- ✓ Continuar cumpliendo con los requisitos establecidos en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad aprovechando al máximo los beneficios que brinda a las operaciones y la gestión comercial, realizando el seguimiento de todos los elementos que fueron establecidos garantizando la eficacia y eficiencia de los procesos.
  
- ✓ Realizar de forma constante auditorías internas, revisiones por la dirección y análisis de los indicadores, permitiendo así la evaluación constante del Sistema de Gestión de Calidad y ejecutar las respectivas acciones correctivas, oportunidades de mejora en pro del mejoramiento continuo.

## 14 BIBLIOGRAFIA

- ❖ INTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. Sistemas de gestión de la calidad: fundamentos y vocabulario. NTCISO 9000. Bogotá D.C.: ICONTEC, 2005.
- ❖ INTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. Sistemas de gestión de la calidad: requisitos. NTC-ISO 9001. Bogotá D.C.: ICONTEC, 2008.
- ❖ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. Guía para la implementación en empresas de servicios. NTC ISO 9000. Bogotá D.C.: Standard Australia Internacional Ltda, 2001.
- ❖ [http://www.corpoica.org.co/sitioweb/intranet/Download/Documentos/taller\\_caracterizacion\\_procesos\\_Mayo\\_24\\_1\\_.pdf](http://www.corpoica.org.co/sitioweb/intranet/Download/Documentos/taller_caracterizacion_procesos_Mayo_24_1_.pdf).

# **ANEXOS**

## ANEXO A. CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS

CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS		
PROCESO	RESPONSABLE DEL PROCESO	
Talento Humano	Gerencia	
<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b>		
Realizar las actividades necesarias la selección, inducción y entrenamiento del personal cumpliendo con los requisitos del sistema de gestión de calidad.		
<b>ALCANCE DEL PROCESO</b>		
Aplicar el sistema de gestión de calidad en IPS UNIDENTSALUD SAS (encontrar el personal idóneo y la reentrenamiento periódico)		
ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS
Hojas de vida Personal nuevo	Convocatorias y entrevistas	Personal Capacitado
Hojas de vida personal activo	Establecer perfil del cargo	Ambiente laboral optimo
	Capacitación	
	Evaluación	
	Ambiente de trabajo	
	Formación	
RECURSOS	DOCUMENTOS	REGISTROS
Papelería	Ficha de ingreso de personal	
Equipo de Cómputo	Ficha de capacitación	
Talento Humano	Evaluación de desempeño	
	Hoja de Vida	
	Exámenes medico	
REQUISITOS	INDICADORES	GUÍA
Ley 100 de 1993 Sistema de Seguridad social Integral	$IRH = \frac{\text{Personal capacitado}}{\text{Total de Personal}} * 100$	
Código sustantivo del trabajo Norma ISO 9001:2008 Numeral 6.2 Recursos Humanos	IRH–Puntaje de evaluación de desempeño > 70% del puntaje total de la evaluación	G-PA1-01

CARACTERIZACION DE LOS PROCESO



<b>PROCESO</b>		<b>RESPONSABLE DEL PROCESO</b>
Mejora continua		Gerencia
<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b>		
Mejorar continuamente la eficiencia del SGC.		
<b>ALCANCE DEL PROCESO</b>		
Aplicar el sistema de gestión de calidad en IPS UNIDENTSALUD SAS		
<b>ENTRADAS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>SALIDAS</b>
Encuestas de satisfacción al cliente Buzón de sugerencias No conformidades Observaciones	Análisis de datos	Acciones correctivas
	Revisión por la dirección	Acciones preventivas
<b>RECURSOS</b>	<b>DOCUMENTOS</b>	<b>REGISTROS</b>
Papelería	Seguimientos de Accione correctivas	
Talento Humano	Seguimiento de Acciones Preventivas	F-PA2-02
Pagina web	Encuestas	F-PA2-01
Equipos de computo	Resultado de la Revisión por la dirección	
<b>REQUISITOS DE LEY</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>CONTROL</b>
NTC ISO 9001:2008 Numeral 8.5.1	$MC = \frac{\text{Acciones Correctivas}}{\text{No conformidades}} * 100$	G-PA2-01

CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS



CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS		
PROCESO	RESPONSABLE DEL PROCESO	
Financiero	Gerencia	
OBJETIVO DEL PROCESO		
Realizar pagos y cobranzas, manteniendo actualizados los asientos contable y la cartera.		
ALCANCE DEL PROCESO		
Aplicar el sistema de gestión de calidad en IPS UNIDENTSALUD SAS		
ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS
cuentas por cobrar	actualizar cartera	depósitos bancarios
extractos bancarios	cobranza y pagos	Comprobante de egresos
cuentas por pagar	Realización de asientos contables	Pagos a terceros
comprobante de ingresos	análisis de datos	
	Comprobar saldos bancarios	
RECURSOS	DOCUMENTOS	REGISTROS
Equipo de oficina	Cuentas por pagar	
Software	Cuentas de cobro	
	Comprobante de ingresos y egresos	
Papelería bancaria de la empresa	facturas	
	Extractos bancarios	
REQUISITOS DE LEY	INDICADORES	CONTROLES
tabla de retención en la fuente	$IF = \frac{\text{cuentas por pagar}}{\text{pagos realizados}} * 100$	

**CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS**



<b>PROCESO</b>		<b>RESPONSABLE DEL PROCESO</b>
Documentación		Gerencia y Auxiliar Administrativo
<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b>		
Realizar la documentación y registros requeridos de la NTC ISO 9001:2008		
<b>ALCANCE DEL PROCESO</b>		
Aplicar la documentación para el sistema de gestión de calidad en IPS UNIDENTSALUD SAS		
<b>ENTRADAS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>SALIDAS</b>
Información	Organización  Determinar medio de soporte  Definir el almacenamiento , la custodia, seguridad y disponibilidad de la información en medios estipulados.	Documentos
<b>RECURSOS</b>	<b>DOCUMENTOS</b>	<b>REGISTROS</b>
Talento Humano	Control de Documentos	
Papelería		F-PA4-01
pagina web		
Equipo de computo		
<b>REQUISITOS DE LEY</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>CONTROLES</b>
NTC ISO 9001:2008		
Numeral 4.2	$ID = \frac{\text{Informacion}}{\text{Documento}} * 100$	G-PA4-02
		G-PA4-01
		G-PA4-04

**CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS**



PROCESO		RESPONSABLE DEL PROCESO
Compras		Gerencia y Auxiliar Administrativo
OBJETIVO DEL PROCESO		
Realizar compras y servicios que se requieren para los diferentes procesos de la empresa		
ALCANCE DEL PROCESO		
Estudiar cotizaciones para seleccionar la mejor propuesta de acuerdo a los requerimientos de calidad y precio del SGC de IPS UNIDENTSALUD SAS		
ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS
Requisitos para la aprobación del producto, procedimiento, procesos y equipos	Evaluación y selección de proveedores	Lista de proveedores  Materiales, insumos o servicios a emplear en la prestación del servicio
	Registrar la información del proveedor	
	Priorizar productos a comprar	
	Realizar negociación	
	Revisión de precios de compra, descuentos y bonificaciones	
Cotizaciones	Almacenar los productos en el lugar adecuado bajo las condiciones determinadas	
RECURSOS	DOCUMENTOS	REGISTROS
Talento Humano	Cotizaciones	
Papelería	información de proveedores	F-PA5-01
Medios electrónicos	Información de Insumos	F-PA5-03
Equipo de computo		
REQUISITOS	INDICADORES	CONTROL
NTC ISO 9001:2008 Numeral 7.4	$IC = \frac{\text{Productos Recibidos}}{\text{Productos Solicitados}} * 100$	

**CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS**



<b>PROCESO</b>		<b>RESPONSABLE DEL PROCESO</b>
Sistema de Gestión de Calidad		Socios y Gerencia
<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b>		
Documentar, implementar y mantener el SGC de IPS UNIDENTSALUD SAS, basado en los requisitos de la Norma ISO 9001 DE 2008.		
<b>ALCANCE DEL PROCESO</b>		
Aplicar el sistema de gestión de calidad en IPS UNIDENTSALUD SAS		
<b>ENTRADAS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>SALIDAS</b>
Documentos	análisis de encuestas	registros
no conformidades	planificación	Resultados
auditoria	Control de Registros	acciones correctivas
Encuestas	Monitoreo	acciones preventivas
Buzón de sugerencia		
indicadores		
<b>RECURSOS</b>	<b>DOCUMENTOS</b>	<b>REGISTROS</b>
Talento Humano	Norma ISO 9001:2008	
	Prestacion de servicio	
	Auditoría interna	
	revisión por la dirección	F-PA6-01
	revisión de recursos	
Papelería	Diseño y Desarrollo	
Medios electrónicos	manual de Calidad	
Equipo de computo	Politica de Calidad	
	Planificación	
<b>REQUISITOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>CONTROL</b>
NTC ISO 9001:2008	$ISGC = \frac{\text{Clientes Conformes}}{\text{Numero Total de Clientes}} * 100$	

**CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS**



<b>PROCESO</b>		<b>RESPONSABLE DEL PROCESO</b>
Auditoría interna		Gerencia
<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b>		
Establecer y realizar las auditorias internas al sistema de gestión de calidad basados en la norma.		
<b>ALCANCE DEL PROCESO</b>		
Evaluar el sistema de gestión de calidad en IPS UNIDENTSALUD SAS		
<b>ENTRADAS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>SALIDAS</b>
Norma NTC-ISO 9001:2008	Calificación de hallazgos	No conformidades
Informe de Auditorias		
<b>RECURSOS</b>	<b>DOCUMENTOS</b>	<b>REGISTROS</b>
Audidores Internos	plan de mejora	
Fotocopias	programación de auditorias	
Papel	Informe final de la auditoria	
Impresoras		
<b>REQUISITOS DE LEY</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>CONTROL</b>
Norma ISO 9001:2008	$IAU = \frac{\text{Auditorias Realizadas}}{\text{Auditorias Esperadas}} * 100$	
		G-PE1-01

**CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS**



<b>PROCESO</b>		<b>RESPONSABLE DEL PROCESO</b>
Gestión Comercial		Gerencia
<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b>		
Promover los servicios prestados por IPS UNIDENTSALUD SAS mediante la ejecución de convenios, promociones; asequibles a las personas y empresas en general.		
<b>ALCANCE DEL PROCESO</b>		
Posicionar a IPS UNIDENTSALUD SAS como uno de los principales clínicas de salud oral.		
<b>ENTRADAS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>SALIDAS</b>
Propuestas	Estudio y ejecución de las propuestas	Convenios
Sugerencias	Estudio e implementación de las sugerencias	Publicidad
Inquietudes	Estudio y se resuelven las Inquietudes	Reconocimiento
		Respuestas
<b>RECURSOS</b>	<b>DOCUMENTOS</b>	<b>REGISTROS</b>
Audidores Internos	convenios	
Fotocopias	formato del buzón de sugerencia	
Papel		
Impresoras		
<b>REQUISITOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>CONTROL</b>
Manual de calidad IPS UNIDENTSALUD SAS	$IGC = \frac{\text{Clientes Atendidos}}{\text{Clientes Esperados}} * 100$	G-PE3-01

**CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS**



<b>PROCESO</b>		<b>RESPONSABLE DEL PROCESO</b>
Asignación de Citas		Auxiliar Administrativo
<b>OBJETIVO DEL PROCESOS</b>		
Recibir, atender y asignar las citas de consultas odontológicas, asegurando una programación eficiente y satisfaciendo las necesidades de los usuarios de IPS UNIDENTSALUD SAS		
<b>ALCANCE DEL PROCESO</b>		
Atención a los requerimientos de los usuario, recepción del pago y apertura de historias clínicas en IPS UNIDENTSALUD SAS		
<b>ENTRADAS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>SALIDAS</b>
Usuario	Plantear posibles horarios disponibles	Cita programada
Disponibilidad del profesional	Llamar al cliente para un día antes para confirmar .	Cita confirmada Historial clínico
Horario de atención del consultorio	Generar facturación	Urgencia atendida
Datos del usuario	Diligenciamiento del historial	
Urgencias	Priorizar urgencias	
<b>RECURSOS</b>	<b>DOCUMENTOS</b>	<b>REGISTROS</b>
Teléfono	Formato de citas	
Fotocopias	Historial clinico	F-PM1-01
Papel	formato para confirmar citas	F-PM1-02
Impresoras		
<b>REQUISITOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>CONTROLES</b>
NTC ISO 9001:2008		
Numeral 7.5.4	$IAC = \frac{\text{Citas Atendidas}}{\text{Citas Programadas}} * 100$	G-PM1-01

CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS



PROCESO		RESPONSABLE DEL PROCESO
Odontología Especializada		odontólogo Especializado
OBJETIVO DEL PROCESO		
Ofrecer un tratamiento odontológico especializado de manera eficaz, con altos estándares de calidad en IPS UNIDENTSALUD SAS		
ALCANCE DEL PROCESO		
Estandarizar parámetros necesarios para la realización de tratamiento de odontología especializada en IPS UNIDENTSALUD SAS		
ENTRADAS	ACTIVIDADES	SAIDAS
Paciente	Rehabilitación Oral	Cliente satisfecho
Odontólogo	Periodoncia	Próximo control
Historial clínico	Cirugía Oral	Historial clínico actualizado
Instrumentos Odontológicos	Implantología	
	Endodoncia	
	Odontopediatría	
RECURSOS	DOCUMENTOS	REGISTROS
	verificación, calibración y ficha técnica de los instrumentos odontológicos utilizados	
	Procedimiento de ejecución de las actividades, que estén bajo los parámetros de la odontología especializada.	
REQUISITOS	INDICADORES	CONTROL
Ley 35 de 1989	$IOE = \frac{\text{Cliente satisfecho}}{\text{Numero Total de Clientes}}$	
NTC ISO 9001:2008		G-PM3-01
Numerales 7.1-7.5.1-7.5.2-7.5.3-7.5.5-8.2.3-		

CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS




PROCESO		RESPONSABLE DEL PROCESO
Odontología General		Odontólogo General
OBJETIVO DEL PROCESO		
Realizar un diagnóstico primario al paciente, para resolver problemas detectados que estén bajo los parámetros de la odontología general.		
ALCANCE DEL PROCESO		
Estandarizar parámetros necesarios para la realización de una consulta odontología general en IPS UNIDENTSALUD SAS		
ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS
Paciente	Diagnostico primario al paciente	Cliente satisfecho
Odontólogo	Resuelve de restauración de caries	Próximo control
Historial clínico	limpieza	Historial clínico actualizado
Instrumentos Odontológicos	Profilaxis	
RECURSOS	DOCUMENTOS	REGISTROS
Ley 35 de 1989	verificación, calibración y ficha técnica de los instrumentos odontológicos utilizados	F-PM2-01
NTC ISO 9001:2008	Procedimiento de ejecución de las actividades, que estén bajo los parámetros de la odontología general.	F-PM2-02
Numerales 7.1-7.5.1-7.5.2-7.5.3-7.5.5-8.2.3-8.4		
REQUISITOS	INDICADORES	CONTROL
		G-PM-01
		G-PM2-01
	$IOG = \frac{\text{Cliente satisfecho}}{\text{Numero Total de Clientes}}$	G-PM2-02
		G-PM2-03
		G-PM2-04
		G-PM2-05
		G-PM2-06

**CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS**



<b>PROCESO</b>		<b>RESPONSABLE DEL PROCESO</b>
Planeación y Direccionamiento		Gerencia
<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b>		
Diseñar, actualizar los procesos, procedimientos y manuales de funciones de la Clínica de Salud Oral		
<b>ALCANCE DEL PROCESO</b>		
Asistir y asesorar a todos los procesos para garantizar el excelente servicio odontológico de IPS UNIDENTSALUD SAS		
<b>ENTRADAS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>SALIDAS</b>
Todos los procesos	Evaluar la eficiencia de los procesos	Manuales de funcionamiento
Personal	Diseñar metodologías para el buen funcionamiento de los canales de información	Actualización de los procedimientos
		Canal de Información
<b>RECURSOS</b>	<b>DOCUMENTOS</b>	<b>REGISTROS</b>
Pagina Web	formato de Actualizacion	
Fotocopias	Formato para evaluar la eficiencia	
Papel		
Impresoras		
<b>REQUISITOS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>CONTROL</b>
NTC ISO 9001:2008		
Numeral 5.6	$IPD = \frac{\text{Procesos Actualizados}}{\text{Numero Total de Procesos}} * 100$	G-PE2-01

CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS		
PROCESO	RESPONSABLE DEL PROCESO	
Ortodoncia	Ortodoncia	
<b>OBJETIVO DEL PROCESO</b>		
Ofrecer un tratamiento de Ortodoncia de manera eficaz con altos estandares de calidad en IPS UNIDENSALUD SAS		
<b>ALCANCE DEL PROCESO</b>		
Estandarizar parámetros necesarios para la realización de la ortodoncia en IPS UNIDENTSALUD SAS		
ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS
Paciente	Diagnostico primario al paciente	Cliente satisfecho
Ortodoncista	Definicion de diagnostic	Próximo control
Historial clínico	planteamiento de alternativas de tratamiento	Historial clínico actualizado
Instrumentos Odontológicos	Ejecucion del tratamiento	
	Controles y Ajustes	
	Retiro de la aparatologia y retencion	
RECURSOS	DOCUMENTOS	REGISTROS
Ley 35 de 1989	verificacion, calibracion y ficha tecnica de los instrumentos odontologicos utilizados	
NTC ISO 9001:2008 Numerales 7.1-7.5.1-7.5.2-7.5.3-7.5.5-8.2.3-8.4	Procedimiento de ejecucion de las actividades, que estén bajo los parámetros de la ortodoncia.	
REQUISITOS	INDICADORES	CONTROL
	$IO = \frac{\text{Cliente satisfecho}}{\text{Numero Total de Clientes}}$	G-PM4-01

## ANEXO B TABLA CONTROL DE REGISTROS Y DOCUMENTOS

	<b>Tabla Control de Registros y Documentos</b>	Código: F-PA6-02	
		Versión: 01	Fecha: 18/09/2012

## TABLA CONTROL DE REGISTROS Y DOCUMENTOS

Código	Nombre	Clase		Almacenamiento		Persona Responsable	Retención	Disposición Final
		Doc	Reg	Digital	Físico			
G-PM2-01	Guía Caries dental	X			X		Odontólogos	Folder S.G.C.
G-PA4-02	Guía Control de Registros y Documentos	X			X		Representante de la dirección y auxiliar adm.	Folder S.G.C.
G-PE1-01	Guía de Auditoría Interna	X			X		Gerente	Folder S.G.C.
G-PM2-02	Guía De Bioseguridad Para Odontología	X			X		Odontólogos	Folder S.G.C.
G-PM2-03	Guía De Infecciones Orofaciales	X			X		Odontólogos	Folder S.G.C.
G-PM2-04	Guía de Manejo de la Alveolitis	X			X		Odontólogos	Folder S.G.C.
G-PM3-01	Guía de Odontología Especializada	X			X		Odontólogos Especialista	Folder S.G.C.
G-PM2-06	Guía Manejo odontológico de pacientes con enfermedades hemorrágicas y terapia	X			X		Odontólogos	Folder S.G.C.

	anticoagulante							
G-PA2-01	Guía de Mejora Continua	<b>X</b>			<b>X</b>		Representante de la dirección	Folder S.G.C.
G-PA4-01	Guía Para la Elaboración de Documentos	<b>X</b>			<b>X</b>		Representante de la dirección	Folder S.G.C.
G-PA3-01	Guía Para la Gestión Comercial	<b>X</b>			<b>X</b>		Gerente	Folder S.G.C.
G-PE2-01	Guía Para la Revisión por la Dirección	<b>X</b>			<b>X</b>		Representante de la dirección	Folder S.G.C.
G-PA4-01	Guía Para Realizar Pagos y Cobranzas	<b>x</b>			<b>X</b>		Representante de la dirección	Folder S.G.C.
F-PM2-01	Guías de Odontología General	<b>X</b>			<b>X</b>		Auxiliar adm	Folder S.G.C.
G-PM2-05	Guías Prácticas Clínicas de Enfermedades Gingivales y Periodontales	<b>X</b>			<b>X</b>		Odontólogos	Folder S.G.C.
G-PM-01	Guía De Buenas Prácticas De Esterilización	<b>X</b>			<b>X</b>		Odontólogos	Folder S.G.C.
F-PM2-02	Plan de Mejoramiento de la revisión por la Dirección	<b>X</b>			<b>X</b>		Auxiliar de consultorio	Folder S.G.C.
F-PA4-01	Seguimiento del Diseño y Desarrollo	<b>X</b>			<b>X</b>		Gerencia	Folder S.G.C.
F-PM1-01	Accesibilidad a las Historias Clínicas	<b>X</b>			<b>X</b>		Gerencia	Folder S.G.C.
F-PM1-02	Asignación de Citas	<b>X</b>		<b>X</b>			auxiliar administrativo, Aux de consultorio	Folder S.G.C.

F-PA5-01	Compras Realizadas	<b>X</b>			<b>X</b>		auxiliar administrativo	Folder S.G.C.
G-PM4-01	Guía de Ortodoncia	<b>X</b>			<b>X</b>		Auxiliar de consultorio, Gerencia	Folder S.G.C.
G-PM1-01	Guía para la Asignación Confirmación de Citas e Historia Clínica	<b>X</b>			<b>X</b>		Odontólogo	Folder S.G.C.
F-PA5-03	Guía Para la Elaboración de auxiliar una Compra	<b>X</b>			<b>X</b>		auxiliar administrativo	Folder S.G.C.
G-PA1-01	Guía de funciones y perfiles	<b>X</b>			<b>X</b>		Auxiliar adm, auxiliar de consultorios y gerencia	Folder S.G.C.
F-PA2-02	Oportunidad de Mejora	<b>X</b>			<b>X</b>		Gerencia	Folder S.G.C.
F-PA6-01	Registro de no Conformidades, Acciones Correctivas y Preventivas	<b>X</b>			<b>X</b>		Gerencia	Folder S.G.C.
F-PA2-01	Encuesta de Satisfacción del Cliente	<b>X</b>			<b>X</b>		Auxiliar administrativo	Folder S.G.C.

<b>Control de cambios</b>		
<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>
1		Elaboración

<b>Elaborado:</b> Luisa Fernanda Ortiz	<b>Revisado:</b> Comité de Calidad	<b>Aprobado:</b> Representante de la Dirección
<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>

**ANEXO C INFORME DE AUDITORIA**

**INFORME DE AUDITORIA INTERNA**

**ISO 9001: 2008**

**LAB. UNIDENTSALUD IPS S.A.**

**AUDITOR:**

**ANGELA PAOLA ZAMBRANO C.**

**BUCARAMANGA**

**ENERO DE 2013**

## **I. PROPOSITO DE LA AUDITORIA INTERNA.**

Proporcionar a la Alta Gerencia de la empresa (La Organización), información respecto al estado actual de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de la organización, de acuerdo con los requisitos establecidos en las normas ISO 9001:2008, e identificar las áreas débiles y las áreas de fortalezas.

## **II. LIMITACIONES DE LA AUDITORIA INTERNA.**

El Auditor evaluó todos los procesos y sub-procesos que en La Organización son más relevantes y que son requisitos del sistema de gestión de la calidad, haciendo su mejor esfuerzo para revisar tanto como le fue posible, el sistema de gestión de la organización, dentro del tiempo establecido, así como para obtener una visión general de los procesos y del sistema.

La Alta Gerencia de La Organización debe estar enterada y consciente que la auditoría de certificación, será conducida con mayor detalle y profundidad. La Alta Gerencia de La Organización debe realizar esfuerzos adicionales para revisar su sistema de gestión de la calidad internamente, así como adelantar evaluaciones periódicas a cada una de las áreas y a toda la documentación de calidad, con el fin de definir e implementar un plan de acciones correctivas antes de la Auditoría de Certificación por parte del organismo certificador.

## **III. REUNION DE APERTURA.**

Una reunión de apertura fue conducida en la oficina de la Gerencia de la empresa.

El propósito, objetivo y alcance de la auditoría interna, como también la metodología a utilizar para la auditoría fueron explicados por parte del auditor Paola Zambrano. Algunas preguntas e inquietudes de los asistentes fueron contestadas por el auditor.

## **IV. AUDITORÍA INTERNA EN SITIO.**

La auditoría fue conducida en la oficina de La Organización. El Auditor revisó hasta donde el tiempo lo permitió la documentación existente, los procedimientos, las instrucciones de operación y los registros.

Los funcionarios responsables de la Gestión de la Calidad de La Organización realizaron una presentación del sistema de gestión de la calidad que opera en la empresa, haciendo énfasis en los procesos más relevantes. El nivel actual de implantación y de eficacia del sistema de gestión de la calidad, se determinó a través de las entrevistas con el personal, la revisión de la documentación existente y la efectiva aplicación de la misma.

## **V. RESUMEN Y ASPECTOS GENERALES.**

La auditoría interna se realizó en todos los procesos del sistema de gestión de la calidad de La Organización.

Los principales puntos de deficiencia se enuncian en el capítulo VII del presente documento. La Organización debe realizar las acciones que considere más apropiadas para eliminar las deficiencias encontradas y optimizar la implementación del sistema de calidad en las áreas identificadas como débiles.

Se sugiere que la Alta Gerencia de La Organización y su equipo de calidad, se esfuercen en el compromiso de realizar una revisión crítica a su sistema de gestión de la calidad, solucionando las debilidades detectadas, para lograr así su maduración dentro de un plazo razonable. El personal de La Organización debe recordar que las actividades de auditorías tanto internas como externas, son realizadas por muestreo.

La actividad de revisión y selección de muestras en las auditorías de certificación o seguimiento, es generalmente más profunda que en una auditoría interna por parte de los Auditores.

## **VI. PERSONAL CONTACTADO.**

<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>
Ronald Rodríguez	Representante Legal
Katherine López	Gerente

Luisa Fernanda Ortiz	Responsable SGC
Dra. Martha Barragán	Odontólogo General
Tatiana Jimenez	Auxiliar Administrativa

## VII. DETALLES DE LOS HALLAZGOS

PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Responsabilidad por la Dirección (Planeación y direccionamiento)	<p>La organización debe redefinir la autoridad de todo el personal de la misma ya que ésta se encuentra definida en términos de jerarquía y no como el empoderamiento que la organización le otorga a éste para que tome decisiones como realmente debería ser.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No se encontró definida la responsabilidad y autoridad de Auxiliares de Consultorio</li> <li>- Se pudo observar que la mayoría del personal no conoce completamente el alcance de su responsabilidad y autoridad dentro de la organización, según esto la organización debería comunicar la descripción del cargo respectivo a cada persona y asegurarse de éste la entienda completamente.</li> <li>-No se evidenció revisión por la dirección</li> <li>- La organización debe asegurarse de realizar la revisión por la dirección una vez presentado el presente informe el cual representa una de las entradas para efectuar la misma.</li> </ul>
ASIGNACION DE	-No se evidenciaron registros de medición del proceso

CITAS	respectivo.
ODONTOLOGIA GENERAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La organización debería documentar metodología para el desarrollo de las actividades de este proceso.</li> <li>- No se evidenciaron registros de medición del proceso respectivo.</li> </ul>
ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La organización debería documentar metodología para el desarrollo de las actividades de este proceso.</li> <li>- No se evidenciaron registros de medición del proceso respectivo.</li> <li>- Asegurarse de implementar la metodología establecida para controlar el producto no conforme.</li> </ul>
TALENTO HUMANO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar el perfil de competencia del personal, especialmente de la formación, la cual debería incluir aspectos relativos con las normas de calidad, capacitación que puede ir desde lo más general a lo más específico, según cargo o posición que se ocupe dentro de la organización.</li> <li>- Asegurarse de establecer perfiles de cargo de acuerdo con las necesidades de la empresa y del mercado, y no sesgándose al perfil de competencia actual del personal contratado.</li> <li>- Asegurarse de elaborar el plan de formación teniendo en cuenta como fuentes la necesidad de cumplir con el perfil definido para cada cargo, las quejas y reclamos de los clientes, los resultados obtenidos del desempeño de las personas o del proceso en el cual interactúan, y de acuerdo a los resultados de las auditorías internas.</li> </ul>
MEDICION Y ANALISIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asegurarse de realizar la medición de todos los procesos del sistema de gestión de la calidad a través de los indicadores establecidos por la organización.</li> </ul>

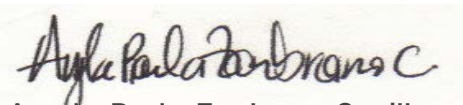
## **VIII. REUNION DE CIERRE.**

A las 6:00 p.m. del día 17 de enero del 2013 el Auditor Angela Paola Zambrano presentó a los asistentes, las observaciones y hallazgos más relevantes, obtenidos durante la auditoría interna, en las áreas particulares de no-cumplimiento. Posterior a la presentación de los hallazgos se dio respuesta a las preguntas y dudas de los asistentes. Cuando hubo un total entendimiento del procedimiento a seguir se dio por terminada la auditoría.

## **IX. FORTALEZAS o DEBILIDADES**

El auditor Angela Paola Zambrano entre otras debilidades identificadas desea hacer especial mención a la falta de compromiso de la alta gerencia evidenciado en su debilidad en el sistema de gestión de calidad dejando de lado que sirve de estrategia para el logro de la competitividad de la organización; como fortaleza, se evidencia el compromiso y buen desempeño que ha asumido la coordinadora de calidad y demás personal de la Organización para la consecución de los objetivos corporativos y en especial de calidad.

Con aprecio,



Angela Paola Zambrano Carrillo

Auditor Líder IRCA (International Register of Certificated Auditors)

**INFORME DE AUDITORIA INTERNA**  
**ISO 9001: 2008**

**LAB. UNIDENTSALUD IPS S.A.**

**AUDITOR:**  
**ANGELA PAOLA ZAMBRANO C.**

**BUCARAMANGA**  
**ABRIL DE 2013**

## **I. PROPOSITO DE LA AUDITORIA INTERNA.**

Proporcionar a la Alta Gerencia de la empresa (La Organización), información respecto al estado actual de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de la organización, de acuerdo con los requisitos establecidos en las normas ISO 9001:2008, e identificar las áreas débiles y las áreas de fortalezas.

## **II. LIMITACIONES DE LA AUDITORIA INTERNA.**

El Auditor evaluó todos los procesos y sub-procesos que en La Organización son más relevantes y que son requisitos del sistema de gestión de la calidad, haciendo su mejor esfuerzo para revisar tanto como le fue posible, el sistema de gestión de la organización, dentro del tiempo establecido, así como para obtener una visión general de los procesos y del sistema.

La Alta Gerencia de La Organización debe estar enterada y consciente que la auditoría de certificación, será conducida con mayor detalle y profundidad. La Alta Gerencia de La Organización debe realizar esfuerzos adicionales para revisar su sistema de gestión de la calidad internamente, así como adelantar evaluaciones periódicas a cada una de las áreas y a toda la documentación de calidad, con el fin de definir e implementar un plan de acciones correctivas antes de la Auditoría de Certificación por parte del organismo certificador.

## **III. REUNION DE APERTURA.**

Una reunión de apertura fue conducida en las instalaciones de la empresa.

El propósito, objetivo y alcance de la auditoría interna, como también la metodología a utilizar para la auditoría fueron explicados por parte del auditor Paola Zambrano. Algunas preguntas e inquietudes de los asistentes fueron contestadas por el auditor.

## **IV. AUDITORÍA INTERNA EN SITIO.**

La auditoría fue conducida en la oficina de La Organización. El Auditor revisó hasta donde el tiempo lo permitió la documentación existente, los procedimientos, las instrucciones de operación y los registros.

Los funcionarios responsables de la Gestión de la Calidad de La Organización realizaron una presentación del sistema de gestión de la calidad que opera en la

empresa, haciendo énfasis en los procesos más relevantes. El nivel actual de implantación y de eficacia del sistema de gestión de la calidad, se determinó a través de las entrevistas con el personal, la revisión de la documentación existente y la efectiva aplicación de la misma.

## **V. RESUMEN Y ASPECTOS GENERALES.**

La auditoría interna se realizó en todos los procesos del sistema de gestión de la calidad de La Organización.

Los principales puntos de deficiencia se enuncian en el capítulo VII del presente documento. La Organización debe realizar las acciones que considere más apropiadas para eliminar las deficiencias encontradas y optimizar la implementación del sistema de calidad en las áreas identificadas como débiles.

Se sugiere que la Alta Gerencia de La Organización y su equipo de calidad, se esfuercen en el compromiso de realizar una revisión crítica a su sistema de gestión de la calidad, solucionando las debilidades detectadas, para lograr así su maduración dentro de un plazo razonable. El personal de La Organización debe recordar que las actividades de auditorías tanto internas como externas, son realizadas por muestreo.

La actividad de revisión y selección de muestras en las auditorías de certificación o seguimiento, es generalmente más profunda que en una auditoría interna por parte de los Auditores.

## **VI. PERSONAL CONTACTADO.**

<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>
Ronald Rodríguez	Representante Legal
Katherine López	Gerente
Luisa Fernanda Ortiz	Responsable SGC

Dra. Martha Barragán	Odontólogo General
Francy Garcia	Auxiliar Administrativa

## VII. DETALLES DE LOS HALLAZGOS

PROCESO	OPORTUNIDAD DE MEJORA
ASIGNACION DE CITAS	-no se evidencia el control pertinente respecto a las historias clínicas, se preguntó por la historia clínica de un paciente y no estaba en el lugar asignado.
SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD	-El formato plan de mejora de auditorías (F-PE1-05) no se encuentra relacionado en la tabla de control de documentos.

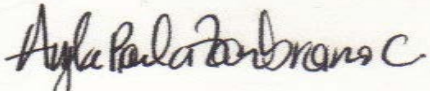
## VIII. REUNION DE CIERRE.

A las 6:00 p.m. del día 26 de abril del 2013 el Auditor Angela Paola Zambrano presentó a los asistentes, las observaciones y hallazgos más relevantes, obtenidos durante la auditoría interna, en las áreas particulares de no-cumplimiento. Posterior a la presentación de los hallazgos se dio respuesta a las preguntas y dudas de los asistentes. Cuando hubo un total entendimiento del procedimiento a seguir se dio por terminada la auditoría.

## IX. FORTALEZAS o DEBILIDADES

El auditor Angela Paola Zambrano identifica como fortaleza, que se evidencia el compromiso y buen desempeño que ha asumido los trabajadores de IPS UNIDENTSALUD SAS para la consecución de los objetivos corporativos y en especial de calidad.

Con aprecio,



Angela Paola Zambrano Carrillo

Auditor Líder IRCA (International Register of Certificated Auditors)

## ANEXO D PLAN DE MEJORA

	<h3 style="margin: 0;">Plan de Mejora de Auditorias</h3>	Código: F-PE1-05	
		Versión:01	Fecha: 18/01/2013

### PLAN DE MEJORA DE LA PRIMERA AUDITORIA

N°	Plan de Mejora	Responsable	Fecha de Cierre	Ejecutado	
				Si	No
1	Realizar y dar a conocer una guía donde sean especificados los perfiles, capacidades, funciones, autoridad y responsabilidad de del personal en IPS UNIDENTSALUS SAS.	Gerente de IPS UNIDENTSALUD SAS	25/01/2013	x	
2	Realizar la tabulación y dar resultados del indicador IAC mes a mes.	Auxiliar administrativo	25/01/2013	x	
3	Documentar en una guía todos los procedimientos realizados en el proceso de odontología general.	Odontóloga	31/01/2013	x	
4	Organizar todos los procedimientos del servicio prestado por el proceso de odontología general en una guía.	Odontóloga	08/02/3013	X	
5	Realizar el seguimiento de los indicadores del sistema de gestión de calidad y documentarlos.	Auxiliar administrativo	08/02/2013	x	

<b>Control de cambios</b>		
<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>
1	18/09/2012	Elaboración

<b>Elaborado:</b> Luisa Ortiz	<b>Revisado:</b> Comité de Calidad	<b>Aprobado:</b> Representante de la Dirección
<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>

	<b>Plan de Mejora de Auditorias</b>	<b>Código: F-PE1-05</b>	
		<b>Versión:01</b>	<b>Fecha: 18/01/2013</b>

### PLAN DE MEJORA DE LA SEGUNDA AUDITORIA

N°	Plan de Mejora	Responsable	Fecha de Cierre	Ejecutado	
				Si	No
1	Archivar las historias clínicas de acuerdo a la guía de control y registro de documentos.	Auxiliar administrativo	30/04/2013	x	
2	Actualizar la tabla de control mensualmente para tener todos los documentos asociados al SGC al día.	Gerente de IPS UNIDENTSALUD SAS	30/04/2013	x	

<b>Control de cambios</b>		
<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>
1	18/09/2012	Elaboración

<b>Elaborado:</b> Luisa Ortiz	<b>Revisado:</b> Comité de Calidad	<b>Aprobado:</b> Representante de la Dirección
<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>

## ANEXO E GUÍA PARA LA ASIGNACIÓN, CONFIRMACIÓN DE CITAS E HISTORIA CLÍNICA

	<b>Guía para la Asignación, Confirmación de Citas e Historia Clínica</b>	Código: g-pm1-01	
		Versión: 01	Fecha: 21/09/2012

## GUÍA PARA LA ASIGNACIÓN, CONFIRMACIÓN DE CITAS E HISTORIA CLÍNICA

**1. Objetivo:** Suministrar información acerca de los requisitos que deben tener la asignación, confinación de citas e historia clínica en su elaboración, para una normalización de estos dentro del Sistema de Gestión de la Calidad de IPS UNIDENTSALUD SAS.

**2. Alcance:** Esta guía aplica para la asignación, confinación de citas e historia clínica del Sistema de Gestión de la Calidad de IPS UNIDENTSALUD SAS.

### 3. Definiciones:

**Cita general:** se asigna cuando el tratamiento a realizar esta dentro de la actividades de la odontología general

**Cita doble:** Es la unión de de dos cita, y esta se asigna cuando el tratamiento lo requiere.

**Cita con especialista:** se asigna cuando el tratamiento a realizar esta dentro de la actividades de la odontología especializada

**Cita de valoración:** se asigna cuando el paciente ingresa por primera vez con el fin de iniciar una historia clínica

**Cita Ortodoncista:** se asigna cuando el tratamiento a realizar esta dentro de la actividades de la ortodoncia.

**Historia clínica:** información

### 4. Responsable:

Auxiliar Administrativo IPS UNIDENTSALUD SAS.

## **5. PROCEDIMIENTO:**

### **5.1 SOLICITUD DE CITA POR PARTE DEL PACIENTE**

El paciente puede realizar la solicitud de su cita personalmente o telefónicamente, también lo puede realizar por tercera persona por los mismos canales.

### **5.2 PROGRAMACIÓN DE CITA**

Con el fin de poder confirmarle al paciente su cita médica, se deben tomar los siguientes datos del paciente (F-PM1-003)

Las citas son programadas de acuerdo a la disponibilidad del profesional, a cada profesional se le asigna una carpeta, en la que se encuentra su disponibilidad.

En la carpeta de cada profesional se deben encontrar los siguientes formatos:

(F-PM1-002)

(F-PM1-003)<sup>10</sup>

### **5.3 Confirmación de citas**

La persona encargada deberá identificarse y exponerle al usuario el motivo de su llamada, esta se debe realizar de una forma cortés y servicial.

Esta se realiza telefónicamente un día antes de la fecha asignada, con el fin de que el paciente acuda a la cita en la fecha y hora indicada.

Cuando el paciente tiene la cita confirmada y este decida cancelar la cita se deben investigar las causales de inasistencia.

### **5.4 REPROGRAMACIÓN DE CITAS**

Todas aquellas personas que por una u otra razón no hayan asistido a la cita programada o la hayan cancelado deben programárseles una nueva cita.

### **5.5 Historia clínica**

---

<sup>10</sup> Este formato se coloca en la carpeta del profesional únicamente si la cita es asignada por primera vez.

Diligenciar la parte de identificación de la historia clínica odontológica, si el usuario consulta por primera vez, de acuerdo a las normas técnicas legales vigentes.

Se debe actualizar cada vez que el paciente acuda a una cita. (F-PM1-003;F-PM1-004)

Pasar la historia clínica al consultorio odontológico correspondiente, donde será atendido.

<b>Control de cambios</b>		
<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>
1	21/09/2012	Elaboración de la guía

<b>Elaborado:</b> Luisa Ortiz	<b>Revisado:</b> Comité de Calidad	<b>Aprobado:</b> Representante de la Dirección
<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>

## ANEXO F. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

	<b>Encuesta de Satisfacción del Cliente</b>	Código: F-PA2-01	
		Versión:01	Fecha: 18/09/2012

### ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

Señor usuario:

Solicitamos su colaboración diligenciando el siguiente cuestionario, cuyos resultados pretenden conocer su nivel de satisfacción frente a los servicios ofrecidos y la calidad del servicio prestado por IPS UNIDENTSALUD SAS.

Nombres y Apellidos	Teléfono	Fecha

Calificaciones: Excelente: 5 Bueno: 4 Aceptable: 3 Deficiente: 2 Inaceptable: 1

Preguntas	Calificación				
	1	2	3	4	5
<b>Servicio</b>					
¿Cómo califica nuestro servicio?					
<b>Instalaciones y recursos</b>					
¿Los espacios de atención al cliente están aseados, ventilados y el nivel del ruido es adecuado?					
<b>Duración de la atención</b>					
¿La atención que se le preste es oportuna y a tiempo?					
<b>4. Atención en la recesión</b>					
¿Cuándo se acerca a nuestra oficina encuentra la persona amable, capacitada. Dispuesto a colaborarle y respetuoso?					
<b>5. Horario de atención</b>					
¿Los horarios de atención al público son puntuales, adecuados y respetados?					
<b>6. Atención a dudas y sugerencias</b>					
¿La atención a sus dudas, sugerencias, observaciones y dificultades es amable, inmediata, clara y receptiva?					

<b>7.Servicio telefónico</b>					
¿Telefónicamente el servicio es amable, puntual y eficiente?					
<b>8. Expectativas del servicio</b>					
¿Ha llenado las expectativas por las cuales usted escogió nuestro servicio?					

<b>Control de cambios</b>		
<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción del cambio</b>
1		Elaboración

<b>Elaborado:</b> Luisa Ortiz	<b>Revisado:</b> Comité de Calidad	<b>Aprobado:</b> Representante de la Dirección
<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>

## ANEXO G MANUAL DE LA CALIDAD



Manual de la Calidad

ISO 9001:2008

De:

*IPS UNIDENTSALUD SAS*

Carrera 36 No. 51-71 Piso 2 - Edificio UNIDENTSALUD

Bucaramanga - Colombia,

Redactado:	Luisa Fernanda Ortiz Vásquez	Estudiante
Aprobado:	Ronald Eduardo Rodríguez mantilla	Representante Legal
Aprobado:	Katherine Oanssy López Bolaños	Gerente General
Fecha documento:	21 de Diciembre de 2012	
Fecha revisión:	11 de Enero de 2013	
No. de Revisión:	001	

#### Lista de Distribución

Personas Autorizadas	Copia #	Emitido
Ronald Eduardo Rodríguez mantilla	MC 001-001	14 de Enero de 2013
Silvia Alejandra Cristancho Gama (auxiliar)	MC 001-002	14 de Enero de 2013
Leidy Tatiana Jiménez (Secretaria)	MC 001-003	14 de Enero de 2013
Martha Patricia Barragán Ángel (Odontóloga)	MC 001-004	14 de Enero de 2013

## INTRODUCCIÓN

*IPS UNIDENTSALUD SAS* es una organización certificada ISO 9001:2008. *IPS UNIDENTSALUD SAS* desarrolló, implementó y formalizó el Sistema de Gestión de la Calidad el 11 de Enero de 2013 con el fin de:

- Satisfacer los requisitos de la norma internacional ISO 9001:2008
- Documentar las mejores prácticas de negocio de la empresa
- Entender y satisfacer más adecuadamente las necesidades y las expectativas de sus clientes
- Mejorar la administración global de *IPS UNIDENTSALUD SAS*
- Ser más competitivos frente al mercado actual
- Garantizar nuestros servicios
- Dirigir su crecimiento hacia la mejora de los procesos

El manual describe nuestro Sistema de Gestión de la Calidad, perfila los campos de autoridad, las relaciones y los deberes del personal responsable del desempeño de la empresa.

El manual está dividido en ocho secciones que están directamente relacionadas con los requisitos de la norma ISO 9001:2008. Cada sección comienza con una declaración que expresa el deber de *IPS UNIDENTSALUD SAS* de implementar y satisfacer los requisitos básicos de la norma a la que se hace referencia. Después de cada declaración se aporta información específica acerca de los procedimientos que describen los métodos usados para implementar los requerimientos pertinentes.

Este manual se utiliza internamente para orientar a los empleados de *IPS UNIDENTSALUD SAS* con respecto a los diversos requisitos de la norma ISO 9001:2008 que deben ser cumplidos y mantenidos para asegurar la satisfacción del cliente, la mejora continua y brindar las directivas necesarias que generen una fuerza laboral dotada de poder, autoridad y responsabilidad.

## **SECCIÓN 1: ALCANCE**

### 1.1 Generalidades

El Manual de la Calidad traza las políticas, los procedimientos y los requisitos de nuestro Sistema de Gestión de la Calidad. El sistema está estructurado de tal forma que cumpla con las condiciones establecidas en la Norma Internacional ISO 9001:2008.

El sistema comprende la parte administrativa y los servicios prestados por IPS UNIDENSALUD SAS.

### 1.2 Aplicación

*IPS UNIDENSALUD SAS* ha determinado que todos los requisitos son aplicables a las operaciones de esta instalación.

## **SECCIÓN 2: REFERENCIAS NORMATIVAS**

### 2.0 Referencias del Sistema de Gestión de la Calidad

Durante la implementación de nuestro Sistema de Gestión de la Calidad se usaron como referencia los siguientes documentos:

NTC ISO 9001-2008, Sistemas de Gestión de Calidad

#### Referencias del Sistema de Gestión de la Calidad

Durante la implementación de nuestro Sistema de Gestión de la Calidad se usaron como referencia los siguientes documentos:

American National Standard ANSI/ISO/ASQ Q9001-2008, Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos

SIGWEB Sistemas Integrados de Gestión. Historia de la Calidad. [En línea]. Disponible en Internet en <<http://www.sigweb.cl/biblioteca/HistoriaCalidad.pdf>>

FERRANDO SANCHEZ, Miguel. Calidad Total: Modelo EFQM de Excelencia  
2ª Edición, 2008, Página 3.

NORMA INTERNACIONAL Traducción certificada. ISO 9000:2005. Sistemas de gestión de la calidad -Fundamentos y vocabulario. págs. vi y vii. 2005

ICONTEC. “Manual para las pequeñas empresas – Guía sobre la norma ISO 9001:2000”, 2001.

### **SECCIÓN 3: DEFINICIONES**

#### 3.0 Definiciones del Sistema de Gestión de la Calidad

Esta sección trata definiciones específicas para *IPS UNIDENTSALUD SAS*

Bienes propiedad del cliente – Historia clínica del cliente y datos personales

Producto – Servicios ofrecidos

Registro: Documento que provee evidencia objetiva de las actividades ejecutadas o resultados obtenidos.

Proceso misional: procesos que cumple la misio de la empresa

Procesos estratégicos: La dirección es al responsable, y son aquellos que sirven para que los procesos misionales se cumplan cabalmente

Proceso de apoyo: son aquellos procesos que apoyan el cumplimiento de los procesos misionales.

## **SECCIÓN 4: SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

### 4.1 Requisitos generales

*IPS UNIDENTSALUD SAS* ha establecido, documentado e implementado un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) de acuerdo con los requisitos de ISO 9001:2008.

Los objetivos de calidad, los resultados de las auditorías internas, el análisis de los datos, las acciones correctivas y preventivas y la Revisión de la Dirección son algunas de las técnicas y las herramientas que *IPS UNIDENTSALUD SAS* usa para medir y mejorar el sistema continuamente.

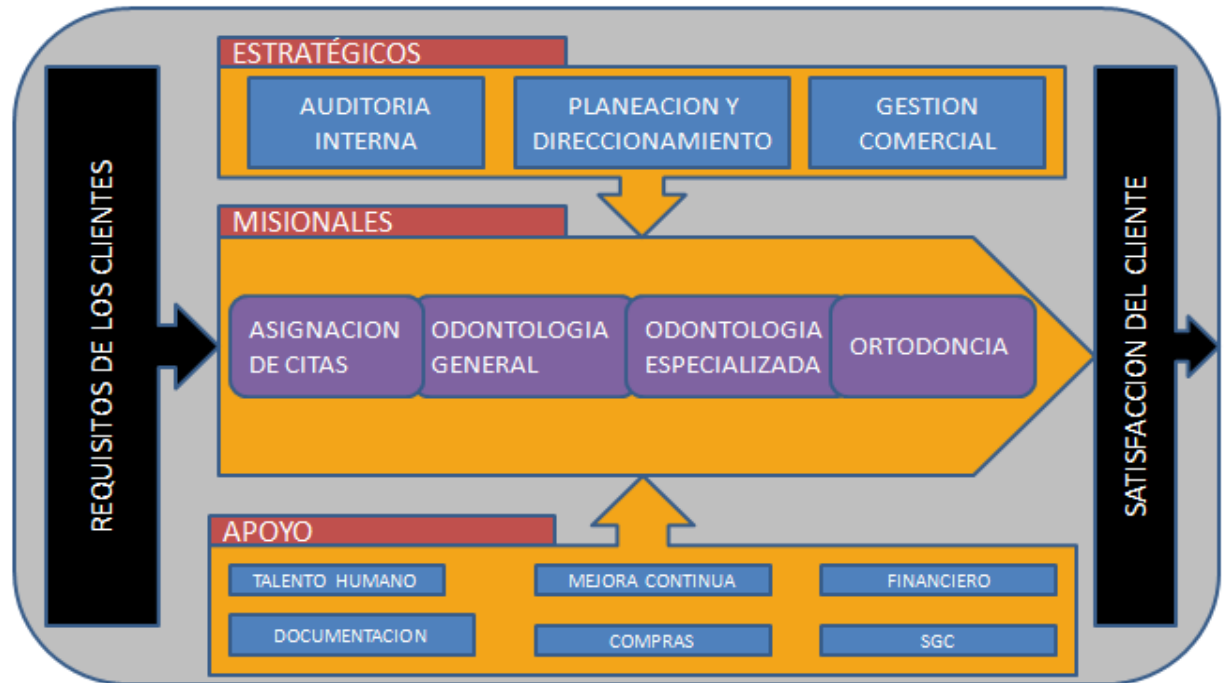
El comité de calidad, identificaron los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad, la secuencia y las interacciones entre estos.

Por cada proceso identificado se determinaron los métodos de funcionamiento así como también se determinaron la disponibilidad de los recursos y la información necesaria para la efectiva operación y el control de tales procesos.

Cada proceso es supervisado, medido y analizado para identificar e implementar las acciones necesarias con el fin de alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.

El Mapa de Flujo de Proceso contenido en la sección 4 brinda una descripción de la interacción entre los procesos de nuestro Sistema de Gestión de la Calidad

## MAPA DE PROCESOS



### PROCESOS ESTRATÉGICOS

PE1: Proceso Estratégico De Auditoría Interna

PE2: Proceso Estratégico De Planeación y Direccionamiento

PE3: Proceso Estratégico De La Gestión Comercial

### PROCESOS MISIONALES

PM1: Proceso Misional De Asignación De Citas

PM2: Proceso Misional De Odontología General

PM3: Proceso Misional De Odontología especializada

PM4: Proceso Misional De Ortodoncia

## PROCESOS DE APOYO

PA1: Proceso De Apoyo De Talento Humano

PA2: Proceso De Apoyo De Mejora Continua

PA3: Proceso De Apoyo Financiero

PA4: Proceso De Apoyo De Documentación

PA5: Proceso De Apoyo De Compras

PA6: Proceso De Apoyo De SGC

## 4.2 Requisitos de la Documentación

### 4.2.1 Generalidades

El Sistema de Gestión de la Calidad de *IPS UNIDENTSALUD SAS* ha sido documentado y es mantenido eficazmente para asegurar los controles suficientes de nuestro sistema y la conformidad a los requisitos de la norma ISO 9001:2008. La documentación del Sistema de Gestión de la Calidad es distribuida desde la alta gerencia hasta el nivel de los auxiliares:

Fig. 1 Documentación del Sistema de Gestión de la Calidad



Fuente: Autor

Nivel 1 –La Política de Calidad, que abarca un compromiso con el cumplimiento de los requisitos, la mejora continua de la eficacia del sistema y la satisfacción del cliente.

Nivel 2 - Este Manual de la Calidad, que describe nuestro Sistema de Gestión de la Calidad, perfila las autoridades, las interrelaciones, los deberes del personal responsable del desempeño dentro del sistema, los procedimientos y/o referencias de todas las actividades que conforman el Sistema de Gestión de la Calidad.

Nivel 3 –Los procedimientos requeridos por la norma, los programas de auditorías internas, acciones correctivas y preventivas, Revisión de la Dirección y los documentos identificados como necesarios para una eficaz planificación, operación y control de nuestros procesos.

Nivel 4 –Documentación.

Nivel 5 - Los registros de calidad requeridos por la norma y los registros necesarios a la organización para demostrar la conformidad con los requisitos y el manejo eficaz de nuestro Sistema de Gestión de la Calidad.

#### 4.2.2 Manual de la Calidad

Este Manual de la Calidad ha sido preparado con el nivel más alto de atención a los detalles por la Dirección. El manual describe con exactitud nuestro Sistema de Gestión de la Calidad.

El alcance y las exclusiones aceptables del Sistema de Gestión de la Calidad se detallan en la sección uno de este manual. Cada sección del manual hace referencia a los procedimientos documentados del Sistema de Gestión de la Calidad relacionados con los requisitos delineados en esa sección.

#### 4.2.3 Control de Documentos

Todos los documentos de nuestro Sistema de Gestión de la Calidad son controlados de acuerdo con el Procedimiento de Control de Documentos mediante (G-PA4-01). Este procedimiento define el proceso para:

- aprobar la idoneidad de los documentos antes de su emisión.
- revisar y actualizar según necesidad y re-aprobar los documentos.

- garantizar que se identifiquen los cambios y el estado actual de revisión de los documentos.
- asegurar que las versiones pertinentes de los documentos apropiados se encuentren disponibles en los puntos de uso.
- asegurar que los documentos permanezcan legibles y fácilmente identificables.
- garantizar que los documentos de origen externo sean identificados y que su distribución sea controlada.
- evitar el uso indebido de documentos obsoletos e identificarlos adecuadamente si se conservan con algún fin.

#### 4.2.4 Control de registros de calidad

Los registros de calidad se conservan para demostrar la conformidad con los requisitos y el manejo eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad. Los registros son conservados de acuerdo con el Procedimiento Control de los Registros de Calidad (PA6).

La tabla siguiente identifica los registros requeridos por la norma:

Tabla de Registro de Control de Calidad

Cláusula	Código	Título
5.6.1	F-PE2-01	Acta de la revisión por la dirección
6.2.2	G-PA1-01	Registro de competencia del personal
	F-PM2-01	Guías Asociadas al Proceso de Odontología General
7.1	G-PM3-01	Guía de Odontología Especializada
	G-PM4-01	Guía de Ortodoncia

Cláusula	Código	Título
7.2.2	G-PE3-01	Guía del proceso estratégico de la gestión comercial
7.3.2		Registros de elementos de entradas para el diseño y desarrollo
7.3.4		Registro de revisión del diseño y desarrollo
7.3.5	F-PE3-02	Registro de verificación del diseño y desarrollo
7.3.6		Registro de validación del diseño y desarrollo
7.3.7		Registro de los cambios del diseño y desarrollo
7.4.1	F-PA5-01	Registro de los resultado del PA5
7.5.2	F-PA2-01	Registro de encuestas aplicadas
7.5.3	F-PM1-02	Formato para la Asignación de Citas
7.5.4	F-PM1-01	Registro de accesibilidad al historial clínico del cliente
7.6	F-PE1-01	Registros de la Calibración y verificación de los instrumentos
8.2.2	I-PE1-01	Informe de Auditoría Interna
8.2.4	F-PM1-05	Registro de satisfacción del cliente
8.3		
8.5.2	F-PA6-01	Registro de no Conformidades, Acciones Correctivas y Preventivas
8.5.3		

## **SECCIÓN 5: RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN**

### **5.1 Responsabilidad de la Dirección**

La Dirección General ha estado activamente comprometida con la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y ha proporcionado la visión y la Dirección estratégica para el crecimiento de dicho sistema estableciendo los objetivos de calidad y la política de calidad.

Para seguir ofreciendo el liderazgo y demostrar el compromiso con la mejora continúa del Sistema de Gestión de la Calidad, la Dirección General:

- Comunica a los empleados la importancia de satisfacer los requisitos del cliente y los requisitos de la ley.
- Establece los objetivos de calidad en los niveles y en las funciones correspondientes dentro de la empresa. revisa la Política de Calidad para determinar la continua idoneidad durante las reuniones de Revisión de la Dirección.
- Realiza reuniones trimestrales para evaluar la idoneidad del sistema, su adecuación y eficacia.
- Identifica las oportunidades de mejora y los cambios necesarios.
- Finalmente, garantiza la disponibilidad de recursos necesarios para la efectiva operación y el control de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad.

### **5.2 Enfoque al cliente**

Para satisfacer los requisitos de los clientes y para superar sus expectativas, *IPS UNIDENTSALUD SAS* se esfuerza continuamente en identificar las necesidades presentes y futuras de ellos.

Nuestro proceso de comunicación garantiza que los requisitos de los clientes así como también aquellos de la ley sean determinados, comprendidos, convertidos en requerimientos internos y comunicados a las personas apropiadas de nuestra organización.

### 5.3 Política de calidad

La Dirección General estableció la Política de Calidad el 28 de septiembre de 2012.

La Política de Calidad es apropiada al propósito de la organización y expresa las metas y las aspiraciones que deben ser alcanzadas por la organización. Además, ésta proporciona el alcance necesario para determinar objetivos específicos de calidad y ofrece el compromiso para el cumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad y la mejora continua de la eficiencia de nuestro sistema.

La Política de Calidad ha sido comunicada a todos los empleados y parte de la presentación de todo empleado nuevo y en la capacitación sobre el Sistema de Gestión de la Calidad. Está a la vista en un lugar destacado en las instalaciones para mantener altos niveles dentro de nuestra organización.

El comité de calidad examina la Política de Calidad en cada una de las reuniones de Revisión; para determinar la idoneidad continua.

### 5.4 Planificación

#### 5.4.1 Objetivos de calidad

Los objetivos de calidad son establecidos y aprobados por el comité de calidad. Estos objetivos son específicos, mensurables y conformes a la política de calidad.

Los objetivos han sido establecidos a nivel de empresa, los cuales fueron aprobados en el acta 3 del 28 de septiembre de 2012.

El comité de calidad revisa cada objetivo de calidad contra metas de rendimiento y comunica el progreso a los empleados.

#### 5.4.2 Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad

El sistema de calidad ha sido planificado e implementado para satisfacer nuestros objetivos de calidad y los requisitos de la cláusula 4.1 de la norma ISO 9001. La planificación de calidad se manifiesta en la medida en que se planifican y se implementan cambios que afectan el sistema de calidad.

El Representante por la dirección responsable de asegurar que el Sistema de Gestión de la Calidad ha sido implementado de manera eficaz y la Dirección General asegura que la integridad del sistema es mantenida cuando se planean e implementan cambios que afecten a la calidad.

### 5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación

#### 5.5.1 Responsabilidad y autoridad

Se ha establecido un organigrama para mostrar la interrelación del personal en la organización. Las descripciones del puesto de trabajo definen las responsabilidades y autoridad de cada uno de los cargos en el organigrama.

Las descripciones del puesto de trabajo y el organigrama son revisadas y aprobadas con respecto a su idoneidad por la Dirección General y los Directores de departamento. Estos documentos están disponibles en toda la organización para ayudar a los empleados a entender las responsabilidades y autoridad:

**JUNTA DE SOCIOS:** La asamblea general de accionistas tendrá, además de las funciones previstas en el artículo 420 del Código de Comercio, las contenidas en los presentes estatutos y en cualquier otra norma legal vigente.

GERENTE GENERAL: Analizar la situación de la clínica en los Departamentos de odontología, Comercial y administrativo. 2) Diseñar planes de mejoramiento para la organización. 3) Evaluar y definir directrices del manejo administrativo de la clínica e implementarlas, unificando criterios y procesos. 4) Contribuir en el diseño de estrategias que conlleven al desarrollo de la empresa como líder en el mercado regional. 5) Evaluar situación de cartera y definir realización de seguimiento a cartera. 6) Realizar una revisión general a los procesos. 7) Unificar procesos y procedimientos en la clínica, definiendo “La mejor forma de hacer las cosas”. 8) Definir indicadores a evaluar en la clínica, a nivel administrativo y asistencial. 9) Solicitar mensualmente informe de gestión de la clínica que incluya los indicadores definidos. 10) Generar un informe mensual consolidado de las clínicas. 11) Definir metas a cumplir en cada departamento. 12) Proponer y ejecutar las modificaciones que se consideren importantes para el proceso de calidad. 13) Apoyar a los odontólogos en la evaluación de casos clínicos. 14) Canalizar y direccionar adecuadamente las necesidades de las clínicas. 15) Realizar un análisis de costos o direccionar este análisis. 16) Realizar una auditoría periódica de historias clínicas, definir periodicidad y cantidad de historias a evaluar. 17) Definir costos y evaluar propuesta para instalación de sistema de Vigilancia en cada clínica con acceso remoto web. 18) Orientar la conformación de los diferentes Comités exigidos por los entes de control que regulan la entidad. 19) Actualizar y verificar el Mantenimiento del Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) en cada una de las sucursales. 20) Velar por la utilización eficiente de los recursos humanos técnicos y financieros de la Empresa y por el cumplimiento de las metas programadas y aprobadas por el comité. 21) Revisar los informes administrativos, Comerciales y del SGC. 22) Asistir a las capacitaciones según el cronograma. 23) Cumplir con los requerimientos establecidos por el SGC. 24) Aplicar los procedimientos documentados. 25) Controlar el cumplimiento de todas las disposiciones de mejora. 26) Controlar la implementación de nuevos procesos. 27) Verificar el cumplimiento de las metas de los indicadores del sistema de gestión de la calidad. 28) Proporcionar los correctivos que le deban realizar al sistema de gestión de calidad. 29) realizar llamados de atención a los funcionarios cuando no se cumplan las directrices emanadas

**REPRESENTANTE LEGAL:** La sociedad será gerencia da, administrada y representada legalmente ante terceros por el representante legal, quien no tendrá restricciones de contratación por razón de la naturaleza ni de la cuantía de los actos que celebre. Por lo tanto, se entenderá que el representante legal podrá celebrar o ejecutar todos los actos y contratos comprendidos en el objeto social o que se relacionen directamente con la existencia y el funcionamiento de la sociedad.

El representante legal se entenderá investido de los más amplios poderes para actuar en todas las circunstancias en nombre de la sociedad, con excepción de aquellas facultades que, de acuerdo con los estatutos, se hubieren reservado los accionistas. En las relaciones frente a terceros, la sociedad quedará obligada por los actos y contratos celebrados por el representante legal. Le está prohibido al representante legal y a los demás administradores de la sociedad, por sí o por interpuesta persona, obtener bajo cualquier forma o modalidad jurídica préstamos por parte de la sociedad u obtener de parte de la sociedad aval, fianza o cualquier otro tipo de garantía de sus obligaciones personales.

**AUXILIAR ADMINISTRATIVO:** Realizar las labores conexas o complementarias que se requieran para el cumplimiento a cabalidad del objeto del presente contrato. Cumplir a cabalidad todas y cada una de las cláusulas que dieron origen al presente contrato. Guardar en el desempeño de sus funciones y fuera de ellas la discreción y el sigilo que exige la lealtad que debe a EL EMPLEADOR. Atender la recepción telefónica y personal. Elaborar en los diferentes sistemas que empleen las EPS que contraten directamente con Unidentsalud los soportes correspondientes a los distintos conceptos incluyendo los copagos y cuotas moderadoras. Realizar la respectiva agenda de pacientes de todas las EPS que tengan contrato con UNIDENTSALUD y la agenda de pacientes particulares que tenga UNIDENTSALUD de acuerdo a sus usuarios vinculados. Además de organizar y agenda los usuarios producto de las promociones de GROUPON y de los desprendibles recopilados en las urnas ubicadas en los diferentes supermercados, gimnasios y entidades con las cuales se sostienen CONVENIOS. Organizar, presentar y enviar a la

Interventora los informes diarios de caja, el cuadro de asignación de citas de pacientes particulares, convenios y demás promociones emitidas por la clínica. Preparar un ambiente agradable en el área de recepción. Persona encargada de recibir dinero producto de los diferentes procedimientos tanto de afiliaciones, tratamientos odontológicos generales y especializados. Revisar la base de datos de los afiliados a la clínica y realizar el seguimiento de pacientes. Diligenciar y recopilar la información financiera para enviársela al contador. Todas las demás que el sentido común y el raciocinio lógico aconsejen para el adecuado desarrollo del objeto de este contrato. Cumplir con los requerimientos establecidos por el Sistema de Gestión de Calidad. Mantener buenas relaciones con el personal de la empresa. Mantener el control de los archivos a su cargo.

**ODONTÓLOGOS:** o relacionados con la rama de su profesión y/o especialización sin ninguna clase de discriminación para con los usuarios o pacientes que soliciten sus servicios a través de IPS UNIDENTSALUD SAS, de manera esmerada, conservando los principios de ética profesional y bajo criterios científicos. Aplicar en cada paciente, a plenitud, sus conocimientos profesionales para que la evaluación, diagnóstico y tratamiento sean los más idóneos buscando, en lo posible, lograr el pronto restablecimiento de la salud dental de quien acude a su consulta. Atender directamente a los pacientes asignados y en el sitio que para ello disponga UNIDENTSALUD SAS. Brindar y actualizar a UNIDENTSALUD SAS. La oportunidad de tiempo y días disponibles para atender consulta. Atender directamente a los pacientes asignados el día y hora convenidos. Indicar adecuada y claramente a los pacientes los procedimientos que deben seguir de acuerdo a su tratamiento y cuidados de acuerdo a su consulta. Cumplir con las normas y disposiciones que IPS UNIDENTSALUD SAS estipule en aras de garantizar una adecuada atención a los pacientes y las que les sean aplicables para un conveniente desarrollo de sus actividades profesionales. Comprometerse a estar actualizado, en lo que a su profesión se refiere, de todas las técnicas, medicamentos y tratamientos de acuerdo al avance de las investigaciones de la odontología Tener para su trabajo los siguientes elementos: Pieza de mano de alta, Pieza de mano de baja y Visor.

AUXILIAR DE CONSULTORIO: Realizar *las labores conexas o complementarias que se requieran para el cumplimiento a cabalidad del objeto del contrato*. Realizar el tratamiento requerido por el paciente en cuanto a detartraje, profilaxis, control de placa, aplicación de sellantes y aplicación de flúor tópico. Remitir el paciente al odontólogo según necesidad. Vigilar que el profesional evolucione la Historia Clínica de acuerdo al procedimiento realizado y que el paciente firme todo el documento, la Auxiliar deberá diligenciar de la Historia Clínica los abonos al tratamiento teniendo en cuenta fecha, valor y número de factura. Realizar el aseo y limpieza de la Entidad y el instrumental odontológico destinado para la atención de pacientes de acuerdo al Manual de Bioseguridad y dando cumplimiento al mismo. Atender a los pacientes respetando el orden de cita, dando prioridad a las urgencias. Colaborar con los odontólogos y especialistas en los diferentes procedimientos. Reportar los procedimientos que se realizan diariamente. Realizar el envío de los trabajos a los laboratorios de acuerdo a las indicaciones del profesional y realizar el seguimiento. Diligenciar los formatos odontológicos. *Mantener en perfecto orden de aseo asepsia y antisepsia la clínica. Brindar información clara y oportuna a los pacientes. Buscar el contacto entre el profesional de la salud y el paciente para obtener un buen servicio. Cumplir con los criterios establecidos por la organización para el control de registros. Diligenciar y descargar el kardex de inventario, el cual estará bajo su responsabilidad.* Prestar los servicios objeto del presente contrato bajo los estándares de calidad definidos en el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) y lo estipulado en la CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA de este contrato. Mantener en orden de los archivos a su cargo.

## ORGANIGRAMA



### 5.5.2 Representante de la Dirección

La Dirección General ha encargado a Ronald Eduardo Rodríguez mantilla de ser el Representante de la Dirección de *IPS UNIDENTSALUD SAS* y como tal él tiene, además de otras competencias, la responsabilidad y la autoridad de:

Garantizar que todos los procesos necesarios para nuestro Sistema de Gestión de la Calidad son establecidos, implementados y mantenidos.

Informar sobre el desempeño y rendimiento del Sistema de Gestión de la Calidad y advertir sobre las mejoras que son necesarias.

Asegurar que existe un proceso adecuado para fomentar la conciencia de los requisitos del cliente en toda la organización.

### 5.5.3 Comunicación interna

Nuestro proceso comunica la efectividad de nuestro Sistema de Gestión de la Calidad a todos los empleados de *IPS UNIDENTSALUD SAS*.

Los métodos definidos para la comunicación interna incluyen, pero no se limitan a:

- Las reuniones del comité.
- La conducción de la Revisión de la Dirección.
- La circulación de actas de reuniones.
- Otros tipos de comunicación rutinaria del negocio.

## 5.6 Revisión de la Dirección

### 5.6.1 Generalidades

La Dirección General revisa el Sistema de Gestión de la Calidad anualmente.

La revisión evalúa la idoneidad del sistema, su adecuación y eficacia, e identifica las oportunidades de mejora y los cambios necesarios. Se conservan registros de cada reunión de revisión administrativa.

### 5.6.2 Información para la revisión

La evaluación del Sistema de Gestión de la Calidad se basa en la revisión de la información aportada para la Revisión de la Dirección. Entre otra información, se cuenta con:

- Vigencia de la política de calidad.
- Cumplimiento de los objetivos de calidad.
- Estado de los indicadores de cada proceso.
- Satisfacción del cliente.
- Consolidado y análisis de quejas, reclamos y recomendaciones de los clientes.
- Resultado de auditorías internas.
- Estado de las no conformidades relacionadas con los procesos y servicios.
- Estado de las acciones correctivas y preventivas.
- Recomendaciones para mejora.
- Seguimiento de las revisiones anteriores.

### 5.6.3 Resultados de la revisión

Los resultados de la Revisión de la Dirección se utilizan como objetivos para generar una mejora de la efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad y una mejora del servicio.

Durante las reuniones de revisión, el comité identifican las acciones apropiadas que deben emprenderse para mejorar la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad y sus procesos, la mejora del servicio en relación con los requisitos del cliente y la necesidades de recursos.

Cualquier decisión que se tome durante la reunión, las acciones asignadas, quien es responsable y su fecha límite de realización se registran en las actas de Revisión de la Dirección.

## **SECCIÓN 6: GESTIÓN DE LOS RECURSOS**

### 6.1 Provisión de recursos

La empresa ha implementado un Sistema de Gestión de la Calidad que cumple con la norma ISO 9001 2008. Esta implementación se logró con el compromiso de la Dirección y con los recursos suficientes para realizarla.

Para mantener eficazmente el proceso y mejorarlo continuamente, la Dirección establece y proporciona los recursos necesarios.

## 6.2 Recursos humanos

### 6.2.1 Generalidades

Para garantizar la competencia de nuestro personal, se han preparado descripciones del puesto de trabajo que identifican la cualificación requerida para cada uno de los cargos que afectan la calidad del producto.

Dentro de esta cualificación se incluyen los requisitos de educación, habilidades y experiencia. Las cualificaciones apropiadas, junto con la capacitación necesaria, proporcionan la capacidad requerida en cada cargo. Se encuentra documentado en la guía para la competencia de personal (G-PA1-01)

### 6.2.2 Competencia, toma de conciencia y formación

La cualificación se revisa durante la contratación, cuando un empleado cambia de cargo o cuando se modifican los requisitos para un cargo. Se mantiene registros de las cualificaciones de los empleados.

Si se encuentran discrepancias entre la cualificación del empleado y los requisitos del puesto, se decide dar capacitación o se emprende otra acción para brindar al empleado la capacidad necesaria para su tarea. En este último caso se evalúan los resultados para determinar si fueron eficaces.

Todos los empleados reciben capacitación sobre la importancia y la trascendencia de sus actividades y sobre la manera en que contribuyen al logro de los objetivos de calidad.

## 6.3 Infraestructura

Para satisfacer los objetivos de calidad y los requisitos del producto *IPS UNIDENTSALUD SAS* ha determinado la infraestructura necesaria.

La infraestructura ha sido proporcionada e incluye, área de trabajo, elementos utilitarios, equipo de proceso y servicios de apoyo. A medida que surgen nuevas necesidades de infraestructura, se documentarán en proyectos de calidad. Se da mantenimiento a la infraestructura existente para asegurar la conformidad del servicio.

#### 6.4 Ambiente de trabajo

Se mantiene un ambiente de trabajo adecuado para lograr la conformidad del servicio. Los requisitos se determinan durante la planificación de calidad.)

El ambiente laboral se administra para que constantemente sea el adecuado. Se evalúan los datos del sistema de calidad para establecer si el ambiente laboral es suficiente para lograr la conformidad del servicio o si es necesario emprender acciones correctivas o preventivas relacionadas con el ambiente laboral.

### **SECCIÓN 7: PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

#### 7.1 Planificación de la prestación del servicio

La planificación de calidad es requerida antes de que se implementen nuevos servicios o procesos. La planificación de calidad puede presentarse como un proyecto de diseño y está a cargo del proceso de apoyo del sistema de gestión de calidad.

Durante esta planificación, la Dirección General y/o el personal designado identifican:

Los objetivos de calidad y los requisitos del servicio.

Los procesos, la documentación y los recursos necesarios.

Los requisitos de verificación, validación, monitoreo, inspección y prueba.

Los criterios para la aceptación del servicio.

Dentro de los resultados de la planeación de calidad se incluye la documentación de proyectos de calidad, procesos, procedimientos y resultados de diseño.

## 7.2 Procesos relacionados con el cliente

### 7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio

*IPS UNIDENTSALUD SAS* determina los requisitos del cliente antes de aceptar un pedido.

Dentro de los requisitos del cliente se incluyen aquellos:

- Exigidos por el cliente.
- Exigidos por las actividades de entrega y posteriores a la entrega.
- No establecidas por el cliente, pero necesarias para el uso específico o conocido y el uso proyectado.
- Los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el servicio.
- Los requisitos adicionales determinados por *IPS UNIDENTSALUD SAS*.
- Los requisitos del cliente se determinan de acuerdo a al proceso (PM1).

### 7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el servicio

*IPS UNIDENTSALUD SAS* tiene un proceso definido para la revisión de los requisitos relacionados con el servicio. La revisión se realiza antes de la asignación de citas. El proceso garantiza que:

Los requisitos del servicio están definidos.

Se resuelven las discrepancias entre los requisitos del contrato o el pedido y los expresados con anterioridad.

*IPS UNIDENTSALUD SAS* tiene la capacidad de satisfacer los requisitos definidos.

Se conservan registros que muestran los resultados de la revisión y cualquier acción que surja de la misma.

Cuando un cliente no suministra una instrucción documentada de los requisitos, estos se confirman antes de la aceptación.

Cuando los requisitos del producto cambian, *IPS UNIDENTSALUD SAS* comunica dichos cambios al personal relevante y corrige los documentos correspondientes.

### 7.2.3 Comunicación con el cliente

*IPS UNIDENTSALUD SAS* ha implementado un procedimiento eficaz para la comunicación con los clientes, relativo:

Información sobre el servicio.

Manejo de preguntas, contratos y pedidos, incluyendo rectificaciones.

Retroalimentación del cliente, incluyendo quejas.

## 7.3 Diseño y desarrollo

### 7.3.1 Planificación del diseño y desarrollo

El Procedimiento Diseño y Desarrollo (PE2) esboza el método para controlar el proceso de diseño y desarrollo. El representante legal planifica el diseño y el desarrollo de acuerdo con este procedimiento. Dentro de la planificación del diseño se incluyen:

- Etapas de diseño y desarrollo.
- Revisiones del diseño requeridas.
- Métodos de verificación y validación adecuados para cada una de las etapas de diseño y desarrollo.
- Responsabilidades y autoridad para el diseño y el desarrollo.
- Identificación de las interrelaciones técnicas requeridas por el proyecto.
- Actualización del plan de diseño en la medida en que el proyecto avanza.
- Elementos de entrada para el diseño y desarrollo
- La información necesaria para determinar los requerimientos del producto está determinada y documentada en el Procedimiento Diseño y Desarrollo (PE2).

### 7.3.2 Datos de entrada

Todos los datos de entrada (inputs) son revisados para comprobar que sean adecuados y completos, y para resolver cualquier ambigüedad en los mismos. Dentro de los aportes se incluye:

Requisitos de funcionamiento y desempeño.

Requisitos legales y reglamentarios pertinentes.

Según corresponda, la información proveniente de diseños similares anteriores.

Otros requisitos esenciales de diseño y desarrollo.

### 7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo

Los resultados del diseño y el desarrollo se documentan de acuerdo con el Procedimiento Diseño y Desarrollo (PE2). La documentación se hace en un formato que permite la verificación contra los datos de entrada y es aprobada antes de su divulgación. Los resultados:

- Satisfacen los requisitos de los datos de entrada.
- Suministran información apropiada para compra, producción y prestación de servicio.
- Contienen o hacen referencia a los criterios de aceptación del producto.
- Especifican las características del producto, esenciales para su uso seguro y apropiado.

### 7.3.4 Revisión de diseño y desarrollo

La planificación del diseño determina las etapas adecuadas del proyecto para realizar la revisión de diseño y desarrollo (F-PE3-02). Las revisiones se hacen de acuerdo con el Procedimiento de Diseño y Desarrollo, los resultados de la revisión del diseño se registran en las actas de las reuniones de revisión de diseño, las cuales se conservan como un registro de calidad. Las revisiones de diseño:

- Evalúan los resultados de las actividades de diseño y desarrollo, y determinan si satisfacen los requisitos.

- Identifican cualquier problema y proponen las acciones necesarias.

#### 7.3.5 Verificación de diseño y desarrollo

La verificación de diseño y desarrollo se planifica y se realiza para garantizar que los resultados (output) del diseño y el desarrollo han satisfecho los requisitos de los datos de entrada (input) de diseño y desarrollo.

Los registros de los resultados de la verificación y de cualquier acción necesaria se conservan de acuerdo con el Procedimiento Diseño y Desarrollo (F-PE3-02).

#### 7.3.6 Validación de diseño y desarrollo

La validación de diseño y desarrollo se lleva a cabo de acuerdo con la planificación de diseño, para garantizar que el producto resultante está en capacidad de satisfacer los requisitos de la aplicación o uso especificado o previsto.

La validación se concluye antes de la entrega, siempre y cuando sea viable. Los registros de las actividades de validación se conservan de acuerdo con el Procedimiento de Diseño y Desarrollo (F-PE3-02).

#### 7.3.7 Control de cambios de diseño y desarrollo

El Procedimiento de Diseño y Desarrollo define un proceso para identificar, registrar, verificar, validar y aprobar los cambios de diseño.

Dentro de la revisión de los cambios de diseño y desarrollo se incluye una evaluación del efecto de los cambios sobre las partes constitutivas y el producto entregado. Se conservan los registros para mostrar los resultados de la revisión y cualquier acción necesaria identificada durante dicha revisión (F-PE3-02).

### 7.4 Compras

#### 7.4.1 Proceso de compra

Se sigue un procedimiento documentado, Guía para la elaboración de una Compra (G-PA4-01) el cual garantiza que el producto adquirido satisfaga los requisitos de compra especificados.

El procedimiento delinea la extensión del control necesario para los proveedores. Los proveedores son evaluados y seleccionados con base en su capacidad de suministrar el producto de acuerdo con los requisitos, tal y como lo describe el procedimiento.

Los criterios de selección, evaluación y reevaluación son documentados en el procedimiento. Los registros de la evaluación y de cualquier acción necesaria se conservan como registros de calidad.

#### 7.4.2 Información de la compra

La información de compra describe el producto que se va a comprar, en la que se incluye, según corresponda:

Los requisitos para la aprobación del producto, los procesos y el equipo.

Los requisitos de calificación del personal.

Los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad.

Los documentos de compra se revisan para garantizar que los requisitos sean adecuados, antes de realizar pedidos al proveedor.

#### 7.4.3 Verificación del producto comprado

El procedimiento describe el proceso utilizado para verificar que el producto adquirido satisface los requisitos especificados de compra.

Si la organización o el cliente hacen la verificación en las instalaciones del proveedor, las disposiciones de la verificación y los métodos para liberar el producto quedan documentados en la información de compra.

### 7.5 Prestación del servicio

#### 7.5.1 Control de la prestación del servicio

*IPS UNIDENTSALUD SAS* planifica y lleva a cabo la prestación de servicio bajo condiciones controladas de acuerdo con el procedimiento documentado (PM1, PM2, PM3, PM4).

Dentro de las condiciones controladas se incluyen, si corresponde:

La disponibilidad de información que describa las características del producto.

La disponibilidad de instrucciones de trabajo.

El uso de equipo adecuado.

La disponibilidad y uso de dispositivos de monitoreo y medición.

La implementación de monitoreo y medición.

#### 7.5.2 Validación de los procesos de la prestación del servicio

*IPS UNIDENTSALUD SAS* valida cualquier proceso para la prestación de servicio cuando el servicio resultante no se puede verificar mediante monitoreo o medición subsiguientes. Esto incluye cualquier proceso en el que las deficiencias se manifiestan sólo después de que el servicio a sido prestado. La validación demuestra la capacidad de estos procesos para alcanzar los resultados planificados.

*IPS UNIDENTSALUD SAS* ha documentado el proceso de validación, incluyendo:

Los criterios definidos para la revisión y aprobación de los procesos.

La aprobación del equipo y la calificación del personal.

El uso de métodos y procedimientos específicos.

Los requisitos para los registros.

La revalidación.

#### 7.5.3 Identificación y trazabilidad

*IPS UNIDENTSALUD SAS* identifica el producto a lo largo de la realización del mismo, de acuerdo con el Procedimiento Identificación y trazabilidad (F-PM1-02). El producto es identificado con respecto a los requisitos de monitoreo y medición.

*IPS UNIDENTSALUD SAS* controla y registra la identificación exclusiva del servicio cuando la trazabilidad es un requerimiento especificado.

#### 7.5.4 Propiedad del cliente

*IPS UNIDENTSALUD SAS* maneja con sumo cuidado la propiedad del cliente mientras esté siendo usada o se halle bajo el control de la organización.

Un procedimiento describe la identificación, verificación, protección y cuidado de la propiedad del cliente suministrada para uso (F-PM1-01).

Si cualquier propiedad del cliente resulta perdida, dañada o se encuentra que por alguna razón es inadecuada para el uso, se informa al cliente y se anota en los registros.

#### 7.5.5 Preservación del producto

*IPS UNIDENTSALUD SAS* preserva la conformidad del servicio durante el procesamiento interno y la entrega al destino proyectado, como se determina en el procedimiento (PA2).

Este proceso garantiza que el servicio se preste y se mantenga a través del tiempo con la mejor calidad posible

#### 7.6 Control de dispositivos de monitoreo y medición

*IPS UNIDENTSALUD SAS* ha determinado las actividades de monitoreo y medición que deben ser llevadas a cabo y ha establecido los dispositivos correspondientes para demostrar la conformidad del servicio con los requisitos definidos.

Una guía documentada (G-PE1-01) delinea el proceso usado para garantizar que el monitoreo y la medición se lleven a cabo de una manera que sea coherente con los requisitos de monitoreo y medición.

Cuando es necesario garantizar la validez de los resultados, el equipo de medición es:

Ajustado o reajustado según las necesidades.

Identificado para permitir determinar el estado de calibración.

Protegido contra ajustes que pudieran invalidar el resultado de la medición.

Protegido contra daño y deterioro durante el manejo, el mantenimiento y el almacenamiento.

Adicionalmente, Control de Calidad evalúa y registra la validez de estos resultados de medición, cuando se encuentra que el equipo no cumple con los requisitos.

*IPS UNIDENTSALUD SAS* emprende la acción apropiada sobre el equipo o cualquier servicio afectado. Los registros de los resultados de la calibración y la comprobación se conservan.

Cuando se usan programas de computadora en el monitoreo y medición de requisitos especificados, se confirma la capacidad del software para satisfacer la aplicación proyectada. Esto se debe hacer antes del uso inicial y se debe reconfirmar según sea necesario.

## **SECCIÓN 8: MEDIDA, ANÁLISIS Y MEJORA**

### 8.1 Generalidades

La organización tiene planes e implementa los procesos de monitoreo, medida, análisis y mejora, según corresponda:

- Para demostrar la conformidad del servicio.
- Para garantizar la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Para perfeccionar constantemente la efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad.

Estos procesos son identificados en procedimientos documentados e incluyen la determinación de métodos aplicables, incluyendo técnicas estadísticas y qué tan extendido es su uso.

### 8.2 Seguimiento y medición

#### 8.2.1 Satisfacción del cliente

Como una de las medidas del desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad, *IPS UNIDENTSALUD SAS* supervisa la información relacionada con la percepción del cliente con respecto al grado en que la organización a satisfecho sus requerimientos.

El método para la obtención y uso de esta información está identificado en (G-PA2-01) y Responsabilidad de proceso (PA2).

### 8.2.2 Auditoría Interna

*IPS UNIDENTSALUD SAS* realiza auditorías internas a intervalos programados con el fin de establecer si el Sistema de Gestión de la Calidad:

Se ajusta a los acuerdos planeados, a los requisitos de esta Norma Internacional y a los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad establecido por la organización.

Está eficazmente implementado y mantenido.

Se ha diseñado e implementado un programa de auditoría que identifica un programa de auditoría basado en la importancia de las áreas a ser auditadas, así como en los resultados de auditorías anteriores.

Los criterios de auditoría, el alcance, la frecuencia, los métodos, las responsabilidades y los requisitos para planificar y realizar auditorías y para informar y conservar los resultados, están definidos y documentados en el Procedimiento Auditoría Interna (G-PE1-01).

El responsable de la gestión del área que está siendo auditada tiene el deber de asegurar que las acciones son emprendidas sin demoras indebidas, con el fin de eliminar las no conformidades detectadas y sus causas.

Dentro de las actividades de seguimiento se incluye la verificación de las acciones tomadas y el informe de los resultados de la verificación.

### 8.2.3 Seguimiento y Medición de los procesos

*IPS UNIDENTSALUD SAS* aplica métodos adecuados para el monitoreo y, cuando corresponda, para la medición de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad. Estos métodos demuestran la capacidad de los procesos para lograr los resultados proyectados.

Cuando estos resultados no se logran, se emprende la rectificación y la acción correctiva, según sea pertinente, para garantizar la conformidad del servicio.

El proceso para identificar y llevar a cabo el requerido monitoreo y medición de los procesos está documentado (PE2) y Responsabilidad de la Dirección.

#### 8.2.4 Seguimiento y Medición del Servicio

*IPS UNIDENTSALUD SAS* supervisa y mide las características del servicio para verificar que se satisfagan los requisitos del mismo. Esto se efectúa en las etapas adecuadas del proceso de la prestación del servicio, identificado en Monitoreo, Medición y Análisis de los Procesos de Elaboración del servicio.

Se conserva la evidencia de conformidad con los criterios de aceptación. Los registros indican la persona que autoriza la liberación del servicio.

La prestación del servicio no tiene lugar hasta que todas las disposiciones planificadas se han concluido satisfactoriamente, a menos que algo distinto sea aprobado por una autoridad competente y, cuando sea el caso, por el cliente.

#### 8.3 Control del Servicio no Conforme

*IPS UNIDENTSALUD SAS* garantiza que el servicio que no satisface los requisitos es identificado y controlado para evitar su entrega o uso no deseado.

Los controles, responsabilidades y autoridades relacionadas con el manejo del servicio inadecuado se definen en el Procedimiento Control del servicio no conforme (F-PA6-01).

#### 8.4 Análisis de los datos

La Dirección General determina, recopila y analiza los datos apropiados para evaluar el Sistema de Gestión de la Calidad con el fin de demostrar que dicho sistema sea adecuado y efectivo en la satisfacción de los requisitos de la norma.

La Dirección General departamento analizan la información con el fin de identificar oportunidades de mejora y asignar tareas y acciones preventivas y correctivas en la medida en que sean necesarias.

Los procesos para determinar, recopilar y analizar estos datos están definidos en el Procedimiento Responsabilidad de la Dirección.

Entre los datos pertinentes se incluyen los datos generados como resultado del monitoreo y la medición, y los provenientes de otras fuentes relevantes.

El análisis de los datos proporciona información relacionada con:

- La satisfacción del cliente.
- La conformidad con los requisitos del servicio.
- Las características y tendencias de los procesos y servicios, incluyendo las oportunidades de una acción preventiva.
- Los proveedores.

## 8.5 Mejora

### 8.5.1 Mejora continua

*IPS UNIDENTSALUD SAS* mejora continuamente la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad mediante el uso de la política de calidad, los objetivos de calidad, los resultados de auditoría, el análisis de los datos, las acciones correctivas y preventivas y la Revisión de la Dirección.

### 8.5.2 Acción correctiva

*IPS UNIDENTSALUD SAS* emprende acciones correctivas para eliminar la causa de las no conformidades, con el fin de evitar la recurrencia. Las acciones correctivas son adecuadas a los efectos de las no conformidades halladas.

Un procedimiento documentado (F-PA6-01) define los requisitos para:

- Revisar las no conformidades (incluyendo las quejas de clientes).
- Determinar las causas de las no conformidades.
- Evaluar la necesidad de acciones para garantizar que las no conformidades no se repitan.

- Determinar e implementar la acción necesaria.
- Registrar los resultados de la acción emprendida.
- Revisar la acción correctiva emprendida.

#### 8.5.3 Acción preventiva

Cuando *IPS UNIDENTSALUD SAS* identifica unas no conformidades potenciales, se determinan y se implementa una acción preventiva para eliminar las causas potenciales con el fin de evitar su ocurrencia. Las acciones preventivas son adecuadas a los efectos de los problemas potenciales.

Un procedimiento documentado (F-PA6-01) define los requisitos para:

- Determinar las no conformidades potenciales y sus causas.
- Evaluar la necesidad de una acción para prevenir que se den no conformidades.
- Determinar e implementar la acción necesaria.
- Registrar los resultados de la acción emprendida.
- Revisar la acción preventiva emprendida.

Control de cambios		
Versión	Fecha	Descripción del cambio
1		Elaboración

Elaborado: Luisa Ortiz	Revisado: Comité de Calidad	Aprobado: Representante de la Dirección
Firma:	Firma:	Firma: