

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2008
PARA FORPRESALUD IPS

DIANA CAROLINA CAMARGO ALVAREZ

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

2009

DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL
SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2008
PARA FORPRESALUD IPS

DIANA CAROLINA CAMARGO ALVAREZ

Proyecto de Grado para optar al título de Ingeniera Industrial

Director:

ING. JORGE ELIECER FIGUEROA

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

2009

A Dios por darme la sabiduría y la paciencia necesaria para culminar esta etapa de mi vida y a mi familia por el apoyo incondicional brindado y por la confianza depositada en mí.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todas las personas que de una manera u otra ayudaron a cumplir mi gran sueño, especialmente a:

A FORPRESALUD IPS, por darme la oportunidad de hacer parte de su institución al momento de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad.

A todo el personal de la institución por la colaboración brindada durante todo el proceso.

A Adriana Lucía Moros por la confianza depositada en mí, sus valiosos aportes en cada una de las actividades realizadas y por brindarme incondicionalmente su apoyo en la realización del proyecto.

Al ingeniero Jorge Eliécer Figueroa, director del proyecto, por la colaboración brindada e indicaciones dadas para cumplir satisfactoriamente con los objetivos establecidos.

A todos mis amigos, que compartieron cada etapa de este proceso conmigo, ofreciéndome un apoyo incondicional en cada momento.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	18
1. GENERALIDADES DEL PROYECTO	19
1.1 Objetivo General	19
1.2 Objetivos Específicos	19
1.3 Alcance	20
1.4 Justificación	20
2. MARCO TEÓRICO	22
2.1 CALIDAD	22
2.2 EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD	24
2.3 ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE ESTANDARIZACIÓN	26
2.4 FAMILIAS DE NORMAS ISO 9000	27
2.4.1 Norma NTC ISO 9000:2005	27
2.4.2 Norma NTC ISO 9001:2008.	27
2.4.3 Norma NTC ISO 9004:2000.	28
2.4.4 Norma NTC ISO 19011:2002.	28
3. GENERALIDADES DE LA EMPRESA	29
3.1 RAZÓN SOCIAL	29
3.2 UBICACIÓN	29
3.2.1 Oficina principal	29
3.2.2 Clínica Lebrija	29
3.2.3 Clínica Puerto Wilches	29
3.3 REPRESENTANTE LEGAL	30
3.4 NIT	30
3.5 OBJETO SOCIAL	30
3.6 RESEÑA DE LA ORGANIZACIÓN	30

3.7 MISIÓN	32
3.8 VISIÓN	32
3.9 SERVICIOS PRESTADOS POR LA INSTITUCIÓN	32
3.10 MERCADO ATENDIDO	34
3.11 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	35
4. DIAGNÓSTICO DE LA EMPRESA	38
4.1 DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL	38
4.2 DIAGNÓSTICO SEGÚN LOS REQUISITOS DE LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC-ISO 9001:2008	40
4.2.1 Instrumento de diagnóstico	41
4.2.2 Resultados del diagnóstico.	41
4.2.3 Conclusiones respecto al diagnóstico.	42
5. PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	48
5.1 PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD	48
5.2 COMITÉ DE CALIDAD	49
5.3 ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	50
5.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA ORGANIZACIÓN	51
5.5 MAPA DE PROCESOS	53
5.6 DEFINICIÓN DE LA POLÍTICA Y LOS OBJETIVOS DE CALIDAD	55
5.7 INDICADORES DE GESTIÓN PARA LOS OBJETIVOS DE CALIDAD	57
5.8 CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS	64
5.9 CAPACITACIÓN DEL PERSONAL	65
5.9.1 Sensibilización	66
5.9.2 Capacitaciones	66
5.9.3 Conclusiones de las capacitaciones	68
6. DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE FORPRESALUD IPS	70
6.1 MANUAL DE CALIDAD	75
6.2 CONTROL DE LOS DOCUMENTOS	75
6.3 CONTROL DE REGISTROS	76

6.4 MANUAL DE FUNCIONES	77
7. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN FORPRESALUD IPS	83
7.1 productos no conformes	80
7.2 acción correctiva	81
8. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN	82
8.1 PRIMERA AUDITORIA	82
8.1.1 Programación auditoría interna	82
8.1.2 Ejecución primera auditoría	83
8.1.3 Informe primera auditoría.	84
8.2 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	84
8.3 PLAN DE MEJORA BASADOS EN LOS RESULTADOS DE LA PRIMERA AUDITORIA	84
8.3.1 Oportunidades de mejora evidenciadas en la primera auditoría	85
8.3.2 No conformidades menores encontradas, análisis de causas y acciones correctivas tomadas	85
8.4 SEGUNDA AUDITORIA	90
8.4.1 Programación segunda auditoría interna	90
8.4.2 Ejecución segunda auditoría	91
8.4.3 Informe segunda auditoría	91
8.5 PLAN DE MEJORA BASADOS EN LOS RESULTADOS DE LA SEGUNDA AUDITORIA	91
8.5.1 Oportunidades de mejora evidenciadas en la segunda auditoría	92
8.5.2 No conformidades menores encontradas, análisis de causas y acciones correctivas tomadas.	93
8.6 INDICADORES DE GESTIÓN	94
8.6.1 Porcentaje de Indicadores de gestión con meta cumplida	95
8.6.2 Cumplimiento de auditorías internas	95
8.6.3 Tasa de satisfacción global	96
8.6.4 Índice de satisfacción del usuario	96

8.6.5	Porcentaje de quejas gestionadas	97
8.6.6	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Ginecobstetricia y oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Pediatrí.	97
8.6.7	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general	98
8.6.8	Oportunidad en la atención en consulta de Odontología general	98
8.6.9	Confiabilidad de resultados según servicios de control de gestión	99
8.6.10	Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada	99
8.6.11	Porcentaje de pacientes ingresados a programas de promoción y prevención	99
8.6.12	Proporción de vigilancia de eventos adversos	100
8.6.13	Porcentaje de historias clínicas adecuadas	100
8.6.14	Oportunidad en la atención en consulta de urgencias	100
8.6.15	Oportunidad de entrega de pedidos a los puntos de dispensación	101
8.6.16	Caducidad por vencimiento de medicamentos	101
8.6.17	Porcentaje de facturación realizada correctamente	101
8.6.18	Tiempos de entrega de los pedidos a las sedes	101
8.6.19	Porcentaje de cumplimiento del programa de capacitaciones	102
8.6.20	Porcentaje de cumplimiento del programa de mantenimiento de equipos.	102
9.	CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS	103
10.	CONCLUSIONES	106
11.	RECOMENDACIONES	108
	BIBLIOGRAFÍA	109

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Organigrama FORPRESALUD IPS	37
Figura 2. Porcentaje de cumplimiento respecto a la norma NTC ISO 9001	42
Figura 3. Mapa de Procesos	54

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Criterios de evaluación	41
Tabla 2. Procesos Estratégicos	51
Tabla 3. Procesos Misionales	52
Tabla 4. Procesos de Apoyo	53
Tabla 5. Líderes de cada Proceso	54
Tabla 6. Formato indicador de calidad FORPRESALUD IPS	58
Tabla 7. Indicadores de Gestión	59
Tabla 8. Informe de Capacitaciones	67
Tabla 9. Documentos del SGC de FORPRESALUD IPS	71
Tabla 10. Productos No Conformes	80
Tabla 11. Acción Correctiva	81
Tabla 12. Plan de mejora de primera auditoría	86
Tabla 13. No conformidades primera auditoría	89
Tabla 14. Plan de mejora de segunda auditoría	92
Tabla 15. No Conformidades Segunda Auditoria	93
Tabla 16. Informe de indicadores de Gestión	94
Tabla 17. Cumplimiento de Objetivos.	103

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. DIAGNOSTICO DE LA EMPRESA	113
ANEXO B. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	119
ANEXO C. MANUAL DE CALIDAD DE FORPRESALUD IPS (M-MC-01).	124
ANEXO D. PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS	171
ANEXO E. PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE REGISTROS (P-MC-12).	178
ANEXO F. PROCEDIMIENTO DE PRODUCTO NO CONFORME (P-MC-04).	183
ANEXO G. PROCEDIMIENTO DE AUDITORIAS INTERNAS (P-MC-03).	188
ANEXO H. PROGRAMACIÓN DE LAS AUDITORIAS DE LOS PROCESOS.	193
ANEXO I. PLAN DE PRIMERA AUDITORIA.	198
ANEXO J. INFORME DE LA PRIMERA AUDITORIA.	202
ANEXO K. REVISION POR LA DIRECCION	205
ANEXO M. ACCION DE MEJORA.	210
ANEXO N. PLAN DE SEGUNDA AUDITORÍA	213
ANEXO O. INFORME DE LA SEGUNDA AUDITORIA.	216

GLOSARIO

EFICACIA: Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

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

MEJORA CONTINUA: Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

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

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

DOCUMENTO: Recopilación de datos que arrojan un significado, impresas en papel, medio magnético o sistematizado.

REGISTRO: Documento que proporciona resultados conseguidos o proveen evidencia de las actividades efectuadas.

AUDITORÍA: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de la auditoría.

NO CONFORMIDAD: Incumplimiento de un requisito del cliente, de la institución, reglamentario o de la norma ISO 9001.

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

ACCIÓN PREVENTIVA: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial detectada u otra situación potencialmente indeseable.

DEMANDA INDUCIDA: Hace referencia a la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control.

RESUMEN

TITULO: DISEÑO, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2008 PARA FORPRESALUD IPS*

AUTOR: DIANA CAROLINA CAMARGO ALVAREZ**

PALABRAS CLAVES: Sistema de Gestión de la Calidad, Norma NTC ISO 9001:2008, Institución prestadora de servicios de salud, Mejora continua, Enfoque basado en procesos.

DESCRIPCIÓN:

El documento presentado a continuación describe la metodología realizada para el Diseño, documentación, implementación y evaluación del Sistema de Gestión de la Calidad de FORPRESALUD IPS, según los lineamientos de la norma NTC ISO 9001 versión 2008, trayendo como beneficio para la empresa la satisfacción de los clientes institucionales y usuarios, un valor agregado de los servicios prestados y una cultura de mejora continua.

Inicialmente se realizó un diagnóstico para definir el cumplimiento de los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008 y conocer las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas de la institución. Seguido a esto se inició la planificación del sistema, donde se identificaron los procesos y su interrelación, se definieron la política y objetivos de calidad, se establecieron los indicadores de gestión, se conformó el comité de calidad y se inició la capacitación del personal.

Al finalizar la planificación, se da inicio a la etapa de la documentación, la cual incluye los procedimientos, protocolos, guías, manuales e instructivos por cada proceso. La etapa de implementación se realizó teniendo en cuenta el avance de la documentación, se dio inicio al manejo de los formatos necesarios para cada puesto de trabajo y a la medición de los indicadores con el fin de evidenciar la eficacia de cada proceso.

Finalmente se realizaron dos auditorías internas, las cuales dieron evidencia de las fortalezas, oportunidades de mejora y no conformidades de la institución, generando para esto un plan de acción por cada auditoría que fue implementado en todos los procesos.

* Trabajo de grado

** Facultad de Ingenierías Físico-Mecánicas, Escuela de Estudios Industriales y Empresariales,
Director: Ingeniero Jorge Eliécer Figueroa

ABSTRACT

TITLE: DESIGN, DOCUMENTATION, IMPLEMENTATION AND EVALUATION OF QUALITY MANAGEMENT SYSTEM BASED ON ISO 9001:2008 STANDARD FOR FORPRESALUD IPS *

AUTHOR: ALVAREZ DIANA CAROLINA CAMARGO **

KEY WORDS: System of Quality Management, ISO 9001:2008 Standard NTC, Institution provider of health services, Continuous Improvement, Process Approach.

DESCRIPTION:

The paper then describes the methodology undertaken for the design, documentation, implementation and evaluation of the Management System of Quality FORPRESALUD IPS, along the lines of the standard ISO 9001 version 2008 NTC, bringing a benefit to the company's satisfaction institutional clients and customers with value-added services and a culture of continuous improvement.

Initially the diagnosis was made to define compliance with the requirements of ISO 9001:2008 Standard NTC and know the weaknesses, opportunities, strengths and weaknesses of the institution. Following this started planning system, which identified the processes and their interaction, were defined policy and quality objectives and indicators were established management committee was formed and began quality training.

At the end of the planning, was called to the stage of documentation, which includes procedures, protocols, guidelines, manuals and instructions for each process. The implementation stage was made taking into account the progress of the documentation, management initiated the necessary formats for each job and the measurement of indicators in order to show the effectiveness of each process.

Finally there were two internal audits, which gave evidence of the strengths, opportunities for improvement and non-conformities of the institution, creating for this action plan for each audit that was implemented in all processes.

* Business Practice

** Faculty of physics mechanics engineering. School of Industrial and business studies, Manager: Engineer Jorge Eliécer Figueroa

INTRODUCCIÓN

En los últimos años el tema de Calidad se ha convertido en un concepto muy importante para las organizaciones, debido a que cada vez más, los clientes son más exigentes respecto a las características de los productos o servicios.

Implementar un Sistema de Gestión de la Calidad en una empresa genera mayor satisfacción de los clientes, mejora la competitividad de la organización, da valor agregado a los productos y servicios, y, se mejoran continuamente todos los procesos.

FORPRESALUD, siendo una Institución prestadora de servicios de salud de niveles de complejidad I y II en los municipios de Lebrija y Puerto Wilches, se interesó en implementar un Sistema de Gestión de la Calidad según la norma NTC ISO 9001 versión 2008, con el ánimo de tener ventajas competitivas frente a sus competidores y brindar unos servicios más eficientes, asegurando la satisfacción tanto de sus clientes institucionales como de sus usuarios.

El presente documento contiene los pasos que se realizaron para la planificación, documentación, implementación y evaluación del Sistema de Gestión de Calidad de FORPRESALUD IPS, el cual se inició con un diagnóstico donde se definieron tanto las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas de la organización, como el cumplimiento de requisitos según la norma NTC ISO 9001 y culminó con dos auditorías internas con el objetivo de verificar la eficacia de la implementación del sistema.

1. GENERALIDADES DEL PROYECTO

1.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar, documentar, implementar y evaluar un Sistema de Gestión de Calidad en la empresa FORPRESALUD IPS basado en los requisitos de la Norma NTC-ISO 9001:2008.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar un diagnóstico del Sistema de Gestión de Calidad, teniendo en cuenta los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008 que permita identificar el estado actual de la empresa, los procesos que harán parte del Sistema de Gestión, así como las fortalezas y debilidades que puedan ser de utilidad para el proceso.
- Sensibilizar, capacitar y comprometer a todo el personal que labora en la empresa FORPRESALUD IPS en cada una de las etapas que conllevan a la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.
- Documentar los procesos desarrollados en la empresa FORPRESALUD IPS 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 establecidos en la Norma ISO 9001:2008.

- Implementar el Sistema de Gestión de Calidad en la empresa FORPRESALUD IPS estandarizando de esta forma los procesos desarrollados en esta.
- 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 auditorías.

1.3 ALCANCE

El proyecto abarca el diseño, documentación, implementación y evaluación del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma NTC ISO 9001:2008. Contempla la realización de auditorías internas la elaboración e implementación de sus respectivos planes de mejoramiento.

1.4 JUSTIFICACIÓN

El objetivo principal de FORPRESALUD IPS con la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en la institución es el de estandarizar sus procesos, logrando con esto una cultura de mejoramiento continuo en la institución, la satisfacción de sus clientes institucionales y usuarios, y la captación de nuevos clientes.

El sector salud se rige acuerdo a unas leyes, decretos y resoluciones, las cuales cada vez son más exigentes, la implementación del Sistema de Gestión de Calidad según la norma NTC ISO 9001 ayuda al mejoramiento del desempeño de los servicios y garantiza el cumplimiento y la eficacia de los procesos, logrando

con esto, cumplir con los requisitos legales establecidos para los servicios de salud.

Con la realización de este proyecto se pretende dar un aporte a la institución, mejorando los procesos que afectan en forma directa e indirecta a la prestación del servicio, de acuerdo a la norma NTC ISO 9001 versión 2008.

2. MARCO TEÓRICO

Para la realización del marco teórico, se investigó alguna bibliografía relacionada con el Sistema de Gestión de la Calidad.

2.1 CALIDAD

A través de los años calidad ha sido definido por importantes gurús en la temática de la calidad en diferentes ambientes y de diferentes culturas, y ha tenido transformaciones en el tiempo a continuación se mencionan algunas de las definiciones:

- “Calidad es el grado en que un conjunto de características inherentes cumplen con los requisitos”.¹
- Según Joseph Juran calidad es “Ausencia de deficiencias”. Planificar la calidad es fundamental para la planificación empresarial. “Calidad es adecuación al uso” es decir, la calidad es percibida directamente por el cliente, para quien existe una empresa y lo que ella ofrezca o haga.²
- Crosby tiene el pensamiento que la calidad es gratis, es suplir los requerimientos de un cliente, al lograr cumplir con estos logramos Cero Defectos.²

¹ INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y Vocabulario. Santafé de Bogotá, D.C.: ICONTEC, 2002. (NTC-ISO 9000)

² www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger/aucaolid.htm

- Según Feigenbaum, “La calidad es una determinación del cliente, o una determinación del ingeniero, ni de mercadeo, ni del gerente general. Está basada en la experiencia actual del cliente con los productos o servicios, comparado con sus requerimientos, establecidos o no establecidos, concientes o inconscientes, técnicamente operacionales o enteramente subjetivos”.³
- Taguchi expresa que calidad es “La pérdida que un servicio causa a la sociedad después de haber sido proporcionado. Estas pérdidas son diferentes a las causadas por la función intrínseca del servicio y esta pérdida es ocasionada por la variabilidad.”⁴
- Según Ishikawa, la Calidad tiene que ser construida en cada diseño y cada proceso. No puede ser creada por medio de la inspección. Fue el Creador del diagrama causa-efecto también conocido como diagrama de pescado o diagrama de Ishikawa.⁴

Actualmente, en una organización, la calidad debe tener igual importancia a la rentabilidad, ya que la institución que no se comprometa con el mejoramiento continuo interno y con el aumento de la satisfacción de sus clientes, esta llamada a desaparecer. En este contexto, la definición de calidad está relacionada con el concepto de ser el mejor y mantener una ventaja competitiva.

³ www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger/aucalid.htm

⁴ www.rogeliodavila.com

2.2 EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD

La calidad ha sufrido numerosos cambios hasta llegar a lo que hoy conocemos por Calidad Total, como sinónimo de sistema de gestión empresarial para conseguir la satisfacción de los clientes, los empleados, los accionistas y de la sociedad.

En la era de la artesanía, producir con calidad significaba hacer las cosas bien independientemente del coste o esfuerzo necesario para ello, a este proceso se le denominó control de calidad del operario.

Con la ayuda de la Revolución Industrial, la producción en masa de productos manufacturados se hizo posible mediante la división del trabajo y la creación de partes intercambiables; la calidad se basaba en hacer grandes cosas no importando que sean de calidad.

En la segunda Guerra Mundial, calidad significaba asegurar la eficacia del armamento sin importar el costo, con la mayor y más rápida producción. La especialización del trabajo en pequeñas tareas, disminuye el período de aprendizaje y aumenta la productividad, pero trae consigo bajos salarios, disminución de la calidad de vida y satisfacción de los trabajadores, lo cual conlleva a un descenso de la calidad por apatía, descuido, mala coordinación, entre otros.

En el Japón en la Posguerra, la calidad se conocía como el “hacer las cosas bien desde la primera vez”, los industriales Japoneses aprendieron las enseñanzas de Deming, y la calidad Japonesa, la productividad y su posición competitiva se mejoraron y reforzaron. La Posguerra en el resto del mundo, se centró en satisfacer la gran demanda de bienes necesarios para reconstruir los países afectados con la guerra.

Llega un momento en el que el cliente comienza a exigir más calidad. Entonces se comienza a buscar que el grado de adaptación de un producto a su diseño sea el óptimo. En esta época se hace el Control de Calidad, que es el departamento o función responsable de la inspección de las características de un producto y el ensayo de los productos para satisfacer las necesidades técnicas y de producción. De este modo, la calidad se identifica con la ausencia de defectos.

Luego, aunque el producto cumpliera con las especificaciones totales de diseño, no es aceptado en el mercado, debido a esto surge la necesidad de cambiar el sistema de gestión y surge la Gestión de la Calidad. El concepto de calidad se mide mediante el grado de satisfacción de las necesidades del cliente. Los objetivos, por lo tanto, serán satisfacer al cliente, mantener la calidad, reducir los costos y mejorar la competitividad de la empresa.

Posteriormente surge el aseguramiento de la Calidad, este Sistema de Calidad se basa en los procedimientos de la organización para evitar que se produzcan bienes defectuosos. El punto débil de este sistema es que no contempla la mejora del producto, ni define sistemas para captar la voz del cliente.

Para mejorar los puntos débiles hallados en el aseguramiento de la calidad, surge la mejora continua, la cual se considera una herramienta que se basa en una serie de pequeñas mejoras que van haciendo avanzar poco a poco a la empresa en diferentes aspectos.

Las empresas más comprometidas en materia de calidad han incorporado un sistema de gestión denominado Gestión de Calidad total. Este proceso supone integrar el concepto de calidad en todas las fases del proceso y a todos los departamentos que tienen alguna influencia en la calidad final del proceso y/o servicio entregado al cliente.

Actualmente la calidad no solo se ha convertido en uno de los requisitos esenciales del producto sino que en la actualidad es un factor estratégico clave del que dependen la mayor parte de las organizaciones, no sólo para mantener su posición en el mercado sino incluso para asegurar su supervivencia.

2.3 ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE ESTANDARIZACIÓN

La Organización Internacional para la Estandarización o ISO, nació en 1947, luego de la segunda guerra mundial, es el organismo encargado de promover el desarrollo de normas internacionales de fabricación, comercio y comunicación. Su función principal es la de buscar la estandarización de normas de productos y seguridad para las empresas u organizaciones a nivel internacional.⁵

La ISO es una red de los institutos de normas nacionales de 160 países, sobre la base de un miembro por país, con una Secretaría Central en Ginebra (Suiza) que coordina el sistema. La Organización Internacional de Normalización (ISO), con sede en Ginebra, está compuesta por delegaciones gubernamentales y no gubernamentales subdivididos en una serie de subcomités encargados de desarrollar las guías que contribuirán al mejoramiento.

Está compuesta por representantes de los organismos de normalización (ON) nacionales, que produce normas internacionales industriales y comerciales. Dichas normas se conocen como *normas ISO* y su finalidad es la coordinación de las normas nacionales, en consonancia con el acta final de la organización mundial del comercio, con el propósito de facilitar el comercio, el intercambio de información y contribuir con normas comunes al desarrollo y a la transferencia de tecnologías.

⁵ WILLIAM HOYOS TORRES, Un libro de calidad, Bucaramanga, 2006

2.4 FAMILIAS DE NORMAS ISO 9000

La familia ISO 9000 son un conjunto de normas que especifican que elementos deben integrar un Sistema de Gestión de la Calidad de una organización y como debe ser el funcionamiento en conjunto de estos elementos para asegurar la calidad de los bienes y servicios que produce la organización.

Las normas ISO 9000 no definen como debe ser el Sistema de Gestión de la Calidad de una empresa, sino que fija los requisitos mínimos que deben cumplir los Sistemas de Gestión de la Calidad.

La familia de normas apareció en 1987, la cual tenía como base una norma estándar británica (BS).

2.4.1 Norma NTC ISO 9000:2005. Esta norma contiene los principios básicos y vocabulario, describe los principios de un Sistema de Gestión de la Calidad y define la terminología. Provee lineamientos para elegir con criterio una de las normas que se explican a continuación.

2.4.2 Norma NTC ISO 9001:2008. La norma NTC ISO 9001 describe los requisitos relacionados a un Sistema de Gestión de la Calidad, ya sea para uso interno o de certificación.

La primera versión (15/03/1987) y la segunda versión (01/07/1994) de la norma ISO 9001 se descomponía en 3 normas: ISO 9001(Organizaciones con diseño de producto), ISO 9002 (Organizaciones con diseño de producto pero con producción/fabricación) e ISO 9003 (Organizaciones sin diseño de producto ni producción/fabricación), el contenido de estas normas era el mismo, la diferencia

radicaba en que en cada norma se excluía los requisitos que no aplicaban según la organización.

En la tercera versión de la norma (15/12/2000) se unificaron los tres conceptos quedando una norma estándar, sobre la cual se realizan posteriormente las exclusiones, en esta nueva versión la calidad se complementa con una visión integral y dinámica de mejora continua, orientada a la satisfacción del cliente.⁶

La cuarta versión de la norma del 15 de noviembre del 2008, no presenta nuevos requisitos, sólo incorpora aclaraciones a los requisitos existentes.

De todo el conjunto de normas, la NTC ISO 9001 es la que contiene el modelo de gestión y la única certificable.

2.4.3 Norma NTC ISO 9004:2000. Esta norma es una directriz para la mejora de desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad. Proporciona beneficios a todas las partes interesadas a través del mantenimiento de la satisfacción del cliente. La Norma ISO 9004 abarca la eficiencia y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad.

2.4.4 Norma NTC ISO 19011:2002. Esta norma específica las directrices para la auditoría ambiental y de la calidad, proporciona los requisitos para verificar la capacidad del sistema para conseguir objetivos de la calidad definidos. Esta norma es utilizada internamente y para auditar a los proveedores.

⁶ es.wikipedia.org/wiki/ISO_9001

3. GENERALIDADES DE LA EMPRESA

3.1 RAZÓN SOCIAL

FORPRESALUD E.U

3.2 UBICACIÓN

3.2.1 Oficina principal

Dirección: Calle 35 No. 28-21 Bucaramanga

Teléfono: 6456905

Sitio Web: www.forpresalud.com

3.2.2 Clínica Lebrija

Dirección: Calle 12 No. 6A - 44

Teléfono: 6566415

3.2.3 Clínica Puerto Wilches

Dirección: Carrera 3 No. 6-46

Teléfono: 6132033

3.3 REPRESENTANTE LEGAL

Cristian Fabián Rojas

3.4 NIT

804008792-8 Bucaramanga

3.5 OBJETO SOCIAL

La prestación de servicios a la comunidad en las áreas de medicina general y especializada, odontología general y especializada, psicología, optometría, fisioterapia, laboratorio clínico, farmacia, estudios de apoyo diagnóstico, programas de promoción y prevención, plan de atención básica (PAB), comercialización, depósito distribución y suministro de toda clase de productos farmacéuticos.⁷

3.6 RESEÑA DE LA ORGANIZACIÓN⁸

Las actividades de FORPRESALUD IPS se iniciaron en el año 2001, desde ese momento se asumió con responsabilidad el reto de organizar y desarrollar una IPS en los municipios de Lebrija y Puerto Wilches; con una población usuaria afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de 280 personas para quienes se debía garantizar la atención integral del I Nivel de complejidad

⁷ Archivo FORPRESALUD IPS

⁸ Archivo del Sistema de Gestión de la Calidad FORPRESALUD IPS

contenido en el POS Contributivo, en áreas de diagnóstico, tratamiento, prevención, promoción y rehabilitación.

En la condición tomada de Institución prestadora de servicios de salud se ha distinguido por estar siempre garantizando la calidad de los servicios de salud que se prestan a la población usuaria con base en los lineamientos, estándares, modelo de atención y demás características requeridas por la normatividad vigente, los estándares aprobados por la organización y de los usuarios, logrando posicionarse como la IPS privada de mayor prestigio en las áreas de influencia de los Municipios de Lebrija y Puerto Wilches.

El anterior esquema, si bien inicialmente el número de personas no permitía alcanzar ni siquiera un nivel de equilibrio con los costos, se afrontó con la confianza de dar un excelente servicio y lograr un rápido crecimiento en el número de usuarios lo que permitiría la sostenibilidad en el mercado, llegando a un total de 2700 usuarios en 2003, fecha a partir de la cual se detuvo el crecimiento, toda vez que se realizaban afiliaciones al SGSSS pero a la vez también se presentaban retiros, suspensiones y/o traslados.

Lo anterior ha sido producto del esfuerzo de las personas que conforman el equipo de trabajo de la IPS, además de una significativa inversión por parte de los propietarios, que ha permitido ofrecer además de los servicios de I Nivel ambulatoria, Atención de urgencias (En el municipio de Lebrija), atención de parto de baja complejidad, consulta prioritaria por Médico general, odontología, consulta externa en las especialidades de medicina interna, pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía general y ortopedia, apoyados por los servicios de II Nivel de terapia, nutrición, psicología, laboratorio clínico e imágenes diagnósticas; la mayoría de estos servicios se encuentran en la sede de cada municipio, aunque las consultas especializadas son subcontratadas cumpliendo con la satisfacción de los usuarios.

3.7 MISIÓN⁹

Somos una institución prestadora de servicios de salud, orientada al mejoramiento de las condiciones integrales de salud de sus usuarios, mediante el desarrollo de programas de promoción y prevención, prestación de servicios de salud y el suministro de medicamentos, de manera oportuna y confiable.

Ofrecemos una atención integral, ética y humanizada, con calidad científica y tecnológica, que responde a las necesidades y expectativas de los usuarios y su entorno. Contamos con un equipo altamente calificado, comprometido con el crecimiento empresarial de nuestra institución.

3.8 VISIÓN⁹

FORPRESALUD en el año 2012 será líder en la prestación de servicios de salud en todo nivel de complejidad y el suministro y distribución de medicamentos con proyección nacional, siendo reconocidos por la calidad en la atención de sus usuarios y el cumplimiento de los requisitos del cliente, con calidad total y mejoramiento continuo para cumplir nuestro objetivo.

3.9 SERVICIOS PRESTADOS POR LA INSTITUCIÓN

FORPRESALUD IPS es una Institución prestadora de servicios de salud de baja y mediana complejidad; en las cuales se realizan actividades integrales de I nivel y ambulatorias (consulta externa) de algunas especialidades, dirigidas a la población del área de influencia de los municipios de Lebrija y Puerto Wilches.

⁹ Archivo de Sistema de Gestión de la Calidad FOPRESALUD IPS

Presta sus servicios a usuarios de diferentes EPS, con los cuales se tenga un contrato vigente por prestación de servicios o bajo capitación de volumen de usuarios.

FORPRESALUD IPS cuenta con una atención efectiva oportuna y accesible a la población para el primer nivel de atención básica mediante:

a) Entrega de medicamentos: Cuenta con puntos de dispensación de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud.

b) Consulta médica general:

Atención de consulta externa

c) Fisioterapia

Servicios de terapia física y terapia respiratoria

d) Urgencias (24 horas)

- Consulta médica general (Urgencias).
- Atención de partos.
- Enfermería.
- Observación de urgencias.
- Servicio de ambulancia

e) Laboratorio clínico:

- Toma de muestras
- Inmunología
- Uroanálisis y parasitología
- Hematología
- Química clínica

f) Atención en promoción y prevención: Se desarrollan los diferentes programas, basados en la Resolución 412 del 25 de Febrero de 2000:

- Atención preventiva en salud bucal.
- Atención del parto.
- Atención al recién nacido.
- Atención en planificación familiar a hombres y mujeres.
- Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo.
- Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven.
- Detección temprana de las alteraciones de embarazo.
- Detección temprana de las alteraciones del adulto.
- Detección temprana de cáncer de cuello uterino.
- Detección temprana del cáncer de seno.
- Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual
- Programa de plan ampliado de inmunizaciones

g) Servicio de consulta odontológica

- Odontología en general

3.10 MERCADO ATENDIDO

El mercado atendido se encuentra distribuido a nivel nacional donde se pueden diferenciar dos grupos importantes de clientes:

a) Clientes Institucionales

FORPRESALUD IPS presta sus servicios a usuarios de las diferentes entidades prestadoras de servicio, administradoras de riesgos profesionales, empresas

particulares, con las cuales se tenga un contrato vigente de prestación de servicios o bajo capitación por volumen de usuarios. Dentro de este grupo se encuentran:

- SOLSALUD
- SALUDVIDA
- NUEVA EPS
- AVANZAR MÉDICO
- SALUDCOOP
- COOMEVA
- COOSALUD
- REDSALUD
- SANIDAD MILITAR
- HUMANA VIVIR
- ARP COLMENA
- POSITIVA
- QBE SEGUROS
- ECOPETROL

b) Usuarios particulares

Clientes con los cuales no se tienen relaciones comerciales frecuentes ni se tiene un documento contractual, la facturación de sus servicios es de contado.

3.11 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La estructura orgánica de FORPRESALUD IPS se ha desarrollado dentro de un concepto de estructura plana, en la cual solo existe tres niveles jerárquicos que son: Gerencial, Coordinación y Operativo, este último se conforma por los profesionales y personal auxiliar o de apoyo.

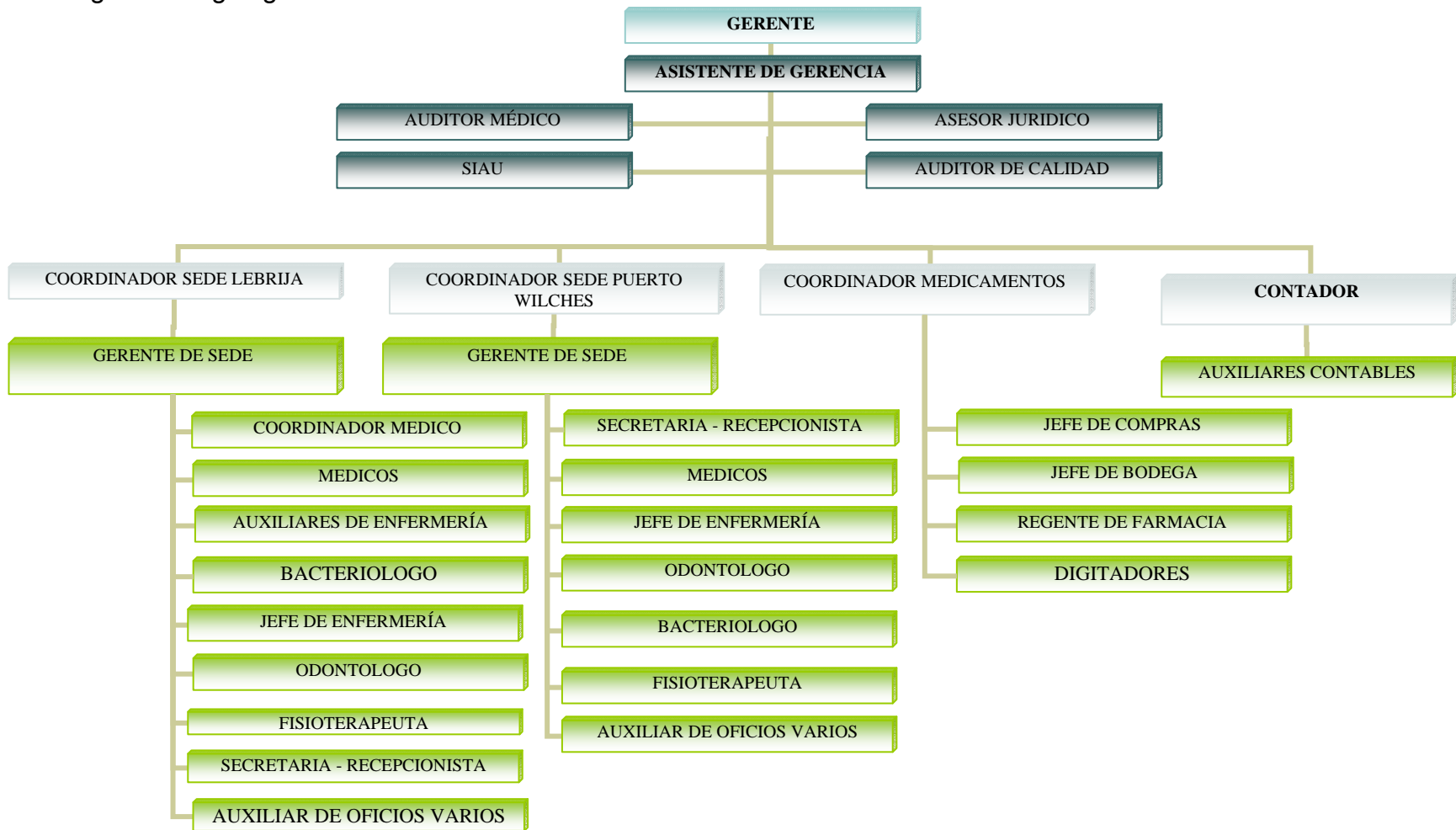
La Gerencia está ubicada en la oficina de la IPS en Bucaramanga, desde donde se coordinan los procesos de gestión gerencial, mejoramiento continuo, medicamentos, personal, compras, recursos financieros y contables e infraestructura y mantenimiento.

La Coordinación está ubicada en las sedes de la Clínica y coordina los procesos directamente relacionados con la atención o prestación de servicios de salud a los usuarios.

De manera permanente se mantiene comunicación entre la Gerencia y la Coordinación, evaluando la gestión del día a día, confrontando los resultados obtenidos contra lo planeado y definiendo alternativas de solución.

En la Figura 1 se presenta el organigrama de FORPRESALUD IPS

Figura 1. Organigrama FORPRESALUD IPS



FUENTE: FORPRESALUD IPS

4. DIAGNÓSTICO DE LA EMPRESA

4.1 DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL

El diagnóstico organizacional se realizó con el fin de determinar la situación actual de FORPRESALUD IPS.

Este diagnóstico se realizó por medio del análisis DOFA, este método permite analizar el entorno interno y el entorno externo de la empresa e identificar sus debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas.

El análisis DOFA fue realizado con la información suministrada por la gerencia de FORPRESALUD IPS.

a) Debilidades

- Falta definición de perfiles de cargos para el personal de FORPRESALUD IPS.
- Toma de decisiones y acciones centralizada en la gerencia en cada área de la institución.
- Aumento de la rotación del personal administrativo y operativo.
- Facturación que presenta errores de los servicios prestados a los clientes institucionales.
- La falta de indicadores de gestión como herramienta de seguimiento y medición de cada uno de los servicios.
- Fallas en los inventarios almacenados en el sistema de información de la institución.

b) Oportunidades

- La carencia de instituciones prestadoras de servicios de salud en los municipios donde está presente FOPRESALUD IPS.
- La incursión de nuevas entidades promotoras de salud a las cuales la organización puede vincular como clientes institucionales.
- La implementación del Sistema de Gestión de Calidad en la organización, a fin de lograr la certificación en la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2008 y el reconocimiento a nivel departamental por sus servicios de alta estandarización, teniendo en cuenta que en los municipios donde se encuentra FORPRESALUD IPS ninguna institución de salud se encuentra certificada.
- Los contratos realizados para la dispensación de medicamentos en lugares que se tenga acceso limitado.

c) Fortalezas

- Personal asistencial idóneo, competente, cálido y comprometido en el mejoramiento de la calidad de vida de sus usuarios.
- Prestación de servicios integrales para el mejoramiento de la salud en un mismo lugar.
- Las sedes de FORPRESALUD IPS son de fácil acceso para los usuarios de la institución.
- Los equipos y materiales con los que cuenta la institución para brindar atención al usuario, son de alta tecnología y calidad.
- FORPRESALUD IPS brinda oportunidad en la atención personalizada en todos sus servicios.
- Actualmente tiene un alto cubrimiento de servicio, debido a los fuertes lazos establecidos con los clientes institucionales.

- Las tarifas módicas ofrecidas a sus clientes particulares e institucionales ayudan a un mayor acceso de los servicios brindados por la institución.
- FORPRESALUD IPS cuenta con la participación de la mayoría de los usuarios a diferentes programas de salud pública ofrecidos por la institución.

d) Amenazas

- Deficiencia en el soporte técnico del Software utilizado por la entidad para el manejo de inventarios y de contabilidad.
- La creciente demanda de usuarios, puede ocasionar que las instalaciones y el personal que se encuentran actualmente no sean suficientes para la prestación de los servicios ofrecidos por la institución.
- El municipio de Puerto Wilches, en donde se encuentra ubicada una sede de FOPRESALUD IPS es una zona de alto riesgo de inundaciones.
- Las terminaciones de los contratos existentes con los clientes institucionales.

4.2 DIAGNÓSTICO SEGÚN LOS REQUISITOS DE LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC-ISO 9001:2008

Se realizó un diagnóstico en FORPRESALUD IPS, con el objetivo de diseñar y planificar el Sistema de Gestión de la Calidad, la cual nos ayuda a determinar el nivel de cumplimiento de los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008 en la empresa. La información necesaria fue suministrada por el personal de la entidad.

Se realizó un diagnóstico cuantitativo; el cual se presenta en el anexo A, con el objetivo de identificar las necesidades de mejora en cuanto a documentación e implementación y calcular el porcentaje de cumplimiento real de FORPRESALUD IPS frente a la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001:2008.

4.2.1 Instrumento de diagnóstico. Se utilizó una tabla la cual se divide en cada numeral de la norma NTC ISO 9001:2008, en ella se registra el porcentaje de cumplimiento de los requisitos de la norma en la organización.

El criterio de evaluación que se tuvo en cuenta se presenta a continuación en la tabla 1:

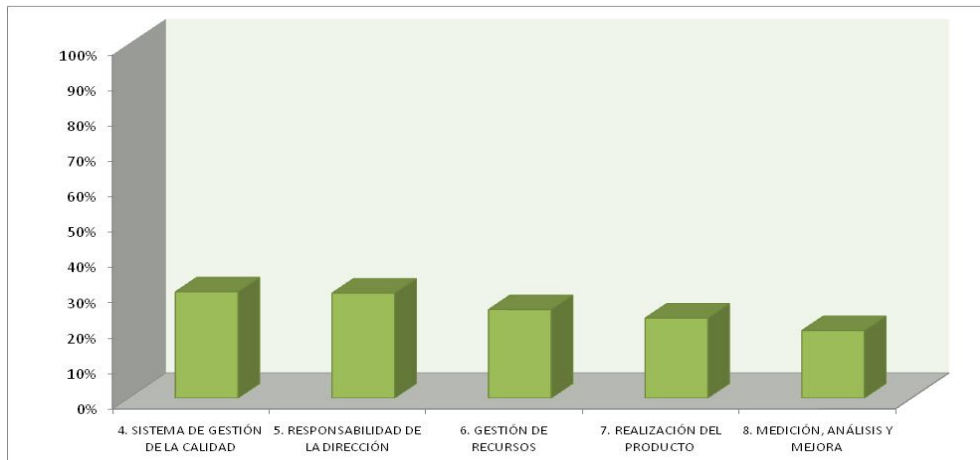
Tabla 1. Criterios de evaluación

ESCALA DE VALORACIÓN	
0	No está definido
1	Definido informalmente, no está documentado
2	Se tiene documentado pero no está normalizado
3	Se encuentra normalizado e implementado parcialmente
4	Se tiene implementado
5	Se evidencian mejoras del requisito

Fuente: Autor del Proyecto

4.2.2 Resultados del diagnóstico. El diagnóstico cuantitativo realizado determina que FORPRESALUD IPS cumple con un 25 % frente a los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008. La figura 2 presenta el porcentaje de cumplimiento por cada numeral de la norma NTC ISO 9001.

Figura 2. Porcentaje de cumplimiento respecto a la norma NTC ISO 9001



Fuente: Autor del proyecto

4.2.3 Conclusiones respecto al diagnóstico. Los hallazgos generados por el diagnóstico estarán divididos según los numerales de la norma NTC ISO 9001:2008.

a. Sistema de Gestión de Calidad: FORPRESALUD IPS cumple con un 30% según este requisito, los hallazgos fueron los siguientes:

- Según los requisitos generales/ enfoque a procesos:

La institución identifica los procesos de manera informal, los procesos identificados inicialmente son:

- ✓ Gestión gerencial
- ✓ Mejora continua
- ✓ Medicamentos
- ✓ Urgencias
- ✓ Ambulancia
- ✓ Consulta externa
- ✓ Laboratorio clínico

- ✓ Terapia Física
- ✓ Terapia Respiratoria
- ✓ Promoción y prevención

No se ha identificado la interacción entre estos procesos y no se han definido completamente estos.

- Los requisitos de la documentación están definidos de manera informal y no se encuentran documentados.
 - FORPRESALUD IPS cuenta con un manual de calidad, el cual será revisado y modificado con el fin de cumplir con los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008.
 - La institución no cuenta con un procedimiento documentado que defina los controles necesarios de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad de FORPRESALUD IPS.
 - La institución no cuenta con un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para la identificación y el manejo de los registros generados en FORPRESALUD IPS.
- b. Responsabilidad de la dirección:** El porcentaje de cumplimiento de la institución de acuerdo a este requisito es del 30%. Los hallazgos fueron los siguientes:
- No se encuentran definidos mecanismos que evidencien el compromiso de la dirección con el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

- El enfoque al cliente se encuentra definido de manera informal.
 - La política de calidad se encuentra definida de manera informal, la cual debe revisarse para verificar que sea adecuada al propósito de la organización y que cumpla los requisitos del Sistema de Gestión de Calidad.
 - Los objetivos de calidad están definidos de manera informal, pero debe verificarse que sea coherente con la política de calidad establecida inicialmente.
 - La planificación del Sistema de Gestión de Calidad, es una actividad que no se ha realizado en FORPRESALUD IPS.
 - La responsabilidad y autoridad de cada persona dentro de la institución está definida en el manual de funciones, este manual no ha sido aprobado por la dirección.
 - La gerencia de FORPRESALUD IPS ha designado como representante de la dirección a la ingeniera Adriana Moros, pero no se ha formalizado la designación.
 - La comunicación interna dentro de la institución está definida de manera informal.
 - No se ha establecido los mecanismos necesarios para la revisión por la dirección, esta actividad está pendiente por desarrollar según el avance del Sistema de Gestión de Calidad de la institución.
- c. Gestión de los recursos:** El cumplimiento de la institución respecto a este numeral es de un 25%. Los hallazgos encontrados fueron:

- Inicialmente no se evidencia la provisión de recursos para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.
 - Existen perfiles donde se define la competencia y formación necesaria para cada cargo dentro de la organización.
 - Se evidencian hojas de vida de equipos del proceso de laboratorio clínico, no existe un plan de mantenimiento preventivo para los equipos necesarios para la prestación del servicio.
 - El ambiente de trabajo se encuentra definido de manera informal.
- d. Realización del producto:** FORPRESALUD IPS cumple con un 23% respecto a este numeral de la norma. Los aspectos hallados fueron los siguientes:
- La planificación de la realización del servicio se realiza mediante la disponibilidad de los profesionales y las agendas.
 - Los procesos relacionados con el cliente se manejan de manera informal.
 - Se excluye diseño y desarrollo debido a la competencia de los médicos.
 - El proceso de compras cuenta con los formatos de órdenes de compra y solicitud de pedidos, pero no están establecidos los criterios de evaluación y re-evaluación de proveedores.
 - Las condiciones controladas para la prestación del servicio de encuentran definidas informalmente.

- La validación de la prestación del servicio está definida de manera informal.
 - La identificación y trazabilidad está definida mediante el sistema de atención Medisoft.
 - No se evidencia un mecanismo para la adecuada identificación, verificación y protección de los bienes que son propiedad del cliente.
 - Las actividades relacionadas con la preservación del producto están pendientes por realizar.
 - No existen registros del control de los dispositivos de seguimiento y medición.
- e. Medición, análisis y mejora:** El cumplimiento de FORRPESALUD IPS respecto a este requisito es de un 19%. Los hallazgos fueron los siguientes:
- Se realizan encuestas de satisfacción del cliente y existe un buzón de sugerencias, pero no existe un método determinado para hacer una buena utilización de dicha información.
 - La auditoría interna de calidad es una actividad pendiente por desarrollar.
 - No se han establecido los mecanismos para la realización de auditorías internas al Sistema de Gestión de Calidad de la institución.
 - Tanto el seguimiento y medición de los procesos como el seguimiento y medición de los productos no tienen establecidos métodos apropiados y quedan como actividades pendientes por desarrollar.

- FORPRESALUD IPS no cuenta con un procedimiento documentado donde defina los controles y responsabilidades relacionados con el tratamiento de los productos no conformes.

- La institución no cuenta con un mecanismo para determinar, recopilar y analizar los datos que demuestren la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad.

- No existe un procedimiento documentado que defina los requisitos para dar tratamiento a las no conformidades o potenciales no conformidades detectadas en la institución.

5. PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

La gerencia de FORPRESALUD IPS ve una gran necesidad de realizar planes de mejoramiento para la nueva oferta de servicios de salud, esto implica el fortalecimiento en infraestructura, el mantenimiento de equipos, talento humano, implementación de estándares de calidad, automatización de procesos y cumplimiento de los requisitos de los clientes institucionales; que permita prestar los servicios de salud en sus sedes con las características de calidad requeridas. Con el objetivo de cumplir con las características anteriores, se plantea la necesidad de implementar un Sistema de Gestión de la Calidad basado en la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001 versión 2008.

Para iniciar este proceso se designa a la ingeniera Adriana Moros como la representante de la Gerencia ante el Sistema de Gestión de la Calidad de FORPRESALUD IPS quien desempeña el cargo de asistente de gerencia y se contrata a una estudiante en práctica como Facilitadora de Calidad para realizar las labores de documentación e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, iniciando formalmente las actividades necesarias para el sistema de gestión de la calidad en el mes de Febrero de 2009.

5.1 PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD

Se realizó un diagnóstico para determinar el nivel de cumplimiento de la entidad respecto a los requisitos de la Norma NTC ISO 9001 versión 2008, el análisis realizado a este diagnóstico ayudó a definir las principales actividades a realizar para la adecuada implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

Una vez determinado el plan de trabajo según las actividades definidas y según el

diagnóstico realizado fue presentado a la gerencia, siendo aprobado por esta y socializado a todo el personal de la entidad, resaltando la importancia que representa la apropiación del sistema y el compromiso de todos para lograr el éxito. En esta reunión se comunicó que la ingeniera Adriana Lucía Moros ha sido designada como Representante de la Gerencia ante el Sistema de Gestión de Calidad.

En el Anexo B se presenta el cronograma de actividades propuesto para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad de FORPRESALUD IPS.

5.2 COMITÉ DE CALIDAD

Se conformó un equipo líder integrado inicialmente por el gerente, la representante de la dirección y la facilitadora de calidad. Al avanzar con la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en la institución, se identificaron los procesos y los líderes de cada uno de estos, quienes fueron integrados al comité de calidad.

El propósito del comité de calidad es llevar a cabo reuniones de trabajo con el objetivo de desarrollar y mantener el Sistema de Gestión de la Calidad de FORPRESALUD IPS de manera eficaz y eficiente, que permita lograr beneficios para todas las partes interesadas.

Algunas funciones del comité de calidad son:¹⁰

- Establecer y controlar la visión, la política y los objetivos de calidad coherentes con el propósito de la organización.

¹⁰ Archivo Sistema de gestión de la Calidad FORPRESALUD IPS

- Revisar y aprobar toda la documentación realizada para el Sistema de Gestión de Calidad de FORPRESALUD IPS.
- Establecer las mediciones de la calidad en todas las áreas de la institución.
- Verificar el estado de las acciones correctivas y las acciones preventivas.
- Establecer el tratamiento adecuado para el manejo de los servicios no conformes hallados en los procesos misionales.
- Analizar los informes de auditorías internas de calidad realizadas en la institución.

5.3 ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

El sistema de gestión de la calidad de FORPRESALUD IPS se estableció para los servicios de consulta externa, promoción y prevención, urgencias, odontología, fisioterapia, laboratorio clínico y medicamentos.

De la implementación del Sistema de Gestión de Calidad se excluye el numeral de la Norma NTC ISO 9001:2008, *7.3 Diseño y desarrollo* como requisito, ya que por ser una Institución prestadora de servicios de salud, los procedimientos ya se encuentran establecidos y estandarizados por parte del Ministerio de Protección social.

5.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA ORGANIZACIÓN

La norma NTC ISO 9001 promueve la adopción de un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, implementa y mejora la eficacia de un Sistema de Gestión de Calidad, para aumentar la satisfacción del cliente, bajo este enfoque se definieron los procesos de FORPRESALUD IPS.

La identificación de estos procesos se realizó mediante una capacitación y seguidamente un taller programado dentro de la planificación del Sistema de Gestión de la Calidad, con todo el personal en donde se establecieron los procesos, clasificados en tres grandes bloques:

- **Procesos estratégicos:** Proporcionan directrices a todos los demás procesos del Sistema de Gestión de Calidad. Algunas actividades son: La planificación, implementación, evaluación, análisis y toma de decisiones para la mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad y de la Institución.

Los procesos estratégicos de la organización son:

Tabla 2. Procesos Estratégicos

PROCESO	OBJETIVO
Gestión gerencial	Definir y actualizar la gestión gerencial de la institución
Mejora Continua	Documentar e implementar el sistema de gestión de calidad de la institución

Fuente: FORPRESALUD IPS

- **Procesos Misionales:** Son los relacionados directamente con el cliente. Se encargan de la planificación y prestación del servicio. Estos procesos hacen

realidad la misión organizacional. A través de ellos es posible satisfacer las necesidades de los usuarios y los clientes institucionales. Los procesos misionales de FORPRESALUD IPS son:

Tabla 3. Procesos Misionales

PROCESO	OBJETIVO
Asignación de citas y admisiones	Garantizar la asignación de citas y la admisión oportuna y correcta de los usuarios a los servicios.
Promoción y prevención	Garantizar la atención de manera oportuna, segura, pertinente y efectiva en los programas de promoción y prevención
Laboratorio clínico	Garantizar resultados de análisis confiables para un adecuado diagnóstico a los pacientes
Urgencias	Establecer y cumplir estrategias de mejora continua para la atención integral de urgencias
Consulta externa	Garantizar la atención de consulta de medicina general de manera oportuna, pertinente y efectiva
Fisioterapia	Contribuir al mejoramiento de vida de las personal habilitando, recuperando su capacidad de manera ética y profesional
Odontología	Garantizar la atención de consulta odontológica de manera oportuna, segura, pertinente y efectiva
Medicamentos	Garantizar la entrega oportuna de medicamentos a puntos de dispensación y demás clientes con estándares de calidad

Fuente: FORPRESALUD IPS

- **Procesos de apoyo:** Estos procesos son los encargados de dar soporte a los procesos misionales, aportándoles los recursos necesarios para su funcionamiento. Hacen parte del Sistema de Gestión de Calidad de FORPRESALUD IPS:

Tabla 4. Procesos de Apoyo

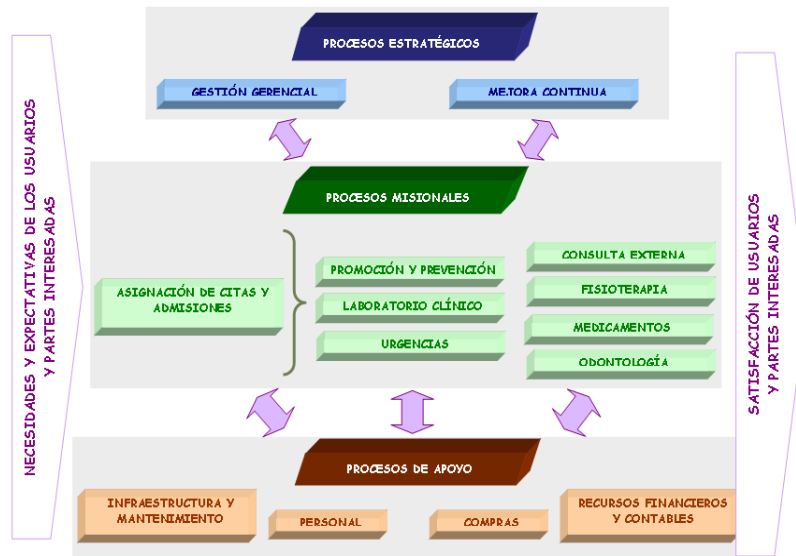
PROCESO	OBJETIVO
Infraestructura y mantenimiento	Garantizar el correcto funcionamiento de equipos e instalaciones de la IPS
Personal	Garantizar la disponibilidad del recurso humano competente
Compras	Suministro de productos y servicios para garantizar la adecuada prestación del servicio
Recursos financieros y contables	Garantizar el buen funcionamiento de los recursos financieros y contables

Fuente: FORPRESALUD IPS

5.5 MAPA DE PROCESOS

Luego de identificar y definir los procesos, se realizó el mapa de procesos de FORPRESALUD IPS. Con el fin de reflejar secuencia e interacción de los procesos que conforman el Sistema de Gestión de la Calidad de la entidad. El mapa de procesos fue revisado y aprobado por el gerente.

Figura 3. Mapa de Procesos



Fuente: FORPRESALUD IPS

Al finalizar la elaboración y la aprobación por parte de gerencia del mapa de procesos se eligieron los líderes de cada proceso, para definir estos se tuvo en cuenta la importancia del desempeño de las funciones del personal en cada proceso. Estas responsabilidades quedaron así:

Tabla 5. Líderes de cada Proceso

PROCESO	LÍDER DEL PROCESO
Gestión gerencial	Gerente
Mejora Continua	Asistente de gerencia
Asignación de citas y admisiones	Secretaria – Recepcionista
Promoción y prevención	Jefe de enfermería
Laboratorio Clínico	Bacteriólogo
Urgencias	Coordinador médico
Consulta externa	Coordinador médico
Fisioterapia	Fisioterapeuta

PROCESO	LÍDER DEL PROCESO
Odontología	Odontólogo
Medicamentos	Coordinador de medicamentos
Infraestructura y mantenimiento	Asistente de gerencia
Personal	Asistente de gerencia
Compras	Asistente de gerencia
Recursos financieros y contables	Contador

Fuente: FORPRESALUD IPS

5.6 DEFINICIÓN DE LA POLÍTICA Y LOS OBJETIVOS DE CALIDAD

La política y los objetivos de calidad se realizaron con el fin de dar cumplimiento a los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008, 5.3 Política de calidad, 5.4.1 Objetivos de la calidad, 5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad y a lo relacionado con la misión y visión de FORPRESALUD IPS.

La política de calidad se estableció de tal forma que sea entendida por todo el personal de la institución, incluyendo el compromiso de satisfacer las necesidades del cliente, de tener un mejoramiento continuo en la entidad y de permitir el despliegue de los objetivos de calidad.

Los objetivos de calidad se definieron teniendo en cuenta que fueran medibles, alcanzables, consistentes y tangibles.

El equipo líder se encargó de definir la política y los objetivos de calidad, seguido a esto se realizó un comité de calidad para realizar las correcciones necesarias para su respectiva aprobación por gerencia.

La política establecida en FORPRESALUD IPS es:

“FORPRESALUD IPS, tiene como política de calidad prestar servicios integrales de salud y suministrar medicamentos de manera oportuna, con accesibilidad y trato humano, orientados al mejoramiento de la calidad de vida de sus usuarios y a la generación de beneficios de sus clientes. Contamos con personal idóneo, una infraestructura adecuada y una administración eficiente de los recursos.

Buscamos la satisfacción de nuestros usuarios y de nuestros clientes a través de la mejora continua de nuestros servicios.”¹¹

Los objetivos de calidad definidos por la organización con el fin de alcanzar la política de calidad son: ¹¹

- *Satisfacer las necesidades de salud de nuestros usuarios.*
- *Garantizar la oportunidad y accesibilidad en la atención de usuarios.*
- *Contar con la infraestructura adecuada para la prestación de servicios.*
- *Garantizar personal idóneo y competente en la institución.*
- *Mejorar la eficacia de los procesos con los que cuenta la empresa.*
- *Asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para la prestación de servicios.*
- *Identificar nuevas oportunidades de negocios y fidelizar los clientes actuales.*

¹¹ Archivo del Sistema de Gestión de la Calidad FORPRESALUD IPS

5.7 INDICADORES DE GESTIÓN PARA LOS OBJETIVOS DE CALIDAD

Los indicadores de gestión fueron realizados para cada proceso de la organización, con el fin de dar cumplimiento al numeral 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos y de expresar cuantitativamente los objetivos y metas trazadas por la institución. Estos indicadores miden los cambios en los objetivos definidos en cada proceso a través del tiempo, siendo un instrumento muy importante para realizar las acciones pertinentes según los resultados.

Todos los indicadores implementados se encuentran relacionados en la tabla 7, para cada indicador se realizó una hoja de vida de indicadores la cual incluye:

- Nombre del indicador
- Proceso
- Objetivo del indicador
- Método de cálculo
- Unidad de medida
- Frecuencia de medición
- Fuente de datos
- Responsable del generador del indicador
- Responsable del análisis del indicador
- Meta del indicador
- Rangos de evaluación

El formato realizado para los indicadores se encuentra relacionado en la tabla 6.

Tabla 6. Formato indicador de calidad FORPRESALUD IPS

DEFINICIÓN DEL INDICADOR					
Nombre del indicador					
Proceso					
Objetivo del indicador					
Método de cálculo					
Unidad de medida		Frecuencia de medición			
Fuente de datos					
Responsable de generar el indicador		Responsable del análisis del indicador			
Meta del indicador		Rangos de evaluación	Excelente	Bueno	No cumple

Fuente: FORPRESALUD IPS

Tabla 7. Indicadores de Gestión

INDICADOR	PROCESO	FÓRMULA	FRECUENCIA	META
Porcentaje de indicadores de gestión con meta cumplida	Gestión gerencial	$(\text{Total de indicadores del sistema de gestión que cumplen con la meta} / \text{Total de indicadores del sistema de gestión de calidad}) * 100$	Semestral	90 %
Cumplimiento de auditorías internas	Mejora continua	$(\text{Total de auditorías realizadas} / \text{Total de auditorías programadas}) * 100$	Semestral	80 %
Tasa de satisfacción global	Mejora continua	$(\text{Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos} / \text{Número total de pacientes encuestados}) * 100$	Trimestral	80 %
Índice de satisfacción del usuario	Mejora continua	$(\text{Sumatoria de Porcentaje de cada respuesta} * \text{número de preguntas obtenidas} / \text{Total de encuestas realizadas} - \text{encuestas sin respuesta}) * 100$	Mensual	80 %
Porcentaje de quejas gestionadas	Mejora continua	$(\text{Número de quejas gestionadas} / \text{Número total de quejas detectadas}) * 100$	Trimestral	90%
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de ginecobstetricia	Asignación de citas y admisiones	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de ginecobstetricia y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas de ginecobstetricia asignadas en la institución.	Mensual	8 días

INDICADOR	PROCESO	FÓRMULA	FRECUENCIA	META
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de pediatría	Asignación de citas y admisiones	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de pediatría y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas de pediatría asignadas en la institución.	Mensual	8 días
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general	Asignación de citas y admisiones	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución.	Mensual	1 día
Oportunidad en la atención en consulta de odontología general	Asignación de citas y admisiones	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de Odontología General y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas odontológicas generales asignadas en la institución	Mensual	2 días
Confiabilidad de resultados según servicios de control de gestión	Laboratorio clínico	(Número de pruebas con diagnóstico acertado / número total de pruebas realizadas) * 100	Trimestral	95%

INDICADOR	PROCESO	FÓRMULA	FRECUENCIA	META
Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada	Promoción y prevención	Número total de pacientes que seis meses después de diagnosticada su hipertensión arterial presentan niveles de tensión arterial esperados de acuerdo con las metas recomendadas por la Guía de Práctica Clínica basada en evidencia / Número total de pacientes hipertensos Diagnosticados	Mensual	80%
Porcentaje de pacientes ingresados a programas de promoción y prevención	Promoción y prevención	(Total de pacientes ingresados a promoción y prevención / cantidad de servicios prestados en el mes) * 100	Mensual	15%
Proporción de vigilancia de eventos adversos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laboratorio clínico ▪ Consulta externa ▪ Odontología ▪ Fisioterapia ▪ Urgencias ▪ Medicamentos 	(Número Total de eventos adversos detectados y gestionados / Número total de eventos adversos detectados) * 100	Mensual	70%

INDICADOR	PROCESO	FÓRMULA	FRECUENCIA	META
Porcentaje de historias clínicas adecuadas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoción y prevención ▪ Consulta externa ▪ Odontología ▪ Fisioterapia ▪ Urgencias 	$\left(\frac{\text{Número total de historias clínicas adecuadas}}{\text{Número total de historias clínicas revisadas}} \right) * 100$	Trimestral	70%
Oportunidad en la atención en consulta de urgencias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Odontología ▪ Urgencias 	$\frac{\text{Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico}}{\text{Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias}}$	Mensual	20 min
Oportunidad de entrega de pedidos a los puntos	Medicamentos	$\Sigma (\text{fecha despacho} - \text{fecha solicitud})$	Mensual	2 días
Caducidad por vencimiento de medicamentos	Medicamentos	$\left(\frac{\text{Número de medicamentos vencidos}}{\text{Número total de medicamentos almacenados}} \right) * 100$	Mensual	10%
Porcentaje de facturación realizada correctamente	Recursos financieros y contables	$\left(\frac{\text{Valor total de facturación anulada}}{\text{Valor total de facturación realizada}} \right) * 100$	Mensual	80%

INDICADOR	PROCESO	FÓRMULA	FRECUENCIA	META
Tiempos de entrega de los pedidos a las sedes	Compras	Días de entrega de pedido a las sedes - Días de entrega de pedido a la sede administrativa	Mensual	1 día
Porcentaje de cumplimiento del programa de capacitaciones	Talento humano	$(\text{Número total de capacitaciones realizadas} / \text{número total de capacitaciones programadas}) * 100$	Semestral	70%
Porcentaje de cumplimiento del programa de mantenimiento de equipos	Infraestructura y mantenimiento	$(\text{Número total de mantenimientos de equipos realizados} / \text{número total de mantenimientos de equipos programados}) * 100$	Semestral	80%

Fuente: FORPRESALUD IPS

5.8 CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS

Para dar inicio a la realización de las caracterizaciones, se realizó un taller en cada una de las sedes donde participó todo el personal, este taller tenía como objetivo recopilar la información necesaria para la caracterización de cada proceso, para lograrlo se utilizó la plantilla de “*Caracterizaciones*” donde se incluye:

- **Descripción del proceso:**

- Nombre del proceso
- Proveedores del proceso: Procesos que generan entradas para actividades del proceso.
- Entradas del proceso.
- Actividades específicas del proceso: Se encuentran divididas en el ciclo PHVA
- Salidas
- Clientes: Procesos a los que llegan las salidas del proceso

- **Ficha del proceso:**

- Líder del proceso
- Objetivo del proceso
- Participantes
- Recursos utilizados
- Mecanismos de Seguimiento.
- Mecanismos de medición ó Indicadores de gestión del proceso.
- Requisitos legales y Reglamentarios que cumple el proceso.
- Requisitos NTC – ISO 9001, relacionados en el proceso.
- Documentos utilizados en el proceso.

Seguido a este taller se realizaron reuniones entre cada líder de proceso y la facilitadora de calidad, verificando la información y realizando las correcciones necesarias.

Una vez se realizaron las modificaciones se reunieron la asistente de gerencia, el líder de cada proceso y la facilitadora de calidad para revisar nuevamente y dar la aprobación de la caracterización inicial, las caracterizaciones definitivas se encuentran en el Manual de Calidad de FORPRESALUD IPS (M-MC-01), ver Anexo C.

5.9 CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

Es de gran importancia que para una óptima implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en la institución, exista un involucramiento de todo el personal, donde se sientan identificados y motivados a participar en este.

Durante el desarrollo y avance del proyecto fue necesaria la implementación de un programa de capacitaciones para todo el personal, a través de actividades relacionadas con la calidad, el mejoramiento continuo, el Sistema de Gestión de la Calidad y la Norma ISO 9001.

Los objetivos enmarcados por la administración de FORPRESALUD IPS con la realización de las capacitaciones fueron:¹²

- Enseñar a todo el personal la estructura y los requisitos de la norma NTC ISO 9001 versión 2008.
- Contar con la colaboración de todo el personal de la institución en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Implementar una cultura de calidad en cada nivel de la organización.

¹² Archivo del Sistema de Gestión de la Calidad FORPRESALUD IPS

- Promover la participación de todo el personal en el establecimiento de acciones de mejora de la eficacia del sistema.

5.9.1 Sensibilización

La primera actividad realizada fue un taller con todo el personal de FORPRESALUD IPS, en esta actividad se resaltó la importancia de los empleados en la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, lográndose una participación activa de todo el personal.

Después de esta actividad, los empleados en su totalidad tuvieron presente que la institución estaba implementando un Sistema de Gestión de la Calidad y se comprometieron a participar activamente en las actividades que los requieran, tal como se demostró posteriormente.

5.9.2 Capacitaciones

Al inicio de la planificación se realizó una programación de capacitaciones según los requisitos de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001 y a la gestión por procesos.

Al ir avanzando en la documentación del Sistema, se inician las capacitaciones programadas, las cuales se realizaban quincenalmente, donde se mostraban los procedimientos documentados con el fin de iniciar el proceso de implementación de los mismos por cada proceso. En el informe de capacitaciones se encuentra relacionado el tema tratado en cada capacitación, el capacitador y la intensidad horaria, este se encuentra relacionado en la tabla 8.

Luego de realizar cada capacitación se desarrollaban talleres prácticos o

evaluaciones de conocimientos, con el fin de verificar la asimilación del tema visto, en el caso en el que se evidenciara debilidades, se reprogramaba una nueva capacitación de refuerzo.

En la etapa final de implementación del sistema, se realizaron jornadas refuerzos de capacitaciones según las debilidades halladas en cada uno de los procesos.

La divulgación de cada una de las actividades se realizaron por medio de las diferentes herramientas; diapositivas, material de apoyo impreso, carteleras informativas; que facilitaron la exposición y entendimiento de la temática.

Durante todo el proceso existió una comunicación activa entre la facilitadora de calidad y el personal de la institución; donde se aclaraban dudas, se resolvían inquietudes y se recibían sugerencias.

Tabla 8. Informe de Capacitaciones

INFORME DE CAPACITACIONES					
FORPRESALUD IPS					
					
INFORME REALIZADO POR: DIANA CAROLINA CAMARGO CAPACITADORES: ING. ADRIANA LUCIA MOROS - DIANA CAROLINA CAMARGO PERIODO: FEBRERO 2009 - AGOSTO 2009					
TEMA DE CAPACITACIÓN	CAPACITADOR	HORAS	# PER. PROG.	# PERSONAS ASISTENTES	% ASISTENCIA
SENSIBILIZACIÓN INICIAL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN FORPRESALUD IPS	ING. ADRIANA MOROS	1	28	28	100%
INTRODUCCIÓN A LA NORMA ISO 9001:2008	ING. ADRIANA MOROS	2	28	24	86%
GESTIÓN POR PROCESOS	ING. ADRIANA MOROS	2	28	25	89%
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	DIANA CAMARGO	2	27	27	100%
DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	ING. ADRIANA MOROS	2	27	25	93%
GESTIÓN DE RECURSOS	ING. ADRIANA MOROS - DIANA CAMARGO	2	28	23	82%
COMPRAS	DIANA CAMARGO	2	28	23	82%

TEMA DE CAPACITACIÓN	CAPACITADOR	HORAS	# PER. PROG.	# PERSONAS ASISTENTES	% ASISTENCIA
SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS	DIANA CAMARGO	1.5	28	23	82%
PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE	DIANA CAMARGO	1.5	28	24	86%
PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO	DIANA CAMARGO	2	28	24	86%
CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	DIANA CAMARGO	1.5	28	25	89%
SEGUIMIENTO, MEDICIÓN Y CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME	DIANA CAMARGO	2	28	24	86%
ANALISIS DE DATOS Y MEJORA CONTINUA	DIANA CAMARGO	2	28	27	96%
MANUALES TARIFARIOS	AUDITORA EXTERNA DE CUENTAS	1	10	10	100%
GESTION INTEGRAL DE RESODUOS SÓLIDOS Y HOSPITALARIOS	DESCONT S.A.	2	28	26	93%
ATENCIÓN AL USUARIO	COLMENA ARP	3	28	27	96%
REFUERZO NORMA ISO 9001:2008	DIANA CAMARGO	1	28	28	100%
SOCIALIZACIÓN MANUAL DE CALIDAD	ING. ADRIANA MOROS - DIANA CAMARGO	2	28	25	89%
SOCIALIZACIÓN DEL MANUAL DE FUNCIONES	DIANA CAMARGO	1.5	28	25	89%
TOTAL HORAS DE CAPACITACIÓN		28		PROMEDIO ASISTENCIA	91%

Fuente: FORPRESALUD IPS

5.9.3 Conclusiones de las capacitaciones

- Las jornadas de capacitación permitieron que el personal de la institución participara activamente con todas las actividades del Sistema de Gestión de la Calidad, facilitando la implementación de los documentos, registros y controles necesarios para cada proceso.
- Los participantes del Sistema de Gestión de la Calidad entendieron el funcionamiento de este en la institución y se comprometieron a ser participantes activos del sistema.
- La evidencia de los diferentes talleres realizados y la comunicación constante con todo el personal, permitieron tomar acciones para realizar refuerzos de conocimientos en la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001 y en el

Sistema de Gestión de Calidad.

- Durante la realización del programa de capacitaciones del personal, se observó un compromiso por parte de los líderes de procesos y de la Gerencia, quienes suministraron los recursos necesarios para llevarlo a cabo manera satisfactoria.
- Según el informe de capacitaciones relacionado en la tabla 8, el porcentaje de asistencia del personal a las capacitaciones planeadas fue de un 91%.

6. DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE FORPRESALUD IPS

Luego de realizar la planificación del Sistema de Gestión de la Calidad en FORPRESALUD IPS y realizada la caracterización preliminar de cada proceso, se identificó la documentación necesaria para el sistema, esta se divide en procedimientos, instructivos de trabajo, guías, manuales y formatos. Estos últimos suministran evidencia del cumplimiento de los métodos establecidos en la Institución.

La documentación generada en FORPRESALUD IPS, se realizó por medio de encuentros de trabajo entre la facilitadora de calidad y todo el personal de la institución. Siendo verificada esta información por cada líder del proceso según las actividades desempeñadas, luego de ajustar el documento con las correcciones dadas por cada Líder de proceso, la asistente de gerencia se encargaba de revisar el documento para su posterior aprobación por parte de la gerencia.

La documentación aprobada por gerencia fue implementada seguidamente en cada proceso respectivo, logrando con esto realizar mejoras en los procedimientos y formatos que lo requerían y verificar la eficacia de la documentación.

En la tabla 9 se encuentra relacionada la documentación realizada para cada proceso que hace parte del Sistema de Gestión de la Calidad, especificando los tipos de documentos emitidos por cada uno.

La caracterización fue mejorada al realizar la documentación del Sistema de gestión de la calidad ya que se añadieron, suprimieron, fusionaron, modificaron algunos procedimientos, instructivos, guías, manuales y formatos definidos en la caracterización inicial de cada proceso.

Tabla 9. Documentos del SGC de FORPRESALUD IPS

PROCESO	PROCEDIMIENTOS	FORMATOS
Gestión Gerencial	<p>PROCEDIMIENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedimiento de revisión del Sistema de Gestión de Calidad (P-GG-01) ▪ Procedimiento para la gestión de negocios con clientes (P-GG-02) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión del Sistema de Gestión de Calidad por la dirección (F-GG-01) ▪ Control de requisitos con clientes (F-GG-02) ▪ Seguimiento a clientes (F-GG-03)
Mejora Continua	<p>PROCEDIMIENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedimiento de control de documentos (P-MC-01) ▪ Procedimiento de control de registros (P-MC-02) ▪ Procedimiento de auditoría interna de calidad (P-MC-03) ▪ Procedimiento de control de producto no conforme (P-MC-04) ▪ Procedimiento de acciones correctivas y preventivas (P-MC-05) ▪ Procedimiento de servicio de información y atención al usuario (P-MC-P6) ▪ Procedimiento de satisfacción de usuarios (P-MC-07) ▪ Procedimiento de eventos adversos (P-MC-08) ▪ Procedimiento de apertura de buzón de sugerencias (P-MC-09) <p>MANUALES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manual de calidad (M-MC-01) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encuesta de satisfacción del usuario (F-MC-01) ▪ Reporte de auditoría de historias clínicas (F-MC-02) ▪ Reporte de eventos adversos (F-MC-03) ▪ Sugerencias inquietudes y/o felicitaciones (F-MC-04) ▪ Informe de indicadores (F-MC-05) ▪ Plan de auditorías internas (F-MC-06) ▪ Lista de verificación de auditorías internas (F-MC-07) ▪ Informe de auditoría interna (F-MC-08) ▪ Apertura de buzón de sugerencias (F-MC-09) ▪ Acciones de mejora (F-MC-10) ▪ Listado de control de documentos (F-MC-11) ▪ Listado de control de registros (F-MC-12) ▪ Listado de documentos externos (F-MC-13) ▪ Listado de distribución de documentos (F-MC-14) ▪ Control de acciones correctivas y preventivas (F-MC-15) ▪ Control del producto o servicio no conforme (F-MC-16) ▪ Tabulación de encuestas de satisfacción (F-MC-17) ▪ Caracterizaciones (F-MC-18) ▪ Indicadores de calidad (F-MC-19) ▪ Programación de auditorías (F-MC-20)
Asignación de citas y admisiones	<p>PROCEDIMIENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedimiento de admisiones de urgencias (P-ACA-01) ▪ Procedimiento para la asignación de citas (P-ACA-02) ▪ Procedimiento para la admisión de usuarios (P-ACA-03) <p>GUIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guía para la atención en orientación al usuario (G-ACA-01) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Códigos de atención (F-ACA-01) ▪ Facturación diaria (F-ACA-02) ▪ Consultas diarias (F-ACA-03)
Consulta externa	<p>PROCEDIMIENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedimiento para la atención en consulta externa (P-CE-01) ▪ Procedimiento de administración de medicamentos (P-CE-02) <p>INSTRUCTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instructivo de diligenciamiento de historias clínicas (I-CE-01) ▪ Instructivo de lavado de manos (I-CE-01) <p>GUIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guía para la toma de signos vitales (G-CE-01) ▪ Guía para la realización de lavado de manos (G-CE-02) ▪ Guía de manejo de patologías más frecuentes en consulta externa (G-CE-03) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lista de verificación (F-CE-01)

PROCESO	PROCEDIMIENTOS	FORMATOS
Urgencias	<p>PROCEDIMIENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedimiento de atención de urgencias (P-URG-01) ▪ Protocolo de venopunción (P-URG-02) ▪ Protocolo de reanimación cerebro cardiopulmonar (P-URG-03) ▪ Protocolo de atención del parto (P-URG-04) ▪ Procedimiento para la realización de lavado quirúrgico (P-URG-05) ▪ Protocolo de signos vitales neurológicos (P-URG-06) ▪ Protocolo de atención en trauma cráneo encefálico (P-URG-07) ▪ Protocolo para la circulación de ambulancias (P-URG-08) ▪ Protocolo de prueba de sensibilidad (P-URG-09) <p>GUÍAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guía para la realización de cateterismo vesical (G-URG-01) ▪ Guía para el manejo de curaciones (G-URG-02) ▪ Guía para el manejo de complicaciones en urgencias (G-URG-03) ▪ Guía de administración de medicamentos (G-URG-04) ▪ Guía de manejo de patologías más frecuentes (G-URG-05) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formato de Triage (F-URG-01) ▪ Entrega de turnos de médicos (F-URG-02) ▪ Entrega de turnos de auxiliares de enfermería (F-URG-03) ▪ Entradas varias (F-URG-04) ▪ Atención en consulta de urgencias (F-URG-05) ▪ Hojas de enfermería (F-URG-06) ▪ Hoja neurológica (F-URG-07) ▪ Curva térmica (F-URG-08)
Fisioterapia	<p>PROCEDIMIENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Protocolo de patologías presentadas en terapia física (P-FIS-01) ▪ Protocolo de patologías manejadas en terapia respiratoria (P-FIS-02) ▪ Procedimiento de atención de fisioterapia (P-FIS-03) <p>GUÍAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guía para el manejo de artrosis y lumbalgia (G-FIS-01) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relación de terapias (F-FIS-01) ▪ RIPS (F-FIS-02) ▪ Historia clínica de fisioterapia (F-FIS-03) ▪ Examen de postura (F-FIS-04)
Laboratorio Clínico	<p>PROCEDIMIENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedimiento para la atención en Laboratorio clínico (P-LC-01) <p>MANUALES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manual de operaciones de equipos (M-LC-01) ▪ Manual de toma de muestras (M-LC-02) ▪ Manual de inmunología (M-LC-03) ▪ Manual de procedimiento de uroanálisis y parasitología (M-LC-04) ▪ Manual de hematologías (M-LC-05) ▪ Manual de procedimientos de química clínica (M-LC-06) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registro de entrega de resultados (F-LC-01) ▪ Control de calidad interno (F-LC-02) ▪ Control de temperatura (F-LC-03) ▪ Resultados de laboratorio clínico (F-LC-04) ▪ Autorización para prueba de VIH (F-LC-05) ▪ Lista de verificación (F-LC-06)
Promoción y prevención	<p>PROCEDIMIENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedimiento para la atención en promoción y prevención (P-PYP-01) ▪ Procedimiento para la realización de citología (P-PYP-02) ▪ Procedimiento consulta de crecimiento y desarrollo (P-PYP-03) ▪ Procedimiento consulta de planificación familiar (P-PYP-04) ▪ Procedimiento consulta de detección temprana de alteraciones del joven (P-PYP-05) ▪ Procedimiento vacunación P-PYP-06) ▪ Procedimiento para el aseguramiento de la cadena de frío (P-PYP-07) ▪ Procedimiento solicitud de biológicos (P-PYP-08) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Control de crecimiento y desarrollo (F-PYP-01) ▪ Programa de control prenatal (F-PYP-02) ▪ Detección temprana de cáncer de cuello (F-PYP-03) ▪ Planificación familiar (F-PYP-04) ▪ Remisión a promoción y prevención (F-PYP-05) ▪ Toma de citología (F-PYP-06) ▪ Demanda inducida telefónica (F-PYP-07) ▪ Actividades grupales de promoción y prevención (F-PYP-08) ▪ Actividades realizadas diariamente al adulto mayor (F-PYP-09) ▪ Registro diario de mamografías bilaterales

PROCESO	PROCEDIMIENTOS	FORMATOS
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedimiento de demanda inducida (P-PYP-09) ▪ Procedimiento control de riesgo cardiovascular, dislipidemias, síndrome convulsivo y asma bronquial (P-PYP-10) ▪ Procedimiento de programa de control prenatal (P-PYP-11) ▪ Procedimiento valoración agudeza visual (P-PYP-12) ▪ Procedimiento para la atención de tuberculosis (P-PYP-13) ▪ Procedimiento para la atención de lepra (P-PYP-14) ▪ Procedimiento para la atención de leishmaniasis (P-PYP-15) <p>INSTRUCTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instrucción para el diligenciamiento de la historia clínica de promoción y prevención (I-PYP-01) ▪ Instrucción valoración agudeza visual (I-PYP-02) ▪ 	<p>(F-PYP-10)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ seguimiento programa de enfermedades crónicas no transmisibles (F-PYP-11)
Odontología	<p>PROCEDIMIENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedimiento para la atención de odontología (P-OD-01) ▪ Protocolo de cariología (P-OD-02) ▪ Protocolo de cirugía en odontología (P-OD-03) ▪ Protocolo de historia clínica (P-OD-04) ▪ Protocolo de odontología forense (P-OD-05) ▪ Protocolo de radiología en odontología (P-OD-06) ▪ Protocolo de bioseguridad en odontología (P-OD-07) ▪ Protocolo de endodoncia (P-OD-08) ▪ Protocolo de operatoria dental (P-OD-09) ▪ Protocolo de periodoncia (P-OD-10) ▪ Protocolo de traumatología y urgencias odontológicas (P-OD-11) ▪ Protocolo para manejo de pacientes sospechosos o confirmado síndrome de inmunodeficiencia adquirida, SIDA (P-OD-12) ▪ Protocolo de promoción y prevención (P-OD-13) ▪ Protocolo de semiología (P-OD-14) <p>GUÍAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guías de atención de primeras causas de morbilidad (G-OD-01) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consolidado mensual de actividades odontológicas (F-OD-01) ▪ Consolidado diario de actividades odontológicas (F-OD-02) ▪ Consolidado diario de actividades odontológicas de promoción y prevención (F-OD-03) ▪ Historia clínica odontológica (F-OD-04) ▪ Historia clínica odontolegal (F-OD-05) ▪ Consentimiento informado para procedimientos (F-OD-06) ▪ Lista de verificación (F-OD-07) ▪ Kárdex odontológico (F-OD-08) ▪ Actividades diarias odontológicas (F-OD-09)
Medicamentos	<p>PROCEDIMIENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedimiento de medicamentos (P-MED-01) ▪ Procedimiento de almacenamiento y manejo de medicamentos (P-MED-02) ▪ Procedimiento de realización de inventarios (P-MED-03) ▪ Procedimiento de recepción de medicamentos (P-MED-04) ▪ Procedimiento de digitación de fórmulas y facturas (P-MED-05) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registro de medicamentos pendientes (F-MED-01) ▪ Registro de medicamentos por evento (F-MED-02) ▪ Registro de entrega de medicamentos de farmacia (F-MED-03) ▪ Control de actividades diarias (F-MED-04) ▪ Control de fórmulas recibidas (F-MED-05) ▪ Control de fórmulas digitadas (F-MED-06) ▪ Inventario de medicamentos (F-MED-07) ▪ Entrega de salidas (F-MED-08) ▪ Relación de entrada de mercancía – entrega de facturas (F-MED-09)
Personal	<p>PROCEDIMIENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedimiento de personal (P-PER-01) ▪ Procedimiento de realización de capacitaciones (P-PER-02) <p>MANUALES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manual de funciones (M-PER-01) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Control de asistencia (F-PER-01) ▪ Acta de reunión (F-PER-02) ▪ Requisición de personal (F-PER-03) ▪ Entrevista laboral (F-PER-04) ▪ Verificación de documento de la hoja de vida (F-PER-05) ▪ Evaluación de selección (F-PER-06) ▪ Plan de capacitaciones (F-PER-07)

PROCESO	PROCEDIMIENTOS	FORMATOS
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe de capacitaciones (F-PER-08)
Compras	<p>PROCEDIMIENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedimiento de compra de medicamentos (P-COM-01) ▪ Procedimiento de compra de medicamentos de tutelas (P-COM-02) ▪ Procedimiento de compra de productos y/o servicios (P-COM-03) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Solicitud de pedidos de medicamentos (F-COM-01) ▪ Orden de compra (F-COM-02) ▪ Devolución de productos (F-COM-04) ▪ Solicitud de medicamentos por evento (F-COM-05) ▪ Solicitud de pedidos (F-COM-06) ▪ Control de compras (F-COM-07) ▪ Listado de proveedores (F-COM-08) ▪ Selección de proveedores de productos (F-COM-09) ▪ Selección de proveedores de servicios (F-COM-10) ▪ Evaluación de proveedores (F-COM-11) ▪ Radicación de facturas de tutelas (F-COM-12) ▪ Radicación de facturas (F-COM-13)
Infraestructura y mantenimiento	<p>PROCEDIMIENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedimiento de desinfección (P-IM-01) ▪ Procedimiento de correspondencia (P-IM-02) ▪ Procedimiento de manejo de equipos e infraestructura (P-IM-03) <p>MANUALES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan de gestión ambiental de residuos sólidos y hospitalarios (M-IM-01) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acta de salida de equipos (F-IM-01) ▪ Hoja de vida de equipos (F-IM-02) ▪ Control de mensajería (F-IM-03) ▪ Correspondencia recibida (F-IM-04) ▪ Formato RHPS (F-IM-06) ▪ Formato RH1 (F-IM-07) ▪ Cronograma de mantenimiento de equipos (F-IM-08) ▪ Reporte de servicio (F-IM-09) ▪ Hoja de control de temperatura, humedad relativa y cadena de frío (F-IM-10) ▪ Mantenimiento de equipos (F-IM-11) ▪ Formato de control de Toner (F-IM-12) ▪ Reporte de incidente de equipos (F-IM-13) ▪ Verificación de calibración (F-IM-14) ▪ Reporte de equipos dados de baja (F-IM-15)
Recursos financieros y contables	<p>PROCEDIMIENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedimiento de facturación (P-RFC-01) ▪ Procedimiento para el manejo de cuentas por pagar (P-RFC-02) ▪ Procedimiento para el reembolso de caja menor (P-RFC-03) ▪ Procedimiento para el pago de nómina (P-RFC-04) ▪ Procedimiento para el manejo y control de glosas (P-RFC-05) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relación de Cheques entregados (F-RFC-01) ▪ Entrega de caja (F-RFC-02) ▪ Relación de cuentas por pagar (F-RFC-03) ▪ Entrega de caja medicamentos (F-RFC-04) ▪ Novedades de compensación (F-RFC-05) ▪ Respuesta de glosas (F-RFC-06) ▪ Relación de contratos (F-RFC-07) ▪ Reembolso de caja menor (F-RFC-08)

Fuente: FORPRESALUD IPS

6.1 MANUAL DE CALIDAD

Este manual fue el primer documento realizado para el Sistema de Gestión de la Calidad de FORPRESALUD IPS, cumpliendo plenamente con el numeral 4.2.2 *Manual de calidad* de la Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001 versión 2008.

Para iniciar la realización de este, se tuvo en cuenta la información registrada en el manual de calidad que se encontraba en la institución antes de iniciar con la planificación del Sistema del Sistema de Gestión de la Calidad.

El manual de calidad de FORPRESALUD IPS en resumen contiene las generalidades de la empresa, el direccionamiento estratégico, la caracterización de cada proceso, la documentación e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y el mejoramiento continuo de la institución.

El documento mencionado brinda una visión general de los procedimientos documentados establecidos y muestra la interacción entre los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad de FORPRESALUD IPS. El manual de calidad de FORPRESALUD IPS (M-MC-01) se presenta en el Anexo C del actual documento.

6.2 CONTROL DE LOS DOCUMENTOS

Con el fin de dar cumplimiento al requisito 4.2.3 *Control de documentos* de la NTC ISO 9001:2008, se elaboró el documento "*Procedimiento para el control de documentos (P-MC-01)*" (Ver Anexo D) el cual define los controles necesarios para aprobar, revisar y actualizar los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad de la entidad.

Se realizaron los formatos "*Listado maestro de Documentos (F-MC-11)*" donde se

encuentran relacionados los documentos del Sistema de Gestión de Calidad, “*Listado de documentos externos (F-MC-13)*” donde se encuentran relacionados los documentos necesarios para ofrecer los servicios que no son codificados pero si se debe tener un control sobre su actualización y “*Listado de distribución de documentos (F-MC-14)*” donde se registran los documentos entregados a cada puesto de trabajo asegurando que las versiones actualizadas se encuentren en cada uno de estos.

6.3 CONTROL DE REGISTROS

Se documentó el “*Procedimiento de control de registros (P-MC-12)*” (ver Anexo E), en este se definen los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, la retención y la disposición de los registros necesarios en el Sistema de Gestión de la Calidad de la institución, cumpliendo con el numeral 4.2.4 *Control de los registros* de la NTC ISO 9001:2008.

El formato “*Listado maestro de registros (F-MC-12)*” permite conocer el tipo de registro manejado, su ubicación, los responsables de cada registro, el tiempo de retención y la disposición final de cada uno.

Para iniciar con la elaboración de los formatos, se realizó una revisión de los registros que aplican en cada uno de los procesos y por medio de entrevistas con el personal se identificó la importancia que generaba cada registro con el fin de verificar si era necesario conservar, eliminar o modificar el registro.

6.4 MANUAL DE FUNCIONES

Durante la documentación del sistema se modificó el manual de funciones y perfiles existente en la institución, en el que se define educación, formación, habilidades y experiencia apropiada para cada cargo. Cumpliendo con el numeral de la norma ISO 9001:2008, 6.2 *Recursos humanos*.

El manual de funciones (M-PER-01) se modificó mediante entrevistas con el personal para verificar la información con la que ya se contaba para realizar las correcciones necesarias para su posterior revisión y aprobación por parte de la gerencia.

7. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN FORPRESALUD IPS

Una implementación eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad, requiere un alto grado de compromiso y participación de todo el personal de la institución en las actividades realizadas para el sistema y el sentido de pertenencia con los objetivos y metas de FORPRESALUD IPS, esto generó la importancia de capacitarlos durante todo el proceso.

Otros aportes muy importantes que influyen en los resultados obtenidos por esta etapa, es la planificación del sistema realizado y la eficaz documentación de los procedimientos.

En esta etapa se difundió y aplicó la documentación diseñada anteriormente, teniéndose en cuenta el compromiso de todas las partes de la institución, la participación de los empleados y el cambio de mentalidad por parte de estos y el ambiente de trabajo en el que se desenvuelve la entidad.

La siguiente metodología fue aplicada en cada uno de los procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de FORPRESALUD IPS:

- Se realizaron capacitaciones al personal de cada proceso sobre las actividades que conforman este y el correcto diligenciamiento de los formatos, los registros requeridos y los indicadores, con los cuales se medirá el desarrollo de cada proceso.
- Se socializaron a todo el personal los procedimientos requeridos por la norma, los cuales permiten la mejora continua del sistema: control de documentos, control de registros, acciones correctivas y acciones preventivas, control del

servicio no conforme y auditorías internas, asegurando su correcta implementación y el diligenciamiento de los formatos definidos en cada procedimiento.

- Para cada proceso se entrega una copia ya sea de forma física o magnética de los formatos utilizados en cada puesto de trabajo. Para esto se diligenció el formato “Listado maestro de documentos (F-MC-11)”.
- Se revisó periódicamente las actividades realizadas en cada puesto de trabajo para verificar la concordancia de las actividades realizadas con las descritas en los protocolos, guías e instructivos y comprobar el buen diligenciamiento de los formatos.
- Se revisó y aprobó el manual de funciones (M-PER-01) por parte de la gerencia, luego de esto, el manual de funciones fue difundido al personal según el cargo, con el fin de que cada uno conociera el perfil mínimo requerido para realizar las funciones relacionadas con el cargo.
- Se institucionalizó el mapa de procesos de FORPRESALUD IPS, donde cada participante del sistema tiene la capacidad de ubicarse en el y de identificar la interacción con los demás procesos de la empresa, complementando esta información con las caracterizaciones donde se encuentran las actividades realizadas en cada proceso.
- Se realizan comités de calidad donde se discuten y solucionan productos no conformes y no conformidades identificadas. Al realizar estas actividades en el comité se logró crear una cultura de mejora continua al interior de los procesos .
- Debido a la carga laboral de los trabajadores, el facilitador de calidad se encarga de la medición de los indicadores con la información recolectada de

cada proceso y el análisis de estos es realizada por los líderes de los procesos y la asistente de gerencia.

La implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en FORPRESALUD IPS implicó un avance importante para la institución ya que se organizaron las actividades cotidianas realizadas por todo el personal de forma tal que estuvieran enfocadas hacia una cultura entorno a la calidad, logrando así una mejora continua en la prestación de los servicios y en el alcance de las metas propuestas por la institución.

7.1 PRODUCTOS NO CONFORMES

Los productos no conformes presentados en la Institución se identifican y controlan por medio del procedimiento de producto no conforme (P-MC-04) (Ver Anexo F) y se registran en el formato de control de servicio no conforme (F-MC-16).

En la Tabla 10 se muestran los productos no conformes presentados en la Institución con su respectivo tratamiento, registro y responsable de este.

Tabla 10. Productos No Conformes

ACTIVIDAD	SERVICIO NO CONFORME	TRATAMIENTO	REGISTRO	RESPONSABLE DE TRATAMIENTO
Atención de pacientes	Queja por amabilidad, tacto y/o información	Solicitar disculpas al paciente e indagar la causa con el personal involucrado y tomar acciones correctivas si es repetitivo.	Control del producto no conforme	Líder del Proceso
Atención de pacientes	Retraso en la prestación del servicio.	Solicitar disculpas al paciente e informar las causas del retraso y tomar acciones correctivas si es repetitivo.	Control del producto no conforme	Líder del Proceso
Atención de pacientes	Cancelación de citas por causa de FORPRESALUD IPS	Solicitar disculpas al paciente y asignar cita inmediata con autorización del paciente y tomar acciones correctivas si es repetitivo.	Control del producto no conforme	Líder del Proceso

Fuente: FORPRESALUD IPS

7.2 ACCIÓN CORRECTIVA

El producto no conforme más presentado en la institución, es el de retraso en la prestación del servicio, debido a esto, fue necesario tomar una acción correctiva para que el producto no conforme no se siga presentando. En la tabla 11 se encuentra la acción de mejora realizada.

Tabla 11. Acción Correctiva

NO CONFORMIDAD	PROCESO	CAUSA	PLAN DE ACCIÓN
Retraso en la prestación del servicio.	Consulta externa	<ul style="list-style-type: none">- Falta de definición de la cantidad de citas a asignar en el transcurso del día.- Se presenta gran demanda del servicio, ocasionando que el personal encargado no sea suficiente para la prestación del servicio.	<ul style="list-style-type: none">- Asignar un máximo de 5 consultas extras, con el fin de cumplir satisfactoriamente con las citas programadas.- En los casos que el médico de urgencias no cuente con pacientes, atender las citas prioritarias de consulta externa.

Fuente: FORPRESALUD IPS

8. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN

Luego de haber culminado la fase de documentación e implementación, se inicia la evaluación de la eficacia de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad de FORPRESALUD IPS, utilizando para esto el proceso de auditorías internas las cuales nos determinaron el grado de cumplimiento de la norma NTC ISO 9001 versión 2008.

Las dos primeras auditorías internas se programaron para ser realizadas luego de finalizar la implementación de todos los procesos, según el procedimiento de auditorías internas (P-MC-03), el cual se encuentra en el Anexo G con el objetivo de verificar paso a paso las actividades realizadas en la implementación y poder tomar acciones basadas en las no conformidades halladas, la programación de las auditorías de los procesos fue realizada por la asistente de gerencia y la facilitadora de calidad el día 24 de junio de 2009, este se encuentra en el Anexo H, finalmente fue entregado a gerencia para su aprobación.

8.1 PRIMERA AUDITORIA

8.1.1 Programación auditoría interna

El equipo auditor estuvo conformado por Adriana Moros como auditor líder y Jenny Carolina Franco como auditor. La auditoría fue realizada según el procedimiento de auditorías internas (P-MC-04).

Luego de definir el equipo auditor, se realizó el plan de auditoría, el cual fue presentado a gerencia para su aprobación, en este se encuentra registrado el objetivo y el alcance de la auditoría, los criterios de auditorías, fecha, hora, auditor

y auditado de cada proceso. El plan de la primera auditoría se encuentra en el Anexo I.

Seguido a esto se realizó la lista de verificación, la cual sirvió a los auditores para la estructuración de la entrevista y se revisó la documentación de cada proceso.

Con la primera auditoría los líderes de procesos como los participantes evidenciaron como es el manejo dado al Sistema de Gestión de la Calidad de la institución.

8.1.2 Ejecución primera auditoría

La primera actividad realizada en la auditoría fue una reunión de apertura con todo el personal de la institución que tuvo como fin realizar la presentación del equipo auditor, leer el plan de auditoría, explicar el objetivo de la auditoría, los criterios y la metodología utilizada.

La recolección de la información en el transcurso de la auditoría se logró mediante entrevistas realizadas al líder y al personal de cada proceso, en estas se verificó el cumplimiento de los requisitos de la norma NTC ISO 9001, de la documentación y de los registros establecidos en cada uno de los procesos, La ingeniera Jenny Carolina Franco como auditor se encargó de auditar los procesos en los cuales la Ingeniera Adriana Moros es líder y viceversa.

Cada hallazgo encontrado en los procesos se registró en la lista de verificación y luego de finalizar la auditoría el equipo auditor se reunió para determinar las conclusiones de la auditoría, fortalezas halladas, oportunidades de mejora y no conformidades.

La auditoría finalizó con una reunión de cierre, en donde se dieron a conocer las conclusiones, las fortalezas oportunidades de mejora y no conformidades.

8.1.3 Informe primera auditoría. Este informe fue realizado el día 17 de agosto de 2009 y seguido a esto fue comunicado a los líderes de cada proceso, donde se dio inicio a los tratamientos a las no conformidades halladas y las acciones de mejora, según el procedimiento de acciones correctivas y acciones preventivas (P-MC-05). El informe de la primera auditoría se encuentra en el Anexo J.

8.2 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Luego de concluir la auditoría interna se realizó la primera revisión por la dirección, la evidencia de la revisión se registró en el formato Revisión por la dirección (F-GG-01) y fue realizada por el gerente, la información necesaria para llevar cabo la revisión fue: La política y los objetivos de calidad, la satisfacción del cliente, resultados de la auditoría interna, la medición de los procesos, acciones correctivas y acciones preventivas. Se cumplió satisfactoriamente con el requisito de la norma NTC ISO 9001 5.6 *Revisión por la dirección*.

En el formato de revisión por la dirección se detallaron los hallazgos, las conclusiones, las recomendaciones para la mejora del Sistema de Gestión de la Calidad y las conclusiones por la gerencia. El registro se encuentra en el Anexo K.

8.3 PLAN DE MEJORA BASADOS EN LOS RESULTADOS DE LA PRIMERA AUDITORIA

Basados en la auditoría realizada y en la revisión por dirección, se realizó un plan de mejora de las no conformidades halladas y de las oportunidades de mejora.

El plan de mejora realizado establece un objetivo de mejora continua tanto en los procesos como en el Sistema de Gestión de la Calidad. De ahí la importancia de

contar con un mayor compromiso por parte de los líderes de procesos y del personal involucrado.

8.3.1 Oportunidades de mejora evidenciadas en la primera auditoría

En la tabla 12 se muestra el plan de mejora realizado para las oportunidades de mejora con su respectivo resultado.

8.3.2 No conformidades menores encontradas, análisis de causas y acciones correctivas tomadas

Las no conformidades en la institución se manejan según el procedimiento de acciones correctivas y acciones preventivas (P-MC-05) el cual se encuentra en el Anexo L, el análisis de causas se realiza por medio del diagrama causa-efecto, relacionado en el formato de acciones de mejora. El Anexo M contiene una no conformidad hallada en la auditoría como ejemplo del tratamiento que se da a las no conformidades encontradas en FORPRESALUD IPS.

En la tabla 13 se presentan las no conformidades halladas en la auditoría con su respectiva causa y el plan de acción realizado, verificando que al finalizar el plan realizado, las acciones hayan quedado cerradas.

Tabla 12. Plan de mejora de primera auditoría

ACCIONES DE MEJORA	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	RESULTADO
Formalización de la entrega de los perfiles del cargo en todas las áreas de la Institución.	<ul style="list-style-type: none"> Realizar una reunión donde se formalice la entrega del manual de funciones al personal, con el fin de verificar el cumplimiento del perfil de cada uno. 	Asistente de gerencia Facilitadora de calidad	<ul style="list-style-type: none"> Se cuenta con el cumplimiento de los perfiles establecidos en los cargos y se formalizó la entrega de estos. Todo el personal tiene conocimiento de sus funciones en la Institución.
Verificación del contenido de la información de las caracterizaciones	<ul style="list-style-type: none"> Revisar la interacción de los procesos y los documentos relacionados en las caracterizaciones del manual de calidad 	Líderes de procesos Facilitadora de calidad	<ul style="list-style-type: none"> Se cuenta con unas caracterizaciones actualizadas en el manual de calidad. Se cuenta con el documento actualizado del manual de calidad en su versión 2.
Reforzar el conocimiento general del Direccionamiento estratégico por parte del personal	<ul style="list-style-type: none"> Entregar folletos a todo el personal que contenga el direccionamiento estratégico. Llevar a cabo un taller para verificar el entendimiento del direccionamiento estratégico 	Facilitadora de calidad Líderes de cada proceso	<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento satisfactorio del direccionamiento estratégico de todo el personal de FORPRESALUD IPS
Implementar la metodología definida para la generación de copias de seguridad de manera que se asegure el control de los registros generados en medio magnético	<ul style="list-style-type: none"> Implementar la realización de copias de seguridad en un lapso de tiempo establecido. 	Facilitadora de calidad Personal de cada proceso	<ul style="list-style-type: none"> La realización de la copias de seguridad de los registros generados en medio magnético se realizan cada quince (15) días por el encargado de los mismos. Los registros generados por medio magnético se encuentran protegidos, logrando la disposición del registro, el tiempo estipulado para cada uno.
Revisión de la concordancia de los documentos con el listado maestro de documentos y el listado maestro de registros.	<ul style="list-style-type: none"> Revisar con el listado maestro de documentos todos los códigos, versiones y fechas de aprobación especificados en toda la documentación del sistema. Verificar la implementación de los formatos con las versiones actuales en cada puesto de trabajo, conforme al listado maestro de documentos y recolección de versiones obsoletas que se encuentren para su eliminación. 	Facilitadora de calidad Líderes de cada proceso	<ul style="list-style-type: none"> Documentos codificados y actualizados en el listado maestro de documentos. Registros con la información actualizada en el listado maestro de registros. El listado maestro de documentos y el listado maestro de registros es acorde con la documentación del Sistema.
Verificar que los registros generados en cada proceso sean legibles	<ul style="list-style-type: none"> Realizar una revisión a los registros generados en cada proceso con el objetivo de comprobar el diligenciamiento de estos. Identificar los formatos cuya legibilidad no sea la adecuada y socializar la importancia del diligenciamiento adecuado y legible de los formatos con el personal encargado de este 	Facilitadora de calidad Asistente de gerencia	<ul style="list-style-type: none"> Se identificaron los formatos cuyo diligenciamiento no era el adecuado, se sensibilizó al personal y algunos de estos fueron implementados en el Sistema utilizado por la institución. Se cuenta con la legibilidad de los registros generados en cada proceso, cumpliendo satisfactoriamente con el

ACCIONES DE MEJORA	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	RESULTADO
			numeral 4.2.4 Control de registros
Determinar metodología para el control y manejo de quejas y sugerencias generadas durante la prestación de servicio	<ul style="list-style-type: none"> Identificar cada cuanto se realizará la apertura del buzón de sugerencias Verificar que las quejas se estén resolviendo oportunamente 	Facilitadora de calidad Administrador de sede	<ul style="list-style-type: none"> Quincenalmente se abrirá el buzón de sugerencias y se atenderán las quejas en los siguientes ocho días por parte de cada administrador de sede.
Establecer en el procedimiento de almacenamiento y manejo de medicamentos un intervalo de tiempo para el control de los medicamentos que se encuentran vencidos o en malas condiciones	<ul style="list-style-type: none"> Identificar cada cuanto tiempo se realizará verificación de los medicamentos. 	Coordinador de medicamentos Facilitadora de calidad	<ul style="list-style-type: none"> Los medicamentos se verifican cada 15 días para determinar el vencimiento y estado de los mismos, igualmente se verificarán estas características en la recepción de pedidos, evitando que estos medicamentos sean entregados a los usuarios.
Definir un horario para la atención de los pacientes por cada programa de promoción y prevención	<ul style="list-style-type: none"> Programar el horario tentativo para la atención de programas de promoción y prevención 	Jefe de promoción y prevención Facilitadora de calidad	<ul style="list-style-type: none"> Se realizó horario para la organización de atención de pacientes para cada programa de promoción y prevención, logrando acceder de forma adecuada a cada programa.
Definir un horario para la asignación de citas telefónicas de manera que garantice la atención de todas las llamadas	<ul style="list-style-type: none"> Informar el horario a pacientes de la atención tanto telefónica como presencial Verificar el horario en el que se están realizando las citas telefónicas y revisar cuantas citas se están dando diariamente 	Secretaria-recepcionista Facilitadora de calidad	<ul style="list-style-type: none"> El horario quedó programado diariamente de 10 a.m a 12 m El cambio de horario permite brindar un mejor acceso a los servicios evitando quejas y reclamos de los usuarios.
Definir cuál es el manejo dado a la compra de servicios profesionales (ginecólogo, pediatra, médico internista)	<ul style="list-style-type: none"> Definir en el procedimiento de compras como se realiza la compra de servicios profesionales 	Asistente de gerencia Facilitadora de calidad	<ul style="list-style-type: none"> El procedimiento de compras de servicios queda actualizado, modificando algunas actividades realizadas Se realizó la implementación del procedimiento de compras actualizado logrando mejorar la oportunidad para el acceso a estos servicios.
Verificar el diligenciamiento del listado de proveedores antiguos y nuevos	<ul style="list-style-type: none"> Actualizar el listado de proveedores, verificando que en el listado se encuentren los proveedores actuales. 	Asistente de gerencia Facilitadora de calidad	<ul style="list-style-type: none"> El listado de proveedores se actualizó con los datos de los proveedores actuales, contando con la información necesaria para una comunicación más oportuna con el proveedor.
Determinar la frecuencia de	<ul style="list-style-type: none"> Definir en el procedimiento de compras un tiempo estándar 	Facilitadora de calidad	<ul style="list-style-type: none"> Se define la frecuencia de evaluación de un periodo de 6

ACCIONES DE MEJORA	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	RESULTADO
reevaluación de los proveedores.	<p>para la realización de la evaluación y reevaluación de proveedores.</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar la reevaluación de los proveedores faltantes, de acuerdo con el listado de proveedores. Realizar el informe de desempeño de proveedores. 	Asistente de gerencia	<p>meses para proveedores antiguos y para proveedores nuevos luego de realizarse 2 pedidos</p> <ul style="list-style-type: none"> Se realizó la Evaluación, reevaluación e informe de desempeño de proveedores, garantizando el cumplimiento "7.4.1 Proceso de compras".
Verificar el tratamiento dado internamente a los residuos sólidos y hospitalarios.	<ul style="list-style-type: none"> Verificar la implementación del Plan de Gestión Integral de residuos sólidos y hospitalarios. Revisión de la identificación de la lugar de almacenamiento, evacuación. Revisión de las canecas utilizadas para cada clase de residuo y su estado, en el caso de que lo requiera solicitar a compras unas canecas que cumplan con las características necesarias para el manejo de los residuos. 	Facilitadora de calidad Asistente de gerencia Personal de los procesos	<ul style="list-style-type: none"> Adecuada implementación del Plan de Gestión Integral de residuos sólidos y hospitalarios. Gestión de algunas canecas nuevas para consultorios y lugar de almacenamiento. Dotación para la persona encargada de oficios varios, para la manipulación de los residuos.
Determinar estrategias para completar el diligenciamiento de los formatos establecidos para el proceso de infraestructura y mantenimiento, para las hojas de vida de equipos y reportes de mantenimiento.	<ul style="list-style-type: none"> Establecer el personal que se encargará del diligenciamiento de las hojas de vida de equipos y reportes de mantenimiento. 	Facilitadora de calidad Líder de cada proceso	<ul style="list-style-type: none"> El encargado de diligenciar estos formatos es el líder de cada proceso, las hojas de vida de equipos y los reportes de mantenimiento se encuentran actualizadas en carpetas en cada consultorio.
Revisar el tiempo de entrega de la facturación a los diferentes clientes institucionales	<ul style="list-style-type: none"> Socializar con el personal involucrado en la facturación las fechas de envío de estas a cada cliente institucional, cumpliendo con el procedimiento de facturación. 	Contador Facilitador de calidad	<ul style="list-style-type: none"> Entrega satisfactoria de facturas en las fechas establecidas, evitando reprocesos para la entrega de la facturación.
Realizar capacitación sobre tarifas para la facturación	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación sobre el manual tarifario a todo el personal relacionado con la facturación. Verificar que los manuales tarifarios que se encuentren tanto en el sistema como en los equipos de los auxiliares sea el adecuado. 	Contador Auxiliar contable Facilitadora de calidad	<ul style="list-style-type: none"> Personal capacitado en el manejo del manual, disminuyendo glosas por las inadecuadas tarifas relacionadas. Se actualizaron los manuales que se encontraban en cada equipo y en el sistema.
Incluir un espacio para relacionar la persona que se contrató, en el formato F-PER-03 – Requisición	<ul style="list-style-type: none"> Modificar el formato de requisición de personal Actualizar formato en cada puesto de trabajo donde se requiera Verificar que se diligencie 	Asistente de gerencia Facilitadora de calidad	<ul style="list-style-type: none"> Se empieza a llevar el formato en su segunda versión y se verificará cada vez que se requiera el correcto diligenciamiento Se realiza seguimiento a la

ACCIONES DE MEJORA	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	RESULTADO
del personal	correctamente		persona contratada para el cargo, verificando que cumpla con el perfil establecido.

Fuente: FORPRESALUD IPS

Tabla 13. No conformidades primera auditoría

NO CONFORMIDAD	PROCESO	CAUSA	PLAN DE ACCIÓN
No se identifica la forma de almacenar los documentos obsoletos. Requisito que incumple: 4.2.4 Control de documentos	Mejora continua	Al no identificar las versiones de los documentos, puede ocurrir que los documentos que se encuentran en los puestos de trabajo sean las versiones anteriores ocasionando una inadecuada prestación del servicio, causando a su vez una insatisfacción de los usuarios.	<ul style="list-style-type: none"> - Montar una carpeta de archivo magnético llamada "obsoletos" para cada proceso donde se guarden y controlen las copias de estos. - Revisar cada 15 días los documentos en cada puesto de trabajo para verificar que se encuentren en la versión actual.
No se evidencia la documentación e implementación de acciones correctivas y acciones preventivas para los procesos del sistema de gestión de la calidad de FORPRESALUD IPS. Requisito que incumple: 8.5.3 Acciones preventivas	Mejora continua	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de conocimiento de los líderes de cada proceso sobre la documentación de acciones preventivas - No se ha trabajado sobre la búsqueda de la información con cada Líder del proceso para documentar las no conformidades potenciales que se pueden presentar en cada proceso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar a los líderes de los procesos la forma de documentar e implementar las acciones preventivas. - Organizar una reunión con los líderes de cada proceso para documentar las no conformidades potenciales.
No se encontró el soporte que muestre evidencia del cumplimiento de la competencia requerida en el manual de funciones en cuanto a educación del médico general Hugo González faltando diploma de grado. Requisito que incumple: 6.2 Recurso humano	Personal	No se cuenta con una metodología que controle la entrega de hojas de vida con soportes al ingreso del personal ocasionando una deficiencia en la verificación de los perfiles del cargo.	Revisar todas las hojas de vida junto con los soportes teniendo como base los perfiles de cargo y enviar una comunicación al personal solicitando los soportes en caso de que falten.
Existen cargos relacionados en el organigrama que no tienen definidas competencias en el manual de funciones	Personal	Debido a la creación de nuevos puestos de trabajo en FORPRESALUD IPS y la falta de actualización del manual de funciones.	<ul style="list-style-type: none"> - Programar entrevistas con el personal que no cuenta con su perfil del cargo y registrar en la ficha utilizada para la realización del manual de funciones lo relacionado

NO CONFORMIDAD	PROCESO	CAUSA	PLAN DE ACCIÓN
(Jefe de bodega, jefe de compras) Requisito que incumple: 6.2 Recurso humano			con los cargos. - Actualizar el manual de funciones cada vez que se requiera y verificar mensualmente el cumplimiento de perfiles establecidos según cargo.
No se evidencia la calibración de los equipos del proceso de laboratorio clínico que realizan mediciones, para el periodo correspondiente de enero a Julio de 2009 7.6 Requisito que incumple: Control de los equipos de seguimiento y medición	Infraestructura y mantenimiento	La calibración fue realizada de manera informal sin tenerse en cuenta el cronograma de mantenimientos. No se cuenta con un proveedor fijo para este servicio.	- Buscar empresas que presten el servicio de calibración para el proceso Laboratorio Clínico, pedir cotización. - Seleccionar y evaluar al proveedor - Solicitar a Behner los certificados de calibración de las calibraciones que se realizaron anteriormente. - Realizar un cronograma anual de mantenimiento de equipos - Hacer seguimiento a los mantenimientos y calibraciones realizadas

Fuente: FORPRESALUD IPS

8.4 SEGUNDA AUDITORIA

8.4.1 Programación segunda auditoría interna

El objetivo de esta auditoría fue verificar la eficacia de las acciones tomadas para las no conformidades y las acciones de mejora implementadas.

El equipo auditor estuvo conformado igual que en la primera auditoría. La auditoría fue realizada según el procedimiento de auditorías internas (P-MC-04).

El día 7 de septiembre se realizó el plan de segunda auditoría (ver Anexo N), este fue revisado y aprobado por la gerencia y seguido a esto, se realizó la lista de verificación.

8.4.2 Ejecución segunda auditoría

La auditoría interna se realizó los días 15, 16, 17 y 18 de septiembre de 2009, en las sedes de FORPRESALUD IPS.

Para iniciar la auditoría se realizó la reunión de apertura con todo el personal involucrado, con el objetivo de recordar las personas que conformaban el equipo auditor, criterios y metodología utilizada, leer el plan de auditoría y explicar el objetivo de la auditoría.

La recolección de la información y la verificación de las acciones se realizaron en el transcurso de la auditoría. La ingeniera Jenny Carolina Franco como auditor se encargó de auditar los procesos en los cuales la Ingeniera Adriana Moros fuera líder y viceversa.

Al finalizar la auditoría el equipo auditor se reunió para determinar las conclusiones de la auditoría, fortalezas halladas, oportunidades de mejora y no conformidades, las cuales se dieron a conocer seguido a esto en la reunión de cierre.

8.4.3 Informe segunda auditoría

El informe de la segunda auditoría se realizó el día 21 de septiembre de 2009, luego fue socializado con los líderes de cada proceso para conocer las fortalezas, oportunidades de mejora y no conformidades halladas en la auditoría. El informe de la segunda auditoría se encuentra en el Anexo O, los resultados del informe indican el hallazgo de 8 fortalezas, 4 oportunidades de mejora y 1 no conformidad presentada.

8.5 PLAN DE MEJORA BASADOS EN LOS RESULTADOS DE LA SEGUNDA AUDITORIA

Según el informe de la auditoría interna realizada los días 15, 16, 17 y 18 de Septiembre de 2009, se elaboró un plan de mejora para las oportunidades de mejora y la no conformidad hallada.

8.5.1 Oportunidades de mejora evidenciadas en la segunda auditoría

En la tabla 14 se encuentra las acciones de mejora de las oportunidades de mejora dadas en la auditoría con su respectiva respuesta.

Tabla 14. Plan de mejora de segunda auditoría

ACCIONES DE MEJORA	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	RESULTADO
Fortalecer el registro de Acciones Correctivas y Preventivas como uno de los mecanismos para demostrar la mejora en cada proceso.	<ul style="list-style-type: none"> Realizar una reunión con los líderes del proceso explicando la importancia de las acciones correctivas y preventivas en cada proceso. Organizar reuniones de trabajo mensualmente con cada líder de proceso para identificar acciones correctivas y acciones preventivas, y verificar la eficacia de las acciones anteriores. 	Facilitadora de calidad Asistente de gerencia	<ul style="list-style-type: none"> Una implementación efectiva de las acciones correctivas y las acciones preventivas de cada proceso. Se implementaron mensualmente los encuentros con cada proceso para realizar seguimiento a las acciones tomadas. Las acciones correctivas y las acciones preventivas de cada proceso se verificaron y se trataron totalmente, quedando cerradas en el mes de septiembre.
Establecer mecanismos para impulsar los servicios de Fisioterapia a los usuarios, debido a que se cuenta con infraestructura adecuada y profesional capacitado, pero la demanda del servicio es mínima.	<ul style="list-style-type: none"> Realizar carteles sobre el servicio de Terapia física y terapia respiratoria, con el fin de que los usuarios conozcan el servicio y tratar el tema en el comité de calidad para que por parte de los demás procesos se ofrezca el servicio de Fisioterapia. 	Facilitadora de calidad Asistente de gerencia Fisioterapeuta	<ul style="list-style-type: none"> Se difundió información del servicio de fisioterapia, por medio de los demás profesionales y carteles. Dando como resultado un reconocimiento por parte de los usuarios de los servicios ofrecido por el proceso, mostrando un incremento de 2 a 3 citas diarias una semana después de realizadas las actividades.
Establecer estrategias para la demanda inducida que permitan evidenciar un	<ul style="list-style-type: none"> Modificar las actividades existentes o introducir actividades para demanda inducida que incrementen el uso del servicio de 	Jefe de promoción y prevención Coordinador médico Facilitadora de	<ul style="list-style-type: none"> El formato de demanda inducida telefónica se implementó no sólo en planificación familiar y control prenatal, sino en todos los procesos, dando como

ACCIONES DE MEJORA	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	RESPONSABLE	RESULTADO
incremento en la captación de pacientes para los diferentes programas.	promoción y prevención.	calidad	resultado la asistencia de pacientes que fueron llamados por la enfermera encargada.) <ul style="list-style-type: none"> Se colocaron carteles por cada servicio con los horarios establecidos, permitiendo que los usuarios conocieran los servicios prestados y mostraron más interés en la participación de estos.
Actualizar procedimiento de manejo y control de glosas, verificar el responsable del tratamiento de las glosas enviadas a la Institución para evitar reproceso.	<ul style="list-style-type: none"> Realizar una reunión con el personal involucrado, para verificar el manejo de las glosas y realizar los cambios pertinentes en el procedimiento de manejo y control de glosas. 	Asistente de gerencia Contadora	<ul style="list-style-type: none"> Se realizaron algunas modificaciones, debido a que se estaba presentando un reproceso que generaba mayor tiempo en la contestación de las glosas. Con el cambio realizado al procedimiento, se evidenciaron mejoras en la contestación de glosas, logrando enviar las respuestas en las fechas establecidas a las entidades requeridas.

Fuente: FORPRESALUD IPS

8.5.2 No conformidades menores encontradas, análisis de causas y acciones correctivas tomadas. En la tabla 15 se evidencia la no conformidad, con su respectiva causa y el plan de acción realizada.

Tabla 15. No Conformidades Segunda Auditoria


NO CONFORMIDAD	PROCESO	CAUSA	PLAN DE ACCIÓN
No se evidencia la verificación de la eficacia de la acción correctiva tomada en el proceso de Infraestructura y mantenimiento de la no conformidad hallada en la auditoría anterior, ya que tenía acciones correctivas implementadas y cerradas, pero que se evidenció el no cumplimiento durante la auditoría interna. Requisito que incumple: 8.5.2 Acciones correctivas	Infraestructura y mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> No se realizaron jornadas de seguimiento a las acciones correctivas con el líder del proceso. No se formalizaron las acciones de mejora en el proceso de infraestructura y mantenimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Socializar la acciones correctiva anterior al líder del proceso y realizar seguimiento Programar jornadas de trabajo en donde se realice seguimiento de las acciones de mejora documentadas para cada proceso,

Fuente: FORPRESALUD IPS

8.6 INDICADORES DE GESTIÓN

Con el fin de verificar la eficacia de las acciones implementadas luego de las dos auditorías realizadas, se comparan la toma de los indicadores de gestión de la calidad en FORPRESALUD IPS, estos indicadores se implementaron a partir de marzo de 2009, a continuación en la tabla 16 se muestra la medición de los indicadores del primer mes de medición y del mes de septiembre, siendo el mes donde se evidencia la mejora alcanzada en el periodo.

Tabla 16. Informe de indicadores de Gestión

	INFORME DE INDICADORES DE GESTIÓN					
	Indicador	Primera medición	Última medición	meta	Rangos de evaluación	
Excelente					Bueno	Malo
Porcentaje de indicadores de gestión con meta cumplida	25%	83,33%	90%		X	
Cumplimiento de auditorías internas	0%	100%	80%	X		
Tasa de satisfacción global	73.15%	86.76%	80%	X		
Índice de satisfacción del usuario	71,75%	80,52%	80%	X		
Porcentaje de quejas gestionadas	66,67%	86,7%	90%		X	
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de ginecobstetricia	8,34 días	5,69 días	8 días	X		
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de pediatría	6,86 días	5,40 días	8 días	X		
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general	1,20 días	0,16 días	1 día	X		
Oportunidad en la atención en consulta de odontología general	5,58 días	0,75 días	2 días	X		
Confiableidad de resultados según servicios de control de gestión	91,66%	96,78%	95%	X		
Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada	49%	97%	80%	X		
Porcentaje de pacientes ingresados a programas de	8,33%	11,11%	15%		X	

Indicador	Primera medición	Última medición	meta	Rangos de evaluación		
				Excelente	Bueno	Malo
promoción y prevención						
Proporción de vigilancia de eventos adversos	62,5%	85,94%	70%	X		
Porcentaje de historias clínicas adecuadas	68%	84%	70%	X		
Oportunidad en la atención en consulta de urgencias	19,17 min	21,89 min	20 min		X	
Oportunidad de entrega de pedidos a los puntos de dispensación	2 días	1,5 días	2 días	X		
Caducidad por vencimiento de medicamentos	16,8%	11,6%	10%		X	
Porcentaje de facturación realizada correctamente	74,07%	85,19%	80%	X		
Tiempos de entrega de los pedidos a las sedes	2 días	1 día	1 día	X		
Porcentaje de cumplimiento del programa de capacitaciones	100%	100%	70%	X		
Porcentaje de cumplimiento del programa de mantenimiento de equipos	50%	80%	80%	X		

Fuente: FORPRESALUD IPS

8.6.1 Porcentaje de Indicadores de gestión con meta cumplida

El objetivo de este indicador es medir el cumplimiento de las metas de los indicadores de FORPRESALUD IPS, en la última medición realizada el rango de evaluación de este indicador estuvo en excelente, sobrepasando la meta, lo que significa que en general el cumplimiento de las metas de los indicadores de FORPRESALUD IPS se están cumpliendo a cabalidad, para la primera medición el valor es de un 25% de cumplimiento, lo que indica que la mayoría de los indicadores no cumplan satisfactoriamente con la meta.

8.6.2 Cumplimiento de auditorías internas

El objetivo de este indicador es determinar el cumplimiento del plan general de auditorías internas, según las realizadas en el período. Para la primera medición no se habían realizado las auditorías internas en la Institución, al momento de realizar la última medición se había cumplido cabalmente con la primera auditoría

planeada, mostrando la medición del indicador un 100% de cumplimiento, lo que indica que el rango de evaluación es Excelente.

8.6.3 Tasa de satisfacción global

Este indicador tiene como objetivo conocer la opinión de los usuarios del establecimiento sobre la calidad de los servicios prestados, se realiza por medio de la encuesta de satisfacción al cliente, donde existe un numeral de satisfacción con el cual se realiza la medición del indicador. Este es uno de los indicadores requeridos semestralmente por la superintendencia nacional de salud. La primera medición indica que la tasa de satisfacción de global se encontraba en un 73.15%, aumentando en un 18.6% para la última medición.

8.6.4 Índice de satisfacción del usuario

El objetivo del indicador es medir el impacto en la mejora en la satisfacción del usuario por medio de las respuestas obtenidas en la encuesta aplicada, debido a que conocemos la cantidad de población de los usuarios que utilizan los servicios de FORPRESALUD IPS, para la toma de la muestra de la encuesta de satisfacción del usuario (F-MC-01) se realiza la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

- **N**= Total de la población
- **Z_α²** = 1.96² (Tomando la seguridad del 95%)

- **p**= Proporción esperada (Tomando en este caso el 5%)
- **q**= 1-p (siendo en este caso 0.95)
- **d**= Precisión (para el caso de la muestra se toma una precisión del 7%)

Las encargadas de realizar las encuestas de satisfacción por cada proceso son: la secretaria-recepcionista para las encuestas de consulta externa, promoción y prevención, laboratorio clínico y fisioterapia, la auxiliar de odontología para odontología y la auxiliar administrativa para urgencias. Estas encuestas son tabuladas por la facilitadora de calidad y su tabulación es analizada por los líderes de los procesos, según el procedimiento de satisfacción de usuarios (P-MC-07).

La última medición aumentó en un 12.22%, el numeral de la encuesta que muestra mayor insatisfacción es la relacionada con el tiempo de la cita asignada.

7.1.5 Porcentaje de quejas gestionadas. Las quejas en la institución se manejan por medio de un buzón de sugerencias que se realiza la apertura quincenalmente en presencia de un usuario de cada EPS y dos funcionarios de FORPRESALUD IPS, este indicador tiene como objetivo medir el porcentaje de acción de la IPS relacionado con las quejas y reclamos dados por los usuarios.

Las quejas, reclamos y sugerencias son manejados desde la administración de cada sede, dando respuesta ya sea personalmente o de manera escrita a los usuarios según el procedimiento de apertura de buzón de sugerencias (P-MC-09) y del procedimiento de servicio de información y atención al usuario (P-MC-06).

Este indicador aunque aumentó respecto a la primera medición no cumple cabalmente con la meta propuesta, mostrando un 86.7% de cumplimiento.

7.1.6 Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Ginecobstetricia y oportunidad de la asignación de citas en la consulta de

Pediatría. El objetivo de estos indicadores es medir la pertinencia existente entre la solicitud de asignación de la cita para consulta de la especialidad y la asignación de esta, hay que aclarar que la Institución no cuenta con estos servicios directamente sino son contratados con terceros, estos indicadores se realizan debido a que son solicitados semestralmente por la superintendencia nacional de salud.

La secretaria-recepcionista se encarga de verificar la fecha para la cual es asignada la cita al paciente. Estos indicadores cumplen satisfactoriamente con la meta propuesta, estando en aproximadamente la oportunidad entre 5 y 6 días.

7.1.7 Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general.

El objetivo de este indicador es medir la pertinencia existente entre la solicitud de asignación de la cita para consulta externa y la asignación de esta, FORPRESLAUD IPS maneja una agenda de citas diariamente y las citas realizadas telefónicamente la oportunidad de atención es de un día, mostrando una gran ventaja para sus usuarios, la asignación de citas diariamente inicia desde las 6:30 a.m. Este indicador muestra un cumplimiento satisfactorio de la meta estando en 0.16 días. La oportunidad en la asignación de citas aumento en un 86.6% respecto a la primera medición.

7.1.8 Oportunidad en la atención en consulta de Odontología general.

Este indicador tiene como objetivo medir la pertinencia existente entre la solicitud de asignación de la cita para consulta de odontología general y la asignación de esta, inicialmente las citas de odontología eran asignadas por el auxiliar de odontología estando la oportunidad a 6 días aproximadamente, en el mes de julio se realizó un cambio en la asignación de citas de odontología donde actualmente se realizan para el mismo día, quedando como responsable la secretaria-recepcionista. Este

indicador fue de gran ayuda para realizar la modificación donde actualmente cumple completamente con la meta.

7.1.9 Confiabilidad de resultados según servicios de control de gestión. El objetivo enmarcado para este indicador es conocer el porcentaje de diagnósticos acertados que se realizan en la IPS, esta información se obtiene del control de calidad que se realiza por un laboratorio externo mensualmente, enviando unas muestras las cuales deben ser comparadas con los resultados arrojados por la Bacterióloga. Para al última medición este indicador arroja un cumplimiento de un 96.78%, aumentando un 6% respecto a la primera medición.

7.1.10 Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada. Este indicador se realiza principalmente por dar cumplimiento a la circular 030 de 2006 por la Superintendencia Nacional de Salud y por al objetivo de la institución el cual es medir el cumplimiento de las metas recomendadas para los de hipertensión arterial. La medición inicial del indicador indica el incumplimiento de la meta, mostrando que sólo un 49% de los pacientes que llevan seis de hallada su enfermedad pública está controlada. En la última medición del indicador ya cumple satisfactoriamente con las metas, estando un 97% de los pacientes con hipertensión arterial controlada.

7.1.11 Porcentaje de pacientes ingresados a programas de promoción y prevención. La meta propuesta para este indicador es un 15% mensual de incremento de los usuarios a los programa de promoción y prevención, este puede ser por la demanda inducida realizada o la remisión de otros servicios a promoción y prevención. En la última medición se evidenció que se incrementó un 11,11% de los pacientes en todos los programas ofrecidos por la institución en el servicio de promoción y prevención. Este indicador muestra un aumento de 33.4% respecto al primer mes de medición.

7.1.12 Proporción de vigilancia de eventos adversos. El objetivo de este indicador es medir la oportunidad en la gestión de los eventos adversos detectados en el periodo de medición, la medición inicial realizada no cumple con la meta propuesta por la organización, pero muestra un aumento del 37.5% de vigilancia de los eventos adversos en la última toma.

Los eventos adversos son registrados en el formato reporte de eventos adversos (F-MC-03) el cual se encuentra en cada puesto de trabajo y el tratamiento se realiza según el procedimiento de eventos adversos (P-MC-08)

7.1.13 Porcentaje de historias clínicas adecuadas. En la institución es muy importante que las historias clínicas estén correctamente diligenciadas, ya que se depende de la satisfacción del usuario en caso de que la requiera y la facturación realizada a los clientes institucionales. Las historias clínicas adecuadas se evidencian por medio del comité de historias clínicas realizadas mensualmente en cada sede, las cuales son registradas en el formato Reporte de auditoría de historias clínicas (F-MC-02). En la toma del indicador se notó un aumento del 23.5% respecto a la medición inicial, cumpliendo satisfactoriamente con la meta.

7.1.14 Oportunidad en la atención en consulta de urgencias. Este indicador mide el tiempo transcurrido entre la llegada del paciente y la atención por parte del personal médico. En la medición inicial se evidenció el cumplimiento de la meta, en la última medición aumentó un 14% el tiempo de espera del paciente, debido al incremento de usuarios del servicio de urgencias. La atención del servicio de urgencias no solo depende de la llegada del usuario, sino del tipo de Triage presentado por el paciente.

7.1.15 Oportunidad de entrega de pedidos a los puntos de dispensación. El objetivo de este indicador es medir el tiempo medio transcurrido entre la recepción de la solicitud de los puntos y el despacho del pedido. La oportunidad del pedido ha mejorado, pasando de 2 días en enviar al punto de dispensación solicitado a 1.5 días. La importancia de este indicador radica en la entrega oportuna de los medicamentos a los usuarios con el fin de satisfacer sus necesidades.

7.1.16 Caducidad por vencimiento de medicamentos. Este indicador tiene como objetivo medir el porcentaje de medicamentos vencidos que continúan en almacenamiento respecto de la cantidad total de medicamentos almacenados, con el fin de controlar el almacenamiento de los productos y de darle un manejo especial a los medicamentos vencidos. La medición del indicador mejoró en un 69%, disminuyendo la cantidad de medicamentos vencidos almacenados.

7.1.17 Porcentaje de facturación realizada correctamente. La facturación es un tema muy importante en cualquier organización, la facturación realizada correctamente depende de las tarifas contratadas, gracias a una capacitación ofrecida a las auxiliares se cumple satisfactoriamente con la meta, aunque la facturación debería ser 100% correcta para evitar la generación de glosas.

7.1.18 Tiempos de entrega de los pedidos a las sedes. Este indicador mide el cumplimiento del despacho de pedidos desde la sede administrativa a las sedes de FOPRESALUD IPS, la medición del indicador mejoró pasando de 2 días de envío de pedidos a un día. Este indicador es de gran importancia, ya que de una entrega oportuna a las sedes depende una mejor atención al usuario debido a los materiales e insumos necesarios para la prestación de los servicios ofrecidos por la IPS.

7.1.19 Porcentaje de cumplimiento del programa de capacitaciones. La programación realizada de las capacitaciones se ha cumplido satisfactoriamente, debido a que es de gran importancia para la adecuada documentación e implementación del sistema de gestión de la calidad y de los temas necesarios para la adecuada prestación del servicio.

7.1.20 Porcentaje de cumplimiento del programa de mantenimiento de equipos. El indicador evidencia que el cronograma de mantenimiento de equipos no se ha realizado completamente, pero de igual forma el indicador cumple con la meta e incrementó en un 60% respecto al mes de marzo.

Este indicador tiene como objetivo controlar el mantenimiento de equipos programados para el período.

9. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

Luego de finalizar la planificación, documentación, implementación y evaluación del Sistema de Gestión de la Calidad de FORPRESALUD IPS, se realizó un análisis del cumplimiento de los objetivos establecidos al inicio del proyecto. En la tabla 17. Se relacionan los objetivos con el cumplimiento de estos.

Tabla 17. Cumplimiento de Objetivos.

OBJETIVOS	CUMPLIMIENTO	CAPITULOS
<p>Objetivo General: Diseñar, documentar, implementar y evaluar un Sistema de Gestión de Calidad en la empresa FORPRESALUD IPS basado en los requisitos de la Norma NTC-ISO 9001:2008.</p>	<p>El Sistema de Gestión de Calidad de FORPRESALUD IPS fue diseñado, documentado, implementado y evaluado a cabalidad, verificando el cumplimiento de los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008.</p>	<p>Capítulos 4, 5, 6, 7, y 8</p>
<p>Elaborar un diagnóstico del Sistema de Gestión de Calidad, teniendo en cuenta los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008 que permita identificar el estado actual de la empresa, los procesos que harán parte del Sistema de Gestión, así como las fortalezas y debilidades que puedan ser de utilidad para el proceso.</p>	<p>Se realizó un diagnóstico de la empresa según el análisis DOFA (Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas) y según el cumplimiento de los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008, el cual sirvió de guía para la realización del plan de trabajo.</p>	<p>Capítulo 4</p>

OBJETIVOS	CUMPLIMIENTO	CAPITULOS
Sensibilizar, capacitar y comprometer a todo el personal que labora en la empresa FORPRESALUD IPS en cada una de las etapas que conllevan a la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.	Se realizaron las capacitaciones, donde se sensibilizó al personal de la institución, sobre los requisitos de la norma NTC ISO 9001 y los procedimientos documentados de FORPRESALUD IPS. Donde se cumplió con un 91% de asistencia a las capacitaciones planeadas.	Capítulo 5
Documentar los procesos desarrollados en la empresa FORPRESALUD IPS 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 9001:2008.	Se elaboró la documentación para cada proceso de acuerdo a las actividades realizadas en la Institución y a los requisitos legales, contando con la participación activa del personal.	Capítulo 7
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad en la empresa FORPRESALUD IPS estandarizando de esta forma los procesos desarrollados en esta.	Se implementó la documentación realizada para cada proceso, se capacitó al personal sobre el uso de los documentos y formatos, y se verificó su eficacia mediante la implementación de indicadores de gestión.	Capítulo 7

OBJETIVOS	CUMPLIMIENTO	CAPITULOS
Realizar dos auditorías internas para evaluar el estado del Sistema de Gestión de Calidad, e identificar oportunidades de mejora en sus procesos.	Se llevaron a cabo las dos auditorías internas, donde se verificaron las fortalezas, oportunidades de mejora y no conformidades presentadas en el Sistema de Gestión de la Calidad de FORPRESALUD IPS	Capítulo 8
Elaborar e implementar los planes de mejora resultado de las auditorías.	Se realizó el plan de mejora para las dos auditorías, implementando las acciones de manera eficaz en la institución.	Capítulo 8

10. CONCLUSIONES

- El Sistema de Gestión de la Calidad, basado en la norma NTC ISO 9001:2008 para FORPRESALUD IPS, contribuye a la generación de confianza de los clientes institucionales y usuarios, aumenta la satisfacción y brinda la oportunidad de ser una organización más reconocida en el sector de la salud.
- La primera actividad realizada para cumplir con los objetivos, fue el diagnóstico de la organización según el análisis DOFA (Debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas) y según los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2008. Mediante este diagnóstico se identificó que la organización al inicio de proyecto, cumplía con un 25% de los requisitos de la norma, aumentando a un 97% al finalizar el proyecto.
- Se estableció la política y los objetivos de calidad, teniendo en cuenta las directrices de la organización y enfocadas a la consecución de las metas propuestas.
- Se realizaron capacitaciones a todo el personal de FORPRESALUD IPS, con el fin de concientizarlos sobre la importancia de la participación activa de todos para lograr un efectivo Sistema de Gestión de la Calidad y con el fin de conocer los requisitos de la norma NTC ISO 9001 versión 2008.
- La documentación del Sistema de Gestión de la Calidad de la institución se desarrolló basado en los requisitos de la norma NTC ISO 9001, las actividades realizadas en la institución y los requisitos legales establecidos para el sector de la salud.

- En la realización del manual de calidad para FORPRESALUD IPS, se recolectó toda la información de los procesos y se tuvieron en cuenta los principios de la norma NTC ISO 9001:2008: ciclo PHVA (Planear, hacer, verificar y actuar), enfoque hacia los procesos y mejora continua.
- La implementación del Sistema de Gestión de la Calidad de la institución, permite un control a las actividades realizadas en cada proceso, permitiendo la medición de la eficacia del sistema mediante los indicadores implementados para cada proceso.
- Durante todas las etapas realizadas, se contó con el compromiso tanto de la Dirección como del personal, permitiendo establecer un Sistema de Gestión de la Calidad eficaz en toda la organización.
- Al inicio del proyecto, el personal mostró una actitud negativa respecto al cambio, al ir realizando las capacitaciones e ir trabajando sobre la documentación, la actitud fue cambiando poco a poco, ayudando con esto a que el sistema implementado fuera eficaz.

11. RECOMENDACIONES

- Se deben realizar periódicamente capacitaciones a todo el personal, esto permite mantener su compromiso, realicen su trabajo eficientemente y se mejore el Sistema de Gestión de la Calidad de la institución.
- Al momento de realizarse cambios en algún documento del Sistema de Gestión de la Calidad informar a los líderes de procesos involucrados, con el fin de mantener los documentos necesarios actualizados en cada puesto de trabajo.
- Seguir realizando la medición de los indicadores de gestión de cada proceso con la frecuencia determinada para cada uno y realizar el análisis por parte de cada líder de proceso.
- Dar cumplimiento al cronograma de auditorías internas, con el fin de verificar la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad, verificar el cumplimiento de metas y establecer acciones de mejora.
- Seguir realizando mensualmente el comité de calidad, con el fin de aprobar y dar seguimiento a los procesos de la institución, para garantizar el mejoramiento continuo de cada uno.

BIBLIOGRAFÍA

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

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 2200 de 2005. Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones.

MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1995 de 1999. Por el cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica.

MINISTERIO DE SALUD. Resolución 412 de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. NTC ISO 9000:2005. Sistema de Gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACIÓN ICONTEC. NTC ISO 9001:2008. Sistema de gestión de la calidad. Requisitos

**INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACIÓN
ICONTEC.** NTC ISO 9004:2000. Sistema de gestión de la calidad. Directrices para la mejora del desempeño

**INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACIÓN
ICONTEC.** NTC ISO 19011:2002, Directrices para la auditoría de los sistema de gestión de la calidad y/o ambiental

MORALES PINEDA LUIS FELIPE, JAIMES BARAJAS JUDITH. Documentación e implementación de un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2000 para VIVIR S.A.

ANEXOS

ANEXO A. DIAGNÓSTICO DE LA EMPRESA

DIAGNOSTICO DE LA EMPRESA

ESCALA DE VALORACIÓN

0	No esta definido
1	Definido informalmente, no esta documentado
2	Se tiene documentado pero no está normalizado
3	Se encuentra normalizado e implementado parcialmente
4	Se tiene implementado
5	Se evidencian mejoras del requisito

		0	1	2	3	4	5	ACTIVIDAD	% REAL	% IDEAL
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	REQUISITOS GENERALES / ENFOQUE A PROCESOS	1	1					33%	30%	100%
	REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN	1	1					33%		
	MANUAL DE CALIDAD	1	1	1				50%		
	CONTROL DE LOS DOCUMENTOS	1						17%		
	CONTROL DE LOS REGISTROS	1						17%		
5. RESPONSA BILIDAD DE LA DIRECCIÓN	COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN	1						17%	30%	100%
	ENFOQUE AL CLIENTE	1	1					33%		
	POLITICA DE CALIDAD	1	1					33%		
	OBJETIVOS DE CALIDAD	1	1					33%		
	PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD	1						17%		
	RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD	1	1					33%		
	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	1	1	1				50%		
	COMUNICACIÓN INTERNA	1	1					33%		
	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	1						17%		
6. GESTIÓN DE RECURSOS	PROVISIÓN DE RECURSOS	1						17%	25%	100%
	RECURSOS HUMANOS	1	1					33%		
	INFRAESTRUCTURA	1						17%		
	AMBIENTE DE TRABAJO	1	1					33%		
7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	1	1					33%	23%	100%
	PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE	1	1					33%		

	PLANIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO	NA													
	ENTRADAS AL DISEÑO Y DESARROLLO	NA													
	RESULTADOS DEL DISEÑO Y DESARROLLO	NA													
	REVISIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO	NA											0%		
	VERIFICACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO	NA													
	VALIDACIÓN DEL DISEÑO Y DESARROLLO	NA													
	CONTROL DE LOS CAMBIOS DEL DISEÑO Y DESAR.	NA													
	PROCESO DE COMPRAS	1	1										22%		
	INFORMACIÓN DE COMPRAS	1													
	VERIFICACIÓN DEL PRODUCTO COMPRADO	1													
	CRTL. DE LA PROD. Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERV.	1	1												
	VALIDACIÓN DE PROCESOS DE PROD. Y SERV.	1	1												
	IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD	1	1	1									30%		
	PROPIEDAD DEL CLIENTE	1													
	PRESERVACIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO	1													
	CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	1											17%		
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	1	1										33%		
	AUDITORÍA INTERNA	1											17%		
	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS	1											17%		
	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO	1											17%		
	CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME	1											17%		
	ANÁLISIS DE DATOS	1											17%		
	MEJORA DE LA CALIDAD	1													
	ACCIÓN CORRECTIVA	1												17%	
	ACCIÓN PREVENTIVA	1													
	AVANCE DEL PROCESO												25%	100%	

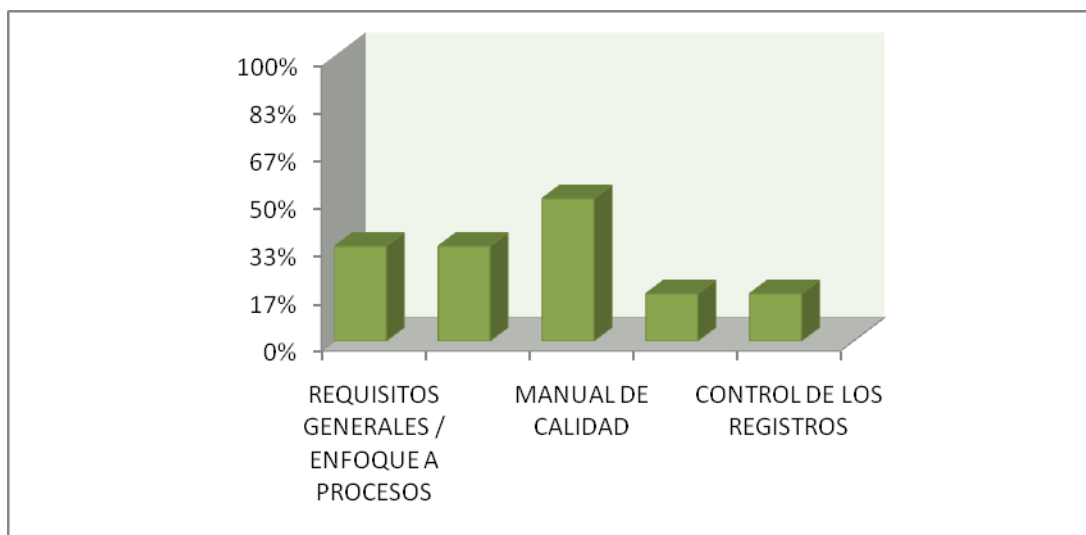
COMENTARIOS GENERALES:

- De acuerdo con el diagnóstico cuantitativo realizado se determina que la empresa FORPRESALUD cumple con un 25% frente a los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2008.
- Es necesario establecer un programa de capacitaciones.
- FORPRESALUS IPS, excluye de su sistema de gestión de calidad, el numeral 7.3 "Diseño y Desarrollo", de la norma ISO 9001:2000; debido a que no realiza actividades de diseño para la prestación de los servicios de salud; los protocolos y guías de atención se encuentran basados en método científicos debidamente comprobados, avalados por la entidad gubernamental competente y/o instituciones Científicas relacionadas.

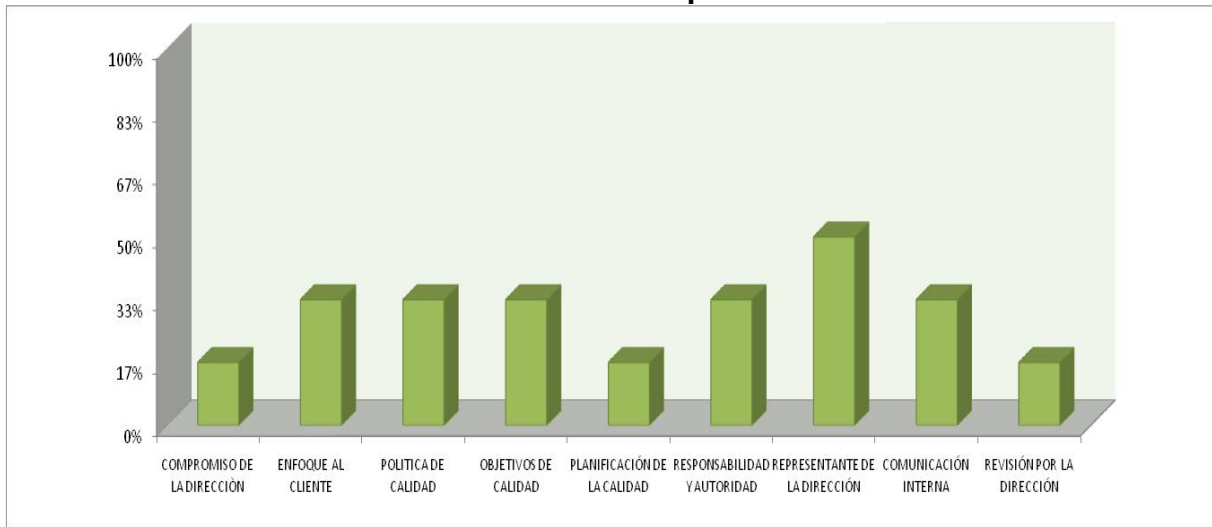
TABLA 1. Diagnóstico de la empresa FORPRESALUD IPS

A continuación se muestran las gráficas que relacionan los porcentajes de cumplimiento de la empresa con los numerales de la NTC ISO 9001:2008:

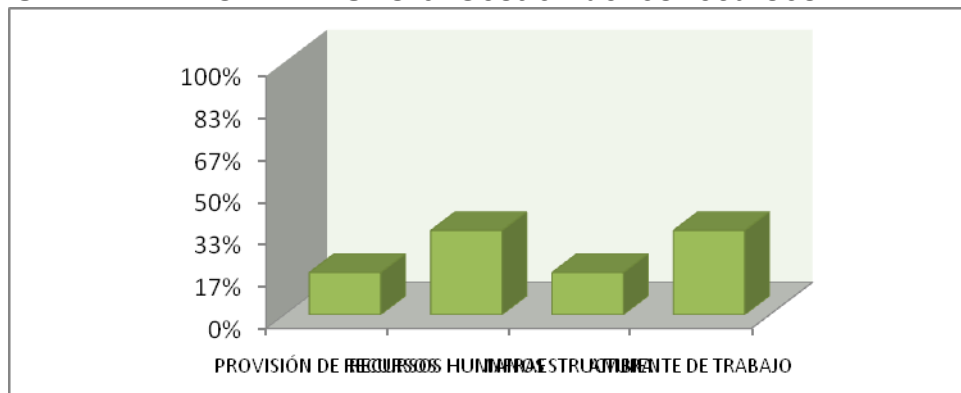
% DE CUMPLIMIENTO CAPITULO 4. Requisitos del SGC



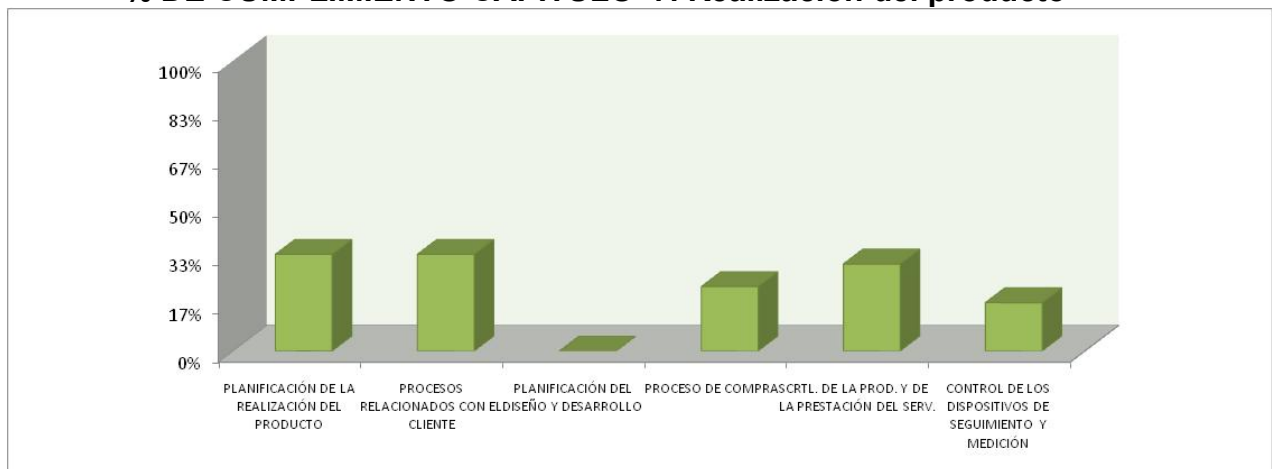
% DE CUMPLIMIENTO CAPITULO 5. Responsabilidad de la dirección



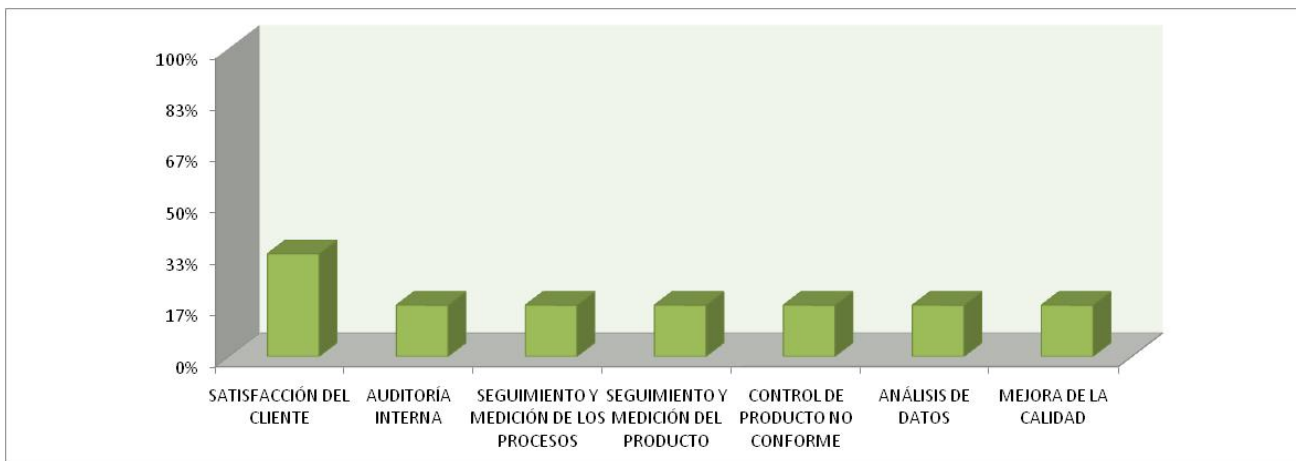
% DE CUMPLIMIENTO CAPITULO 6. Gestión de los recursos



% DE CUMPLIMIENTO CAPITULO 7. Realización del producto



% DE CUMPLIMIENTO CAPITULO 8, Medición, Análisis y mejora



ANEXO B. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
FUNDAMENTACION																									
Introducción a la Norma ISO 9001	Asesor – Facilitadora																								
Gestión por procesos	Asesor – Facilitadora																								
Elaboración del Mapa de procesos y caracterizaciones de los procesos	Coordinadora de calidad y de procesos – Facilitadora																								
Direccionamiento estratégico	Asesor – Facilitadora																								
Elaboración de Misión, Visión, Política y Objetivos de Calidad	Gerente																								
Indicadores de Gestión	Asesor – Facilitadora																								
Elaboración de indicadores de objetivos de calidad y procesos	Asesor – Coordinadores de procesos – Facilitadora																								
Elaboración del procedimiento documentado de control de documentos y control de registros.	Coordinadora de calidad – Facilitadora de Calidad.																								
Gestión de Recursos	Asesor – Facilitadora																								
Elaboración de perfiles de cargos, procedimiento de recurso humano y manejo de infraestructura	Coordinadores de procesos – Facilitadora																								

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO						
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
Prestación del servicio I (Planificación, proceso relacionado con el cliente)	Asesor – Facilitadora																											
Prestación del servicio II (Compras, prestación del servicio)	Asesor – Facilitadora																											
Elaboración del procedimiento de compras.	Coordinadores de Procesos – Facilitadora																											
Elaboración de los procedimientos de las actividades de los servicios.	Coordinadores de procesos - Facilitadora																											
Prestación de servicio III (Control de dispositivos de seguimiento y medición)	Asesor – Facilitadora																											
Elaboración del procedimiento sobre el control de los dispositivos de seguimiento y medición (Manejo logístico)	Coordinadores de procesos - Facilitadora																											
Medición, análisis y mejora I (Seguimiento y medición y control del servicio no conforme)	Asesor – Facilitadora																											
Elaboración de mecanismos de medición de satisfacción del cliente. Definición de mecanismos de seguimiento y medición de procesos y servicios.	Coordinadores de Procesos – Facilitadora																											

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Procedimiento de auditorias internas y procedimiento de control de producto no conforme.	Coordinadora de calidad – Facilitadora																								
Medición, análisis y mejora II (Análisis de datos y mejora continua).	Asesor – Facilitadora																								
Elaboración de documento sobre herramienta de análisis de datos.	Coordinadores de procesos - Facilitadora																								
Procedimiento de acciones correctivas y preventivas.	Coordinadora de calidad - Facilitadora																								
Revisión por la gerencia y Manual de calidad	Asesor – Facilitadora																								
Elaboración del documento guía para la revisión por la dirección y elaboración del manual de calidad	Coordinadora de Calidad - Facilitadora																								
Documentación de actividades adicionales definidas en los diferentes procesos.	Coordinadora de calidad – Coordinadores de procesos – Facilitadora																								
IMPLEMENTACION DEL SISTEMA	Organización																								
EVALUACION Y SEGUIMIENTO																									
Auditoria Interna (Organización)	Auditores Internos – Asesor																								

ANEXO C. MANUAL DE CALIDAD FORPRESALUD IPS

MANUAL DE CALIDAD M-MC-01-V1

CONTROL DE MODIFICACIONES				
VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN	ELABORÓ	REVISÓ
01	Marzo de 2009	Emisión inicial del documento	Facilitadora de Calidad	Asistente de Gerencia
02	Agosto de 2009	Modificación de caracterizaciones de cada proceso	Facilitadora de calidad	Asistente de gerencia
FIRMA DE APROBACION DE LA ULTIMA VERSIÓN				
<div style="border-top: 1px solid black; width: 50%; margin: 0 auto; margin-bottom: 5px;"></div> FIRMA				
NOMBRE: Dr. Cristian Fabián Rojas.				

TABLA DE CONTENIDO

0	Objetivo.....	Pág. 3
1	Alcance y exclusiones.....	Pág. 3
2	Definiciones.....	Pág. 3
3	Reseña Histórica.....	Pág. 4
3.1	Ubicación Estratégica.....	Pág. 5
3.2	Productos Ofrecidos por la Institución.....	Pág. 5
3.3	Estructura organizacional.....	Pág. 5
4.	Sistema de Gestión de la Calidad.....	Pág. 6
4.1	Direccionamiento estratégico.....	Pág. 6
4.1.1	Misión.....	Pág. 6
4.1.2	Visión.....	Pág. 6
4.1.3	Valores institucionales.....	Pág. 6
4.2	Dirección de la calidad.....	Pág. 6
4.2.1	Política de calidad.....	Pág. 6
4.2.2	Objetivos de calidad.....	Pág. 7
4.3	Enfoque basado en procesos.....	Pág. 7
4.3.1	Procesos estratégicos.....	Pág. 9
	PROCESOS	
4.3.2	MISIONALES.....	Pág. 13
4.3.3	Procesos de apoyo.....	Pág. 29
5	Documentación del sistema.....	Pág. 37
6	Responsabilidad de la dirección.....	Pág. 38
6.1	Compromiso de la dirección.....	Pág. 38
6.2	Revisión por la dirección.....	Pág. 38
6.3	Planificación del Sistema de Gestión de Calidad de FORPRESALUD IPS.....	Pág. 38
6.4	Responsabilidad y autoridad.....	Pág. 39
6.5	Comunicación interna.....	Pág. 39
7	Mejora Continua.....	Pág. 39
8	Anexos.....	Pág. 40

0. OBJETIVO

Determinar la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad establecido en “**FORPRESALUD IPS**” frente a los requisitos de la NTC ISO 9001 versión 2008 y la Organización, con base fundamental en la satisfacción de los clientes.

1. ALCANCE Y EXCLUSIONES

El presente Manual aplica a todos los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad implementados en “**FORPRESALUD IPS**”

FORPRESALUD IPS excluye de la implementación del Sistema de gestión de la calidad el numeral 7.3 de la norma ISO 9001 como requisito, debido a que por ser una institución prestadora de servicios de salud, los procedimientos ya se encuentran preestablecidos por parte de la formación profesional y por las pautas definidas por el Ministerio de Protección Social.

2. DEFINICIONES

- **PROCEDIMIENTO:** Documento que describe la forma y los pasos específicos para llevar a cabo un proceso.
- **PROCESO:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.
- **DOCUMENTOS:** Un documento es un conjunto de datos, que poseen un significado relevante que están contenidos en un medio de soporte.
- **MANUAL DE CALIDAD:** Documento que especifica el Sistema de gestión de la Calidad de una organización.
- **GUÍAS O INSTRUCTIVOS:** Documento que detalla una actividad o conjunto de actividades inherente a un proceso o procedimiento y que por su grado de complejidad o por facilidad de comprensión requiere aclararse.
- **PLAN DE CALIDAD:** Documento que especifica qué procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quién debe aplicarlos y cuando deben aplicarse a un proyecto, proceso, producto o contrato específico.
- **FORMATO:** Documentos que sirven para consignar datos generados de una actividad desempeñada, proporcionan evidencia de dicha actividad o presentan resultados obtenidos.

3. RESEÑA HISTÓRICA

En nuestra condición de Institución Prestadora de Servicios de Salud nos hemos distinguido por estar siempre garantizando la calidad de los servicios de salud que se prestan a la población usuaria con base en los lineamientos, estándares, modelo de atención y demás características requeridas por la normatividad vigente, los estándares aprobados por la organización y nuestros usuarios, logrando posicionarnos como la IPS privada de mayor prestigio en las áreas de influencia de los Municipios de Lebrija y Puerto Wilches.

Al inicio de nuestras actividades, hace aproximadamente seis años, asumimos con responsabilidad el reto de organizar y desarrollar una IPS en tal mencionados municipios; con una población usuaria afiliada al SGSSS de 280 personas para quienes debíamos garantizar la atención integral del I Nivel de complejidad contenido en el POS Contributivo, en áreas de diagnóstico, tratamiento, prevención, promoción y rehabilitación.

El anterior esquema, si bien inicialmente el número de personas no permitía alcanzar ni siquiera un nivel de equilibrio con los costos, lo afrontamos con la confianza de dar un excelente servicio y lograr un rápido crecimiento en el número de usuarios lo que nos permitiría la sostenibilidad en el mercado, llegando a un total de 2700 usuarios en 2003, fecha a partir de la cual se detuvo el crecimiento, toda vez que se realizaban afiliaciones al SGSSS pero a la vez también se presentaban retiros, suspensiones y/o traslados.

Lo anterior ha sido producto del esfuerzo de las personas que conforman el equipo de trabajo de la IPS, además de una significativa inversión por parte de los propietarios, que nos ha permitido ofrecer además de los servicios de I Nivel ambulatoria, Atención de Urgencias (En el municipio de Lebrija), Atención de Parto de baja complejidad, Consulta prioritaria por Médico general, Odontología, Consulta externa en las Especialidades de Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Cirugía General y Ortopedia, apoyados por los servicios de II Nivel de Terapia, Nutrición, Psicología, Laboratorio Clínico e imágenes diagnósticas; todos estos servicios en una sola sede de cada municipio, construidas de acuerdo con las características de la normatividad y pensando en los usuarios.

La segunda fase del proyecto, programada para ser ejecutada una vez se logre implementar en su totalidad la ya descrita, contempla la creación y dotación de Sala de Cirugía, con salas de Hospitalización que garanticen la atención integral de las especialidades ya descritas en paciente programados (electivos) y un porcentaje de los pacientes que requieran atención de este nivel en condición de Urgencias.

3.1 UBICACIÓN ESTRATEGICA

La oficina principal de FORPRESALUD IPS está ubicada en la Calle 35 # 28-21 en Bucaramanga de donde se encuentra la gerencia y el departamento de contabilidad.

Cuenta con una sede en el Municipio de Lebrija y otra en el municipio de Puerto Wilches, en donde se encuentran los procesos misionales de la institución.

3.2 SERVICIOS PRESTADOS POR LA INSTITUCIÓN

FORPRESALUD IPS es una Institución prestadora de Servicios de Salud de Baja y Mediana Complejidad; en las cuales se realizan actividades integrales de I nivel y ambulatorias (Consulta Externa) de algunas especialidades, dirigidas a la población del área de influencia de los municipios de Lebrija y Puerto Wilches.

Presta sus servicios a usuarios de diferentes EPS, con los cuales se tenga un contrato vigente por prestación de servicios o bajo capitación de volumen de usuarios.

FORPRESALUD cuenta con una atención efectiva oportuna y accesible a la población para el primer nivel de atención básica mediante:

- Entrega de Medicamentos
- Consulta médica general
- Fisioterapia
- Urgencias (24 horas)
- Laboratorio clínico:
- Atención en Promoción y prevención
- Servicio de Consulta Odontológica

3.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La estructura orgánica FORPRESALUD IPS se ha desarrollado dentro de un concepto de estructura plana, en la cual solo existe tres niveles jerárquicos que son: Gerencial, Coordinación y Operativo, este último se conforma por los profesionales y personal auxiliar o de apoyo.

La comunicación al interior de la empresa debe ser fluida, sin obstáculos ni demoras, lo que se deberá convertir en una fortaleza a la hora de desarrollar los diferentes procesos para garantizar la prestación de servicios.

El organigrama de FORPRESALUD IPS se relaciona en el Anexo 1.

4. SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

4.1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

4.1.1 MISION

Somos una institución prestadora de servicios de salud, orientada al mejoramiento de las condiciones integrales de salud de sus usuarios, mediante el desarrollo de programas de promoción y prevención, prestación de servicios de salud y el suministro de medicamentos, de manera oportuna y confiable.

Ofrecemos una atención integral, ética y humanizada, con calidad científica y tecnológica, que responde a las necesidades y expectativas de los usuarios y su entorno. Contamos con un equipo altamente calificado, comprometido con el crecimiento empresarial de nuestra institución.

4.1.2 VISION

FORPRESALUD en el año 2012 será líder en la prestación de servicios de salud en todo nivel de complejidad y el suministro y distribución de medicamentos con proyección nacional, siendo reconocidos por la calidad en la atención de sus usuarios y el cumplimiento de los requisitos del cliente, con calidad total y mejoramiento continuo para cumplir nuestro objetivo.

4.1.3 VALORES INSTITUCIONALES

- Ética
- Idoneidad
- Lealtad
- Respeto
- Servicio

4.2 DIRECCION DE LA CALIDAD

4.2.1. POLITICA DE CALIDAD

FORPRESALUD IPS, tiene como política de calidad prestar servicios integrales de salud y suministrar medicamentos de manera oportuna, con accesibilidad y trato humano, orientados al mejoramiento de la calidad de vida de sus usuarios y a la generación de beneficios de sus clientes. Contamos con personal idóneo, una infraestructura adecuada y una administración eficiente de los recursos.

Buscamos la satisfacción de nuestros usuarios y de nuestros clientes a través de la mejora continua de nuestros servicios.

4.2.2 OBJETIVOS DE CALIDAD

- Satisfacer las necesidades de salud de nuestros usuarios.
- Garantizar la oportunidad y accesibilidad en la atención de usuarios.
- Contar con la infraestructura adecuada para la prestación de servicios.
- Garantizar personal idóneo y competente en la institución.
- Mejorar la eficacia de los procesos con los que cuenta la empresa.
- Asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para la prestación de servicios.
- Identificar nuevas oportunidades de negocios y fidelizar los clientes actuales.

4.3 ENFOQUE BASADO EN PROCESOS

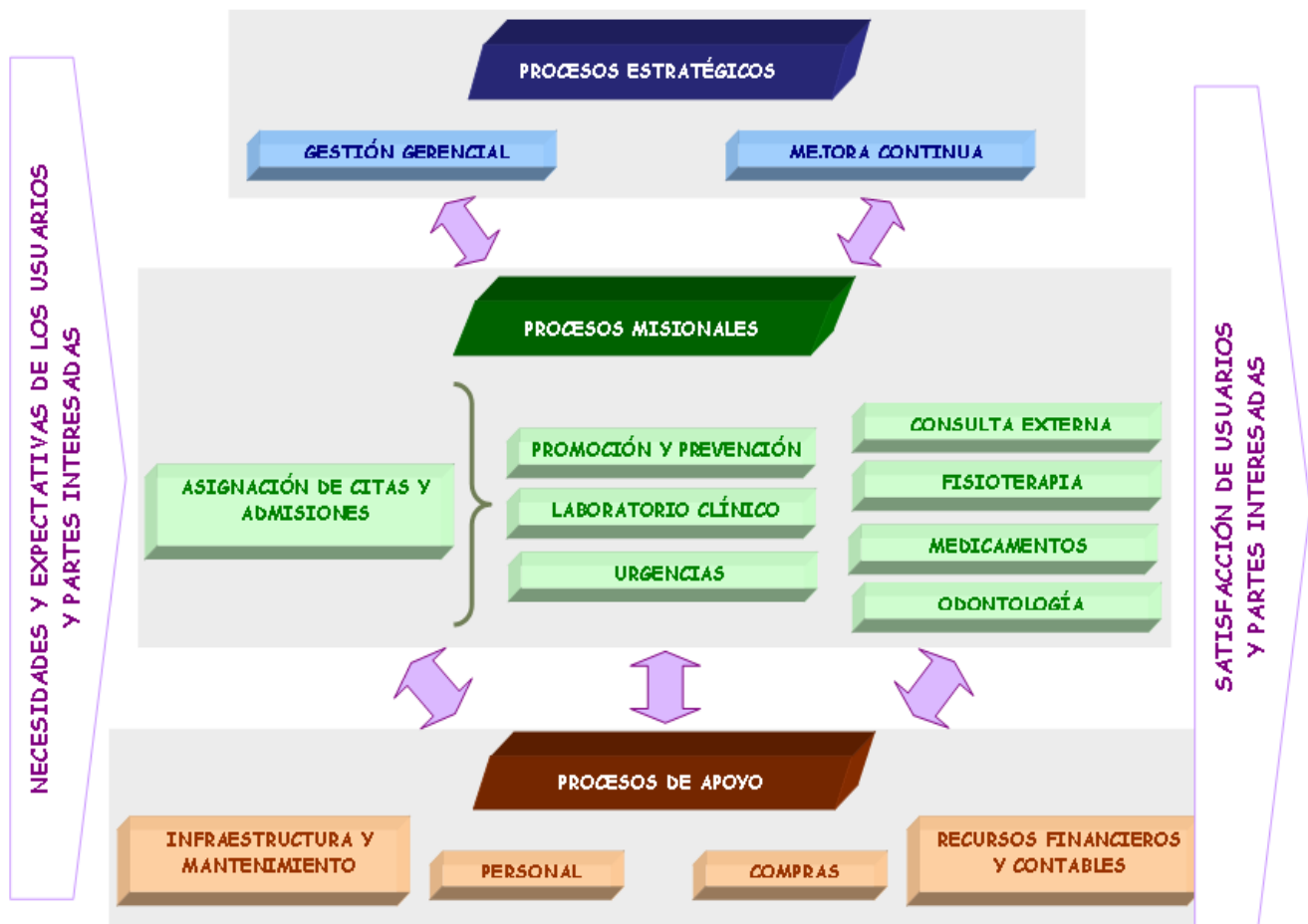
FORPRESALUD IPS dispone de un mapa de procesos en donde se relacionan todos los procesos tanto operativos, como aquellos requeridos para poner a disposición de la organización los recursos necesarios y asegurar un sistema eficiente.

- **Procesos Estratégicos:** Estos procesos, permiten orientar y asegurar la coherencia de los procesos misionales y de apoyo. Dentro de estos procesos se encuentran: Gestión gerencial y mejora continua.

- **Procesos Misionales:** Son procesos que tienen gran importancia sobre la expectativa del cliente y que consumen gran parte de los recursos de la organización. Dentro de estos procesos se encuentran: Asignación de citas y admisiones, Promoción y prevención, Laboratorio Clínico, Urgencias, Consulta externa, Fisioterapia, Odontología y medicamentos.
- **Procesos de Apoyo:** Contribuyen al adecuado desarrollo de los procesos operacionales, asegurando los recursos necesarios; son procesos en los que el cliente es interno. Estos procesos son Infraestructura y mantenimiento, Personal, compras y Recursos financieros y contables.

A continuación se presenta el mapa de procesos en el se identifican los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y su respectiva interacción.

MAPA DE PROCESOS



4.3.1 Procesos estratégicos – Ficha del proceso

DESCRIPCION DEL PROCESO: GESTIÓN GERENCIAL				
PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
PROCESOS ESTRATÉGICOS		PLANEAR <ul style="list-style-type: none"> PROGRAMACIÓN DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD. PLANEACIÓN DEL PRESUPUESTO PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA IPS PLANIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA IPS DIRECTRICES PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LAS SEDES PLANIFICACIÓN DE RECURSOS PARA LA EJECUCIÓN DE CONTRATOS PLANEAR DOCUMENTACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS PLANEACIÓN DE ESTRUCTURA Y TARIFAS PARA PROPUESTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS HACER <ul style="list-style-type: none"> DEFINICIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO DE LA IPS. REALIZACIÓN DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. CONTROLAR LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO AUTORIZACIONES PARA COMPRAS DE LA IPS DEFINICIÓN DE AUTORIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL. ASIGNACIÓN Y EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS. REVISIÓN DE INFORMES MENSUALES DE TODOS LOS PROCESOS. ELABORACIÓN DE INFORME DE INDICADORES DEL PROCESO DETERMINACIÓN DE REQUISITOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO VERIFICAR <ul style="list-style-type: none"> SEGUIMIENTO DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS VERIFICACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO SEGUIMIENTO DE LAS COMPRAS EJECUTADAS REVISIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL GESTIÓN GERENCIAL. VERIFICACIÓN DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN. SEGUIMIENTO A LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL. EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS REVISIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO ACTUAR <ul style="list-style-type: none"> ESTABLECER PLANES DE MEJORA GENERACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS PARA EL PROCESO 	PROCESOS ESTRATÉGICOS	
MEJORA CONTINUA	<ul style="list-style-type: none"> PLANES DE MEJORAMIENTO PAUTAS PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS. PAUTAS PARA GENERACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. PROGRAMACIÓN DE AUDITORIA INFORMES DE AUDITORIA 		<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE CREACIÓN Y/O MODIFICACIÓN DE DOCUMENTOS. SOLICITUD DE PAUTAS PARA ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. SOLICITUD DE AUDITORIAS INTERNAS INFORMACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN 	MEJORA CONTINUA
PROCESOS MISIONALES			PROCESOS MISIONALES	
TODOS LOS PROCESOS	INFORMES DE DESEMPEÑO DEL PROCESO		<ul style="list-style-type: none"> MISIÓN, VISION, POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD INFORMACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO 	TODOS LOS PROCESOS
CLIENTES	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE SERVICIO Y TARIFAS NECESIDADES DE LOS CLIENTES 		CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO LEGALIZADO	CLIENTES
PROCESOS DE APOYO			PROCESOS DE APOYO	
COMPRAS	PRODUCTOS O SERVICIOS COMPRADOS		SOLICITUD DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS.	COMPRAS
PERSONAL	PERSONAL CONTRATADO, CAPACITADO Y EVALUADO.		SOLICITUD DE PERSONAL, CAPACITACIONES Y EVALUACIÓN	PERSONAL
INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> EQUIPOS CON MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO. INFRAESTRUCTURA ADECUADA. 	<ul style="list-style-type: none"> REQUERIMIENTO DE MANTENIMIENTOS LOCATIVOS NECESIDAD DE CALIBRACIÓN Y/O MANTENIMIENTO DE EQUIPOS. SOLICITUD DE SOPORTE TÉCNICO 	INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO	
RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES	<ul style="list-style-type: none"> INFORMES CONTABLES ESTADOS FINANCIEROS 	SOLICITUD DE INFORMES CONTABLES Y DE ESTADOS FINANCIEROS	RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES	

FICHA DEL PROCESO			
PROCESO	GESTIÓN GERENCIAL	LIDER DEL PROCESO	GERENTE
OBJETIVO DEL PROCESO	ESTABLECER LAS DIRECTRICES GERENCIALES DE LA INSTITUCIÓN Y CONTROLAR SU CUMPLIMIENTO		
PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASISTENTE DE GERENCIA ▪ COMITÉ DE CALIDAD 		

RECURSOS	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	MECANISMOS DE MEDICION
<ul style="list-style-type: none"> ▪ RECURSO HUMANO ▪ EQUIPOS DE COMPUTO ▪ INFRAESTRUCTURA ▪ PAPELERIA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ COMITÉ DE CALIDAD ▪ AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD ▪ GERENCIA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PORCENTAJE DE INDICADORES DE GESTIÓN CON META CUMPLIDA

REQUISITOS LEGALES	REQUISITOS NTC – ISO 9001
<ul style="list-style-type: none"> ▪ DECRETO 1011 DE 2006. POR EL CUAL SE ESTABECE EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ REQUISITOS GENERALES: 4.1- REQUISITOS GENERALES, 4.2- REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN, 8.1 – GENERALIDADES 8.2.3- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS, 8.4- ANÁLISIS DE DATOS, 8.5- MEJORA ▪ REQUISITOS ESPECIFICOS: 5.1- COMPROMISO DE LA DIRECCION, 5.2- ENFOQUE AL CLIENTE, 5.3- POLITICA DE LA CALIDAD, 5.4- PLANIFICACION, 5.5- RESPONSABILIDAD AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN, 5.6- REVISION POR LA DIRECCIÓN, 6.1- PROVISION DE LOS RECURSOS, 7.2 – PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE

DOCUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ MISION, VISION, POLITICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD. ▪ PROCEDIMIIENTO DE REVISION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD ▪ PROCEDIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE NEGOCIOS CON CLIENTES

DESCRIPCION DEL PROCESO: MEJORA CONTINUA

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
PROCESOS ESTRATÉGICOS		PLANEAR <ul style="list-style-type: none"> PROGRAMACION DE COMITÉS DE CALIDAD PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD. GENERACIÓN DEL PLAN DE AUDITORIA PLANEACION DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PLANIFICACION DE ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE GESTION (SOCIALIZACION). HACER <ul style="list-style-type: none"> IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD. ORIENTACIÓN PARA LA GENERACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. ORIENTACIÓN SOBRE EL MANEJO Y CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS. CREACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS. GENERACIÓN DE PAUTAS PARA EL MANEJO DE PRODUCTOS NO CONFORMES. EJECUCIÓN DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD. REALIZACIÓN DE INFORMES DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD ACOMPAÑAMIENTO A TODOS PROCESOS EN LA GENERACION DE PLANES DE MEJORA. VERIFICAR <ul style="list-style-type: none"> EL CUMPLIMIENTO DE LAS AUDITORIAS INTERNAS. SEGUIMIENTO AL CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS. SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD. SEGUIMIENTO AL CIERRE DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. VERIFICACIÓN DE LOS PRODUCTOS NO CONFORMES CONTROL DE CUMPLIMIENTO DE RESPONSABILIDADES DEL PERSONAL REVISION Y ANALISIS DE INDICADORES CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS ACTUAR <ul style="list-style-type: none"> PLANES DE MEJORA GENERACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS 	PROCESOS ESTRATÉGICOS	
<ul style="list-style-type: none"> GESTIÓN GERENCIAL 	<ul style="list-style-type: none"> MISION, VISION, POLITICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD INFORMACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO 		<ul style="list-style-type: none"> INFORMES DE DESEMPEÑO DEL PROCESO 	<ul style="list-style-type: none"> GESTION GERENCIAL
PROCESOS MISIONALES			PROCESOS MISIONALES	
<ul style="list-style-type: none"> TODOS LOS PROCESOS 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE CREACIÓN Y/O MODIFICACION DE DOCUMENTOS. SOLICITUD DE PAUTAS PARA ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. SOLICITUD DE AUDITORIAS INTERNAS INFORMACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN 		<ul style="list-style-type: none"> PLANES DE MEJORAMIENTO PAUTAS PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS. PAUTAS PARA GENERACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS INFORMES DE AUDITORIAS 	<ul style="list-style-type: none"> TODOS LOS PROCESOS
PROCESOS DE APOYO			PROCESOS DE APOYO	
<ul style="list-style-type: none"> COMPRAS 	<ul style="list-style-type: none"> PRODUCTOS O SERVICIOS COMPRADOS 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS. 	<ul style="list-style-type: none"> COMPRAS 	
<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL 	<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL CONTRATADO, CAPACITADO Y EVALUADO. 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE PERSONAL, CAPACITACIONES Y EVALUACION 	<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL 	
<ul style="list-style-type: none"> INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO 	<ul style="list-style-type: none"> EQUIPOS CON MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO. INFRAESTRUCTURA ADECUADA. 	<ul style="list-style-type: none"> REQUERIMIENTO DE MANTENIMIENTOS LOCATIVOS NECESIDAD DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS SOLICITUD DE SOPORTE TECNICO 	<ul style="list-style-type: none"> INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO 	

FICHA DEL PROCESO			
PROCESO	MEJORA CONTINUA	LIDER DEL PROCESO	GERENTE
OBJETIVO DEL PROCESO	DOCUMENTAR, IMPLEMENTAR Y REALIZAR SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LA INSTITUCIÓN		
PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASISTENTE DE GERENCIA ▪ FACILITADORA DE CALIDAD 		
RECURSOS	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	MECANISMOS DE MEDICION	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ RECURSO HUMANO ▪ EQUIPOS DE COMPUTO ▪ INFRAESTRUCTURA ▪ PAPELERÍA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ COMITÉ DE CALIDAD ▪ AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PORCENTAJE DE INDICADORES DE GESTIÓN CON META CUMPLIDA ▪ CUMPLIMIENTO DE AUDITORIAS INTERNAS 	
REQUISITOS LEGALES		REQUISITOS NTC – ISO 9001	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ DECRETO 1011 DE 2006. POR EL CUAL SE ESTABECE EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ▪ ISO 9000. SISTEMAS DE GESTION DE LA CALIDAD. FUNDAMENTOS Y VOCABULARIO ▪ ISO 9001. SISTEMAS DE GESTION DE LA CALIDAD. REQUISITOS 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ REQUISITOS GENERALES: 4.1- REQUISITOS GENERALES, 4.2- REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN, 8.1 – GENERALIDADES 8.2.3- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS, 8.4- ANÁLISIS DE DATOS, 8.5- MEJORA ▪ REQUISITOS ESPECIFICOS: 4.2.1- GENERALIDADES, 4.2.2- MANUAL DE LA CALIDAD, 4.2.3- CONTROL DE LOS DOCUMENTOS, 4.2.4- CONTROL DE LOS REGISTROS, 8.2.1- SATISFACCIÓN DEL CLIENTE, 8.2.2- AUDITORIA INTERNA, 8.3- CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME, 8.5- MEJORA 	
DOCUMENTOS			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE DOCUMENTOS ▪ PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE REGISTROS ▪ PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD ▪ PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS ▪ PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME ▪ MANUAL DE CALIDAD 			

4.3.2 Procesos misionales – Fichas del proceso

DESCRIPCION DEL PROCESO: ASIGNACION DE CITAS Y ADMISIONES				
PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
PROCESOS ESTRATEGICOS		PLANEAR <ul style="list-style-type: none"> PROGRAMACION DE AGENDAS. PLANIFICACIÓN DE HORARIOS DEL PERSONAL DE ATENCION PROGRAMACIÓN DE RECURSOS OPERACIONALES 	PROCESOS ESTRATEGICOS	
<ul style="list-style-type: none"> GESTIÓN GERENCIAL 	<ul style="list-style-type: none"> MISION, VISION, POLITICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD INFORMACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO 		<ul style="list-style-type: none"> INFORMES DE DESEMPEÑO DEL PROCESO 	<ul style="list-style-type: none"> GESTIÓN GERENCIAL
<ul style="list-style-type: none"> MEJORA CONTINUA 	<ul style="list-style-type: none"> PLANES DE MEJORAMIENTO PAUTAS PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS. PAUTAS PARA GENERACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS INFORMES DE AUDITORIAS 	HACER <ul style="list-style-type: none"> ATENCIÓN AL PÚBLICO RECEPCIÓN Y ASIGNACIÓN DE CITAS INFORMACIÓN DE REQUISITOS PARA ACCEDER AL SERVICIO DIRECCIONAMIENTO DE USUARIOS A LOS SERVICIOS DE LA IPS ASIGNACIÓN DE CITAS NO PROGRAMADAS RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS RECAUDO DE CUOTAS MODERADORAS REGISTRO EN EL SISTEMA ELABORACIÓN DE INFORME DE INDICADORES DEL PROCESO 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE CREACIÓN Y/O MODIFICACION DE DOCUMENTOS. SOLICITUD DE PAUTAS PARA ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. SOLICITUD DE AUDITORIAS INTERNAS INFORMACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN 	<ul style="list-style-type: none"> MEJORA CONTINUA
PROCESOS MISIONALES		VERIFICAR <ul style="list-style-type: none"> VERIFICACIÓN EN BASE DE DATOS DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE VERIFICACIÓN DE LA ASIGNACIÓN CORRECTA DE LA CITA CONTROL DE CAJA MENOR EL CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS VERIFICACIÓN DE HORARIOS DE PERSONAL 	PROCESOS MISIONALES	
<ul style="list-style-type: none"> USUARIO 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE ASIGNACION, CANCELACION O MODIFICACION DE CITAS 		<ul style="list-style-type: none"> CITA ASIGNADA, CANCELADA Y/O MODIFICADA 	<ul style="list-style-type: none"> USUARIO
<ul style="list-style-type: none"> CONSULTA EXTERNA 				<ul style="list-style-type: none"> CONSULTA EXTERNA
<ul style="list-style-type: none"> PROMOCION Y PREVENCIÓN 				<ul style="list-style-type: none"> PROMOCION Y PREVENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> FISIOTERAPIA 				<ul style="list-style-type: none"> FISIOTERAPIA
<ul style="list-style-type: none"> ODONTOLOGÍA 				<ul style="list-style-type: none"> ODONTOLOGÍA
<ul style="list-style-type: none"> URGENCIAS 	<ul style="list-style-type: none"> USUARIO ATENDIDO 	<ul style="list-style-type: none"> ADMISION DEL USUARIO 	<ul style="list-style-type: none"> URGENCIAS 	
PROCESOS DE APOYO		ACTUAR <ul style="list-style-type: none"> PLANES DE MEJORA. GENERACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. 	PROCESOS DE APOYO	
<ul style="list-style-type: none"> INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO 	<ul style="list-style-type: none"> EQUIPOS CON MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO. INFRAESTRUCTURA ADECUADA. 		<ul style="list-style-type: none"> REQUERIMIENTO DE MANTENIMIENTOS LOCATIVOS NECESIDAD DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS SOLICITUD DE SOPORTE TECNICO 	<ul style="list-style-type: none"> INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> COMPRAS 	<ul style="list-style-type: none"> PRODUCTOS Y/O SERVICIOS COMPRADOS 		<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS 	<ul style="list-style-type: none"> COMPRAS
<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL 	<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL CONTRATADO, CAPACITADO Y EVALUADO. 		<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE PERSONAL, CAPACITACIONES Y EVALUACION 	<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL

FICHA DEL PROCESO			
PROCESO	ASIGNACION DE CITAS Y ADMINISIONES	LIDER DEL PROCESO	SECRETARIA-RECEPCIONISTA
OBJETIVO DEL PROCESO	GARANTIZAR LA ASIGNACION DE CITAS Y LA ADMISION OPORTUNA Y CORRECTA DE LOS USUARIOS A LOS SERVICIOS.		
PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ COORDINADOR ADMINISTRATIVO ▪ AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA ▪ AUXILIAR DE FACTURACIÓN DE URGENCIAS 		

RECURSOS	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	MECANISMOS DE MEDICION
<ul style="list-style-type: none"> ▪ BASE DE DATOS DE USUARIOS ▪ RECURSO HUMANO ▪ EQUIPOS DE COMPUTO ▪ CONMUTADOR ▪ INFRAESTRUCTURA ▪ SOFTWARE MEDISOFT ▪ PAPELERÍA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ COMITÉ DE CALIDAD ▪ AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD ▪ SEGUIMIENTO DIARIO A CUADRE DE CAJA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL ▪ ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO ▪ PORCENTAJE DE QUEJAS GESTIONADAS ▪ OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN LA CONSULTA DE GINECOBSTETRICIA ▪ OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA ▪ OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN LA CONSULTA MÉDICA GENERAL ▪ OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL
REQUISITOS LEGALES		REQUISITOS NTC – ISO 9001
<ul style="list-style-type: none"> ▪ DECRETO 1011 DE 2006. POR EL CUAL SE ESTABECE EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ▪ RESOLUCION 1995 DE 1999. POR LA CUAL SE ESTABLECEN LAS NORMAS PARA EL MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS ▪ CIRCULAR 030 DE 2006- INSTRUCCIONES EN MATERIA DE INDICADORES DE CALIDAD PARA EVALUAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ REQUISITOS GENERALES: 4.1- REQUISITOS GENERALES, 4.2- REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN, 8.1 – GENERALIDADES 8.2.3- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS, 8.4- ANÁLISIS DE DATOS, 8.5- MEJORA ▪ REQUISITOS ESPECIFICOS: 7.1- PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO, 7.5- PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO, 8.2.1- SATISFACCIÓN DEL CLIENTE, 8.2.3- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS, 8.2.4- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO, 8.3- CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME
DOCUMENTOS		
<ul style="list-style-type: none"> • PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DE USUARIOS • PROCEDIMIENTO PARA LA ASIGNACIÓN DE CITAS • PROCEDIMIENTO PARA EL INGRESO DE PACIENTES A URGENCIAS 		

DESCRIPCION DEL PROCESO: LABORATORIO CLINICO

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES	
PROCESOS ESTRATEGICOS		PLANEAR <ul style="list-style-type: none"> PLANEACIÓN DE INSUMOS PLANEACIÓN DEL ANALISIS DE MUESTRAS PLANEACIÓN DE HORARIOS PARA TOMA DE MUESTRAS 	PROCESOS ESTRATÉGICOS		
<ul style="list-style-type: none"> GESTIÓN GERENCIAL 	<ul style="list-style-type: none"> MISIÓN, VISIÓN, POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD INFORMACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO 		<ul style="list-style-type: none"> INFORMES DE DESEMPEÑO DEL PROCESO 	<ul style="list-style-type: none"> GESTIÓN GERENCIAL 	
<ul style="list-style-type: none"> MEJORA CONTINUA 	<ul style="list-style-type: none"> PLANES DE MEJORAMIENTO PAUTAS PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS. PAUTAS PARA GENERACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS INFORMES DE AUDITORIAS 	HACER <ul style="list-style-type: none"> GESTION DE TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA FACTURACION DE SERVICIOS RECEPCIÓN USUARIO Y COMPROBACIÓN DE DERECHOS OBTENCIÓN DE LA MUESTRA RECEPCIÓN DE LA MUESTRA Y DE LA ORDEN ALMACENAMIENTO DE LA MUESTRA ANÁLISIS DE LA MUESTRA DIGITACIÓN DE LOS RESULTADOS REVISIÓN Y VERIFICACIÓN DE RESULTADOS ENTREGA DE RESULTADOS REGISTRO DE RESULTADOS EN EL SISTEMA UTILIZACIÓN DE CONTROLES DE CALIDAD INTERNOS Y EXTERNOS ENVÍO DE CONTROLES A ENTIDADES EXTERNAS ELABORACIÓN DE INFORME DE INDICADORES DEL PROCESO 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE CREACIÓN Y/O MODIFICACION DE DOCUMENTOS. SOLICITUD DE PAUTAS PARA ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. SOLICITUD DE AUDITORIAS INTERNAS INFORMACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN 	<ul style="list-style-type: none"> MEJORA CONTINUA 	
PROCESOS MISIONALES			PROCESOS MISIONALES		
<ul style="list-style-type: none"> USUARIO 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE EXÁMENES 	<ul style="list-style-type: none"> REVISIÓN Y VERIFICACIÓN DE RESULTADOS ENTREGA DE RESULTADOS REGISTRO DE RESULTADOS EN EL SISTEMA UTILIZACIÓN DE CONTROLES DE CALIDAD INTERNOS Y EXTERNOS ENVÍO DE CONTROLES A ENTIDADES EXTERNAS ELABORACIÓN DE INFORME DE INDICADORES DEL PROCESO 	<ul style="list-style-type: none"> USUARIO ATENDIDO RESULTADOS DE EXÁMENES 	<ul style="list-style-type: none"> USUARIO 	
<ul style="list-style-type: none"> PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 				<ul style="list-style-type: none"> PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 	
<ul style="list-style-type: none"> CONSULTA EXTERNA 				<ul style="list-style-type: none"> CONSULTA EXTERNA 	
<ul style="list-style-type: none"> URGENCIAS 				<ul style="list-style-type: none"> URGENCIAS 	
PROCESOS DE APOYO		PROCESOS DE APOYO			
<ul style="list-style-type: none"> INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO 	<ul style="list-style-type: none"> EQUIPOS CON MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO. INFRAESTRUCTURA ADECUADA. 	VERIFICAR <ul style="list-style-type: none"> VERIFICACIÓN DE DATOS CALIBRACIÓN DE LOS EQUIPOS CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS VERIFICACIÓN DE CARACTERÍSTICAS Y PORCENTAJE DE INSUMOS CUMPLIMIENTO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS DEL PROCESO VERIFICACIÓN DE RESULTADOS DE CONTROLES DE CALIDAD 	<ul style="list-style-type: none"> REQUERIMIENTO DE MANTENIMIENTOS LOCATIVOS NECESIDAD DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS SOLICITUD DE SOPORTE TECNICO 	<ul style="list-style-type: none"> INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO 	
<ul style="list-style-type: none"> COMPRAS 	<ul style="list-style-type: none"> PRODUCTOS Y/O SERVICIOS COMPRADOS 		<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD PRODUCTOS Y/O SERVICIOS 	<ul style="list-style-type: none"> COMPRAS 	
<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL 	<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL CONTRATADO, CAPACITADO Y EVALUADO. 		<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE PERSONAL, CAPACITACIONES Y EVALUACION 	<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL 	
<ul style="list-style-type: none"> RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE RECAUDO DE CUOTA MODERADORA TIEMPOS DE ENTREGA DE FACTURACIÓN 		ACTUAR <ul style="list-style-type: none"> PLANES DE MEJORA GENERACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. 	<ul style="list-style-type: none"> INFORMES SOBRE RECAUDO DE CUOTAS MODERADORAS CON SOPORTES FACTURAS Y SOPORTES 	<ul style="list-style-type: none"> RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES

FICHA DEL PROCESO: LABORATORIO CLÍNICO			
PROCESO	LABORATORIO CLÍNICO	LIDER DEL PROCESO	BACTERIOLOGA
OBJETIVO DEL PROCESO	GARANTIZAR RESULTADOS DE ANÁLISIS CONFIABLES PARA UN ADECUADO DIAGNÓSTICO A LOS PACIENTES		
PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none"> SECRETARIA-RECEPCIONISTA 		

RECURSOS	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	MECANISMOS DE MEDICION
<ul style="list-style-type: none"> SOFTWARE MEDISOFT PERSONAL EQUIPOS DE COMPUTO CONMUTADOR INFRAESTRUCTURA EQUIPOS ESPECIALIZADOS PAPELERÍA 	<ul style="list-style-type: none"> COMITÉ DE CALIDAD AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD AUDITORIAS EXTERNAS 	<ul style="list-style-type: none"> TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS PORCENTAJE DE QUEJAS GESTIONADAS CONFIABILIDAD DE RESULTADOS SEGÚN SERVICIOS DE CONTROL DE GESTIÓN
REQUISITOS LEGALES		REQUISITOS NTC – ISO 9001
<ul style="list-style-type: none"> RESOLUCION 1995 DE 1999. POR LA CUAL SE ESTABLECEN LAS NORMAS PARA EL MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS DECRETO 1011 DE 2006. POR EL CUAL SE ESTABECE EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD CIRCULAR 030 DE 2006- INSTRUCCIONES EN MATERIA DE INDICADORES DE CALIDAD PARA EVALUAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. RESOLUCIÓN 320 DE 1997. POR EL CUAL SE ADOPTA EL MANUAL DE NORMAS TÉCNICAS, ADMINISTRATIVAS Y CIENTÍFICAS PARA EL LABORATORIO CLÍNICO. 		<ul style="list-style-type: none"> REQUISITOS GENERALES: 4.1- REQUISITOS GENERALES, 4.2- REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN, 8.1 – GENERALIDADES 8.2.3- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS, 8.4- ANÁLISIS DE DATOS, 8.5- MEJORA REQUISITOS ESPECIFICOS: 7.1- PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO, 7.5- PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO, 7.6- CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN, 8.2.1- SATISFACCIÓN DEL CLIENTE, 8.2.3- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS, 8.2.4- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO, 8.3- CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME
DOCUMENTOS		
<ul style="list-style-type: none"> PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN LABORATORIO CLÍNICO MANUAL DE OPERACIONES DE EQUIPOS MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MANUAL DE INMUNOLOGÍA MANUAL DE PROCEDIMIENTO DE UROANÁLISIS Y PARASITOLOGÍA MANUAL DE HEMATOLOGÍAS MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE QUÍMICA CLÍNICA 		

DESCRIPCION DEL PROCESO: PROMOCION Y PREVENCION					
PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES	
PROCESOS ESTRATÉGICOS		PLANEAR <ul style="list-style-type: none"> PROGRAMACION DE ACTIVIDADES. PLANIFICACION DE RECURSOS E INSTALACIONES. PLANEACIÓN DE AGENDAS HACER <ul style="list-style-type: none"> GESTION DE TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA FACTURACION DE SERVICIOS PROGRAMACION DE CONSULTAS POR PROGRAMA INFORMACION DE REQUISITOS PARA ACCEDER AL SERVICIO ATENCION EN PROMOCION Y PREVENCION: <ul style="list-style-type: none"> DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO VACUNACIÓN DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL JOVEN DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIÓN DEL EMBARAZO CONTROL POSTPARTO CONTROL DEL RECIÉN NACIDO GUIA DE ATENCION EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR A HOMBRES Y MUJERES DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL ADULTO MAYOR DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE SENO DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO SALUD ORAL DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA MANEJO DE EVENTOS ADVERSOS REALIZACION DE DEMANDA INDUCIDA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA INFORMES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN ELABORACIÓN DE INFORME DE INDICADORES DEL PROCESO VERIFICAR <ul style="list-style-type: none"> CUMPLIMIENTO DE METAS CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS Y GUIAS DE ATENCION SEGUIMIENTO A EVENTOS ADVERSOS ACTUAR <ul style="list-style-type: none"> PLANES DE MEJORA GENERACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. 	PROCESOS ESTRATÉGICOS		
<ul style="list-style-type: none"> GESTIÓN GERENCIAL 	<ul style="list-style-type: none"> MISION, VISION, POLITICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD INFORMACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO 		<ul style="list-style-type: none"> INFORMES DE DESEMPEÑO DEL PROCESO 	<ul style="list-style-type: none"> GESTIÓN GERENCIAL 	
<ul style="list-style-type: none"> MEJORA CONTINUA 	<ul style="list-style-type: none"> PLANES DE MEJORAMIENTO PAUTAS PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS. PAUTAS PARA GENERACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS INFORMES DE AUDITORIAS 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE CREACIÓN Y/O MODIFICACION DE DOCUMENTOS. SOLICITUD DE PAUTAS PARA ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. SOLICITUD DE AUDITORIAS INTERNAS INFORMACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN 	<ul style="list-style-type: none"> MEJORA CONTINUA 		
PROCESOS MISIONALES		PROCESOS MISIONALES	PROCESOS MISIONALES		
<ul style="list-style-type: none"> ASIGNACION DE CITAS Y ADMISIONES 	<ul style="list-style-type: none"> CITA ASIGNADA, CANCELADA Y/O MODIFICADA 		<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE ASIGNACION, CANCELACION O MODIFICACION DE CITAS 	<ul style="list-style-type: none"> ASIGNACION DE CITAS Y ADMISIONES 	
<ul style="list-style-type: none"> LABORATORIO CLÍNICO 	<ul style="list-style-type: none"> USUARIO ATENDIDO RESULTADOS DE EXÁMENES 		<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE EXÁMENES 	<ul style="list-style-type: none"> LABORATORIO CLÍNICO 	
<ul style="list-style-type: none"> USUARIO 	<ul style="list-style-type: none"> USUARIO INSCRITO EN PROGRAMA 		<ul style="list-style-type: none"> REGISTRO DETALLADO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO 	<ul style="list-style-type: none"> USUARIO 	
<ul style="list-style-type: none"> FISIOTERAPIA 				<ul style="list-style-type: none"> FISIOTERAPIA 	
<ul style="list-style-type: none"> CONSULTA EXTERNA 				<ul style="list-style-type: none"> CONSULTA EXTERNA 	
<ul style="list-style-type: none"> ODONTOLOGÍA 				<ul style="list-style-type: none"> ODONTOLOGÍA 	
<ul style="list-style-type: none"> MEDICAMENTOS 	<ul style="list-style-type: none"> MEDICAMENTOS 		<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE MEDICAMENTOS FÓRMULAS 	<ul style="list-style-type: none"> MEDICAMENTOS 	
PROCESOS DE APOYO			PROCESOS DE APOYO	PROCESOS DE APOYO	
<ul style="list-style-type: none"> COMPRAS 	<ul style="list-style-type: none"> PRODUCTOS Y/O SERVICIOS COMPRADOS 			<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS. 	<ul style="list-style-type: none"> COMPRAS
<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL 	<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL CONTRATADO, CAPACITADO Y EVALUADO. 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE PERSONAL, CAPACITACIONES Y EVALUACION 		<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL 	
<ul style="list-style-type: none"> INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO 	<ul style="list-style-type: none"> EQUIPOS CON MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO. INFRAESTRUCTURA ADECUADA. 	<ul style="list-style-type: none"> REQUERIMIENTO DE MANTENIMIENTOS LOCATIVOS NECESIDAD DE CALIBRACION Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS SOLICITUD DE SOPORTE TÉCNICO 		<ul style="list-style-type: none"> INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO 	

FICHA DEL PROCESO			
PROCESO	PROMOCION Y PREVENCION	LIDER DEL PROCESO	ENFERMERA JEFE DE PROMOCION Y PREVENCION
OBJETIVO DEL PROCESO	GARANTIZAR LA ATENCIÓN DE MANERA OPORTUNA, SEGURA, PERTINENTE Y EFECTIVA EN LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN		
PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ENFERMERA JEFE ▪ MÉDICOS GENERALES 		
RECURSOS	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	MECANISMOS DE MEDICION	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ RECURSO HUMANO ▪ EQUIPOS DE COMPUTO ▪ INFRAESTRUCTURA ▪ SOFTWARE MEDISOFT ▪ PAPELERÍA ▪ RESURSOS DIDÁCTICOS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ COMITÉ DE CALIDAD ▪ AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD ▪ COMITÉ CASOS CENTINELA ▪ COVE ▪ AUDITORIAS EXTERNAS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL ▪ ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO ▪ PORCENTAJE DE QUEJAS GESTIONADAS ▪ PORCENTAJE DE HISTORIAS CLÍNICAS ADECUADAS ▪ PROPORCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA ▪ PORCENTAJE DE PACIENTES INGRESADOS A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 	
REQUISITOS LEGALES		REQUISITOS NTC – ISO 9001	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ DECRETO 1011 DE 2006. POR EL CUAL SE ESTABLECE EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ▪ RESOLUCION 412. NORMA PARA ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION. ▪ RESOLUCION 1995 DE 1999. POR LA CUAL SE ESTABLECEN LAS NORMAS PARA EL MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS ▪ CIRCULAR 030 DE 2006- INSTRUCCIONES EN MATERIA DE INDICADORES DE CALIDAD PARA EVALUAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ REQUISITOS GENERALES: 4.1- REQUISITOS GENERALES, 4.2- REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN, 8.1 – GENERALIDADES 8.2.3- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS, 8.4- ANÁLISIS DE DATOS, 8.5- MEJORA ▪ REQUISITOS ESPECIFICOS: 7.1- PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO, 7.5- PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO, 7.6- CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN, 8.2.1- SATISFACCIÓN DEL CLIENTE, 8.2.3- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS, 8.2.4- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO, 8.3- CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME 	
DOCUMENTOS			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PROCEDIMIENTO DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL ▪ GUÍA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES EN EL EMBARAZO ▪ PROCEDIMIENTO DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO ▪ GUÍA PARA LA DETECCION TEMPRANA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENORES DE 10 AÑOS) ▪ GUÍA PLAN AMPLIADO DE INMUNIZACIONES ▪ PROTOCOLO DE CADENA DE FRÍO ▪ PROTOCOLO DE SOLICITUD DE BIOLÓGICOS ▪ GUÍA ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN HOMBRES Y MUJERES ▪ PROCEDIMIENTO REALIZACION, LECTURA Y REPORTE DE LA CITOLOGIA CERVICO UTERINA ▪ INSTRUCCIÓN TOMA DE MUESTRA CITOLOGIA ▪ PROTOCOLOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA ▪ GUIAS CONTROL DE DIABETES MELLITUS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DISLIPIDEMIAS, OBESIDAD, SINDROME CONVULSIVO Y ASMA BRONQUIAL ▪ PROCEDIMIENTO DE DEMANDA INDUCIDA ▪ GUIAS DE ATENCION EN SALUD ORAL ▪ INSTRUCCIÓN DE DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA DE PROMOCION Y PREVENCION ▪ GUIA DE ATENCION DE PARTO Y RECIEN NACIDO 			

DESCRIPCION DEL PROCESO: CONSULTA EXTERNA

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
PROCESOS ESTRATEGICOS		PLANEAR <ul style="list-style-type: none"> ▪ PLANIFICACION DE RECURSOS E INSTALACIONES. HACER <ul style="list-style-type: none"> ▪ GESTION DE TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA FACTURACION DE SERVICIOS ▪ ATENCION DE CONSULTA DE MEDICINA GENERAL: <ul style="list-style-type: none"> - ENTREVISTA, EXAMEN FISICO, IMPRESIÓN DE INFORMACION, ORIENTACION Y EDUCACION. DIAGNOSTICA. - DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA Y DEMAS REGISTROS DE ATENCION. - INFORMACION, ORIENTACION Y EDUCACION. DIRECCIONAMIENTO O DE PACIENTES A PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN ▪ ELABORACIÓN DE INFORME DE INDICADORES VERIFICAR <ul style="list-style-type: none"> ▪ SEGUIMIENTO A EVENTOS ADVERSOS ▪ SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORA GENERADOS EN <ul style="list-style-type: none"> - AUDITORIAS - FARMACOVIGILANCIA - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA ▪ CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS ACTUAR <ul style="list-style-type: none"> ▪ PLANES DE MEJORA ▪ GENERACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. 	PROCESOS ESTRATEGICOS	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ GESTIÓN GERENCIAL 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MISION, VISION, POLITICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD ▪ INFORMACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ PLANES DE MEJORAMIENTO ▪ PAUTAS PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS. ▪ PAUTAS PARA GENERACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. ▪ PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS ▪ INFORMES DE AUDITORIAS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ INFORMES DE DESEMPEÑO DEL PROCESO
PROCESOS MISIONALES		<ul style="list-style-type: none"> ▪ CITA ASIGNADA, CANCELADA Y/O MODIFICADA ▪ USUARIO ADMITIDO ▪ REGISTRO DETALLADO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO ▪ HISTORIAS CLINICA REMISIONES ▪ REGISTROS DE ATENCIÓN ▪ HISTORIAS CLINICA REMISIONES ▪ REGISTROS DE ATENCIÓN ▪ USUARIO ATENDIDO ▪ RESULTADOS DE EXÁMENES ▪ MEDICAMENTOS ▪ EQUIPOS CON MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO. ▪ INFRAESTRUCTURA ADECUADA. ▪ PRODUCTOS Y/O SERVICIOS COMPRADOS ▪ PERSONAL CONTRATADO, CAPACITADO Y EVALUADO. ▪ SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE RECAUDO DE CUOTA MODERADORA ▪ TIEMPOS DE ENTREGA DE FACTURACIÓN 	PROCESOS MISIONALES	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASIGNACION DE CITAS Y ADMISIONES 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASIGNACION DE CITAS Y ADMISIONES 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ SOLICITUD DE ASIGNACION, CANCELACION O MODIFICACION DE CITAS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASIGNACION DE CITAS Y ADMISIONES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ USUARIO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ USUARIO 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ USUARIO ATENDIDO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ USUARIO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ USUARIO INSCRITO EN PROGRAMA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ FISIOTERAPIA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ FISIOTERAPIA 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ USUARIO ATENDIDO ▪ HISTORIA CLINICA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ FISIOTERAPIA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ URGENCIAS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ URGENCIAS 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ USUARIO ATENDIDO ▪ HISTORIA CLINICA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ URGENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ LABORATORIO CLÍNICO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ LABORATORIO CLÍNICO 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ SOLICITUD DE EXÁMENES 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ LABORATORIO CLÍNICO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ MEDICAMENTOS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MEDICAMENTOS 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ SOLICITUD DE MEDICAMENTOS ▪ FÓRMULAS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MEDICAMENTOS
PROCESOS DE APOYO			PROCESOS DE APOYO	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ REQUERIMIENTO DE MANTENIMIENTOS LOCATIVOS ▪ NECESIDAD DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS ▪ SOLICITUD DE SOPORTE TECNICO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ COMPRAS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ COMPRAS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SOLICITUD DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ COMPRAS 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PERSONAL 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PERSONAL 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SOLICITUD DE PERSONAL, CAPACITACIONES Y EVALUACION 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PERSONAL 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ INFORMES SOBRE RECAUDO DE CUOTAS MODERADORAS CON SOPORTES ▪ FACTURAS Y SOPORTES 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES 	

FICHA DEL PROCESO			
PROCESO	CONSULTA EXTERNA	LIDER DEL PROCESO	COORDINADOR MEDICO
OBJETIVO DEL PROCESO	GARANTIZAR LA ATENCION DE CONSULTA DE MEDICINA GENERAL DE MANERA OPORTUNA, PERTINENTE Y EFECTIVA		
PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SECRETARIA-RECEPCIONISTA ▪ MEDICOS GENERALES 		

RECURSOS	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	MECANISMOS DE MEDICION
<ul style="list-style-type: none"> ▪ RECURSO HUMANO ▪ EQUIPOS DE COMPUTO ▪ INFRAESTRUCTURA ▪ MEDISOFT: MODULO DE HISTORIAS CLINICAS ▪ EQUIPOS ESPECIALIZADOS ▪ PAPELERÍA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ COMITÉ DE CALIDAD ▪ AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD ▪ AUDITORIAS EXTERNAS ▪ COMITÉ DE USUARIOS ▪ COMITÉ CASOS CENTINELA ▪ COVE 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL ▪ ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO ▪ PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS ▪ PORCENTAJE DE QUEJAS GESTIONADAS ▪ PORCENTAJE DE HISTORIAS CLÍNICAS ADECUADAS

REQUISITOS LEGALES	REQUISITOS NTC – ISO 9001
<ul style="list-style-type: none"> ▪ DECRETO 1011 DE 2006. POR EL CUAL SE ESTABECE EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. ▪ RESOLUCION 1995 DE 1999. POR LA CUAL SE ESTABLECEN LAS NORMAS PARA EL MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS ▪ CIRCULAR 030 DE 2006- INSTRUCCIONES EN MATERIA DE INDICADORES DE CALIDAD PARA EVALUAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ REQUISITOS GENERALES: 4.1- REQUISITOS GENERALES, 4.2- REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN, 8.1 – GENERALIDADES 8.2.3- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS, 8.4- ANÁLISIS DE DATOS, 8.5- MEJORA ▪ REQUISITOS ESPECIFICOS: 7.1- PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO, 7.5- PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO, 7.6- CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN, 8.2.1- SATISFACCIÓN DEL CLIENTE, 8.2.3- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS, 8.2.4- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO, 8.3- CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME

DOCUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA ▪ PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ▪ INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIAS CLÍNICAS ▪ INSTRUCTIVO DE LAVADO DE MANOS ▪ GUÍA PARA LA TOMA DE SIGNOS VITALES ▪ GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE LAVADO DE MANOS ▪ GUÍA DE MANEJO DE PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN CONSULTA EXTERNA

DESCRIPCION DEL PROCESO: ODONTOLOGÍA

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
PROCESOS ESTRATÉGICOS		PLANEAR <ul style="list-style-type: none"> ▪ PLANEACIÓN DE CITAS ▪ PLANIFICACION DE RECURSOS. ▪ HORARIO DE AUXILIAR DE ODONTOLOGIA. ▪ VERIFICACIÓN DE EQUIPOS, INSTRUMENTAL Y MATERIAL HACER <ul style="list-style-type: none"> ▪ GESTION DE TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA FACTURACION DE SERVICIOS ▪ ATENCIÓN DE CONSULTA ODONTOLÓGICA. <ul style="list-style-type: none"> - DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO ▪ ATENCIÓN DE CONSULTA DE HIGIENE ORAL. ▪ ATENCIÓN DE CONSULTA DE URGENCIA ODONTOLÓGICA ▪ PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS ▪ REMISIONES A ESPECIALISTAS ▪ APLICACIÓN TÉCNICAS DE ASEPSIA, DESINFECCIÓN, DESGERMINACIÓN Y ESTERILIZACIÓN ▪ REALIZACIÓN DE CARTA DENTAL AL PACIENTE FALLECIDO ▪ ELABORACIÓN DE INFORME DE INDICADORES ▪ DIRECCIONAMIENTO DE PACIENTES A PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN VERIFICAR <ul style="list-style-type: none"> ▪ NORMAS DE BIOSEGURIDAD ▪ SEGUIMIENTO A EVENTOS ADVERSOS ▪ SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORA GENERADOS EN <ul style="list-style-type: none"> - AUDITORIAS - FARMACOVIGILANCIA - VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ▪ CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS ACTUAR <ul style="list-style-type: none"> ▪ PLANES DE MEJORA ▪ GENERACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. 	PROCESOS ESTRATÉGICOS	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ GESTIÓN GERENCIAL 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MISION, VISION, POLITICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD ▪ INFORMACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ INFORMES DE DESEMPEÑO DEL PROCESO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GESTIÓN GERENCIAL
<ul style="list-style-type: none"> ▪ MEJORA CONTINUA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PLANES DE MEJORAMIENTO ▪ PAUTAS PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS. ▪ PAUTAS PARA GENERACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. ▪ PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS ▪ INFORMES DE AUDITORIAS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SOLICITUD DE CREACIÓN Y/O MODIFICACION DE DOCUMENTOS. ▪ SOLICITUD DE PAUTAS PARA ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. ▪ SOLICITUD DE AUDITORIAS INTERNAS ▪ INFORMACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MEJORA CONTINUA 	
PROCESOS MISIONALES		PROCESOS MISIONALES	PROCESOS MISIONALES	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ USUARIO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ USUARIO ADMITIDO 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ PLAN DE TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ USUARIO
<ul style="list-style-type: none"> • URGENCIAS 	<ul style="list-style-type: none"> • SOLICITUD DE CARTA DENTAL 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ CARTA DENTAL 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ URGENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ REGISTRO DETALLADO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ USUARIO INSCRITO EN PROGRAMA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASIGNACIÓN DE CITAS Y ADMISIONES 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CITA ASIGNADA, CANCELADA Y/O MODIFICADA 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ SOLICITUD DE ASIGNACION, CANCELACION O MODIFICACION DE CITAS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASIGNACIÓN DE CITAS Y ADMISIONES
PROCESOS DE APOYO		PROCESOS DE APOYO	PROCESOS DE APOYO	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EQUIPOS CON MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO. ▪ INFRAESTRUCTURA ADECUADA. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ REQUERIMIENTO DE MANTENIMIENTOS LOCATIVOS ▪ NECESIDAD DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS ▪ SOLICITUD DE SOPORTE TECNICO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ COMPRAS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PRODUCTOS Y/O SERVICIOS COMPRADOS 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ SOLICITUD DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ COMPRAS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PERSONAL 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PERSONAL CONTRATADO, CAPACITADO Y EVALUADO. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ SOLICITUD DE PERSONAL, CAPACITACIONES Y EVALUACION 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PERSONAL
<ul style="list-style-type: none"> ▪ RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE RECAUDO DE CUOTA MODERADORA ▪ TIEMPOS DE ENTREGA DE FACTURACIÓN 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ INFORMES SOBRE RECAUDO DE CUOTAS MODERADORAS CON SOPORTES ▪ FACTURAS Y SOPORTES 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES

FICHA DEL PROCESO			
PROCESO	ODONTOLÒGIA	LIDER DEL PROCESO	ODONTOLOGO
OBJETIVO DEL PROCESO	GARANTIZAR LA ATENCION DE CONSULTA ODONTOLÒGICA DE MANERA OPORTUNA, SEGURA, PERTINENTE Y EFECTIVA		
PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ODONTOLOGO ▪ AUXILIAR DE ODONTOLOGIA E HIGIENISTA ORAL 		

RECURSOS	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	MECANISMOS DE MEDICION
<ul style="list-style-type: none"> ▪ RECURSO HUMANO ▪ PAPELERÍA ▪ EQUIPOS DE COMPUTO ▪ INFRAESTRUCTURA ▪ EQUIPOS DE ODONTOLOGIA ▪ INSTRUMENTAL Y MATERIAL 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ COMITÉ DE CALIDAD ▪ AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD ▪ AUDITORIA EXTERNA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL ▪ ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO ▪ PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS ▪ PORCENTAJE DE QUEJAS GESTIONADAS ▪ PORCENTAJE DE HISTORIAS CLÍNICAS ADECUADAS ▪ OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE URGENCIAS

REQUISITOS LEGALES	REQUISITOS NTC – ISO 9001
<ul style="list-style-type: none"> ▪ DECRETO 1011 DE 2006. POR EL CUAL SE ESTABECE EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ▪ RESOLUCION 1995 DE 1999. POR LA CUAL SE ESTABLECEN LAS NORMAS PARA EL MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS ▪ CIRCULAR 030 DE 2006- INSTRUCCIONES EN MATERIA DE INDICADORES DE CALIDAD PARA EVALUAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ REQUISITOS GENERALES: 4.1- REQUISITOS GENERALES, 4.2- REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN, 8.1 – GENERALIDADES 8.2.3-SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS, 8.4- ANÁLISIS DE DATOS, 8.5- MEJORA ▪ REQUISITOS ESPECIFICOS: 7.1- PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO, 7.5- PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO, 7.6- CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN, 8.2.1- SATISFACCIÓN DEL CLIENTE, 8.2.3- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS, 8.2.4- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO, 8.3- CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME

DOCUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE ODONTOLÒGIA ▪ PROCEDIMIENTO DE USO DE HISTORIA CLÍNICA ▪ PROTOCOLO DE CARIOLOGÍA ▪ PROTOCOLO DE CIRUGÍA EN ODONTOLÒGIA ▪ PROTOCOLO DE ODONTOLÒGIA FORENSE ▪ PROTOCOLO DE RADIOLOGÍA EN ODONTOLÒGIA ▪ PROTOCOLOS DE ENDONDONCIA ▪ PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD EN ODONTOLÒGIA ▪ PROTOCOLOS DE OPERATORIA DENTAL ▪ PROTOCOLOS DE TRAUMATOLOGÍA Y URGENCIAS ODONTOLÒGICAS ▪ PROTOCOLOS DE PERIODONCIA ▪ PROTOCOLOS DE URGENCIAS ODONTOLÒGICAS ▪ PROTOCOLOS PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON VIH-SIDA ▪ PROTOCOLOS DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN ▪ PROTOCOLO DE SEMIOLOGÍA

DESCRIPCION DEL PROCESO: FISIOTERAPIA

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
PROCESOS ESTRATÉGICOS		PLANEAR	PROCESOS ESTRATÉGICOS	
<ul style="list-style-type: none"> GESTIÓN GERENCIAL 	<ul style="list-style-type: none"> MISION, VISION, POLITICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD INFORMACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO 		<ul style="list-style-type: none"> PROGRAMACIÓN DE CITAS PROGRAMACION DE RECURSOS 	<ul style="list-style-type: none"> INFORMES DE DESEMPEÑO DEL PROCESO
<ul style="list-style-type: none"> MEJORA CONTINUA 	<ul style="list-style-type: none"> PLANES DE MEJORAMIENTO PAUTAS PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS. PAUTAS PARA GENERACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS INFORMES DE AUDITORIAS 	HACER	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE CREACIÓN Y/O MODIFICACION DE DOCUMENTOS. SOLICITUD DE PAUTAS PARA ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. SOLICITUD DE AUDITORIAS INTERNAS INFORMACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN 	<ul style="list-style-type: none"> MEJORA CONTINUA
PROCESOS MISIONALES			VERIFICAR	PROCESOS MISIONALES
<ul style="list-style-type: none"> ASIGNACIÓN DE CITAS Y ADMISIONES 	<ul style="list-style-type: none"> CITA ASIGNADA, CANCELADA Y/O MODIFICADA 	<ul style="list-style-type: none"> ESTERILIZACIÓN DE EQUIPOS DE TERAPIA RESPIRATORIA ELABORACIÓN DE INFORME DE INDICADORES DEL PROCESO 		<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE ASIGNACION, CANCELACION O MODIFICACION DE CITAS
<ul style="list-style-type: none"> USUARIO 	<ul style="list-style-type: none"> USUARIO ADMITIDO 	ACTUAR	<ul style="list-style-type: none"> USUARIO ATENDIDO 	<ul style="list-style-type: none"> USUARIO
<ul style="list-style-type: none"> URGENCIAS 	<ul style="list-style-type: none"> USUARIO ATENDIDO HISTORIA CLINICA 		<ul style="list-style-type: none"> HISTORIA CLINICA REMISIONES REGISTROS DE ATENCIÓN 	<ul style="list-style-type: none"> URGENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> CONSULTA EXTERNA 	<ul style="list-style-type: none"> USUARIO ATENDIDO HISTORIA CLINICA 	ACTUAR	<ul style="list-style-type: none"> HISTORIA CLINICA REMISIONES REGISTROS DE ATENCIÓN 	<ul style="list-style-type: none"> CONSULTA EXTERNA
<ul style="list-style-type: none"> PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 	<ul style="list-style-type: none"> REGISTRO DETALLADO DE LA PRESTACION DEL SERVICIO 		<ul style="list-style-type: none"> CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTO Y GUÍAS DE ATENCIÓN 	<ul style="list-style-type: none"> USUARIO INSCRITO EN PROGRAMA
PROCESOS DE APOYO		ACTUAR	PROCESOS DE APOYO	
<ul style="list-style-type: none"> INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO 	<ul style="list-style-type: none"> EQUIPOS CON MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO. INFRAESTRUCTURA ADECUADA. 		<ul style="list-style-type: none"> PLANES DE MEJORA GENERACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. 	<ul style="list-style-type: none"> REQUERIMIENTO DE MANTENIMIENTOS LOCATIVOS NECESIDAD DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS SOLICITUD DE SOPORTE TECNICO
<ul style="list-style-type: none"> COMPRAS 	<ul style="list-style-type: none"> PRODUCTOS Y/O SERVICIOS COMPRADOS 	ACTUAR	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS. 	<ul style="list-style-type: none"> COMPRAS
<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL 	<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL CONTRATADO, CAPACITADO Y EVALUADO. 		<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE PERSONAL, CAPACITACIONES Y EVALUACION 	<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL
<ul style="list-style-type: none"> RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE RECAUDO DE CUOTA MODERADORA TIEMPOS DE ENTREGA DE FACTURACIÓN 	ACTUAR	<ul style="list-style-type: none"> INFORMES SOBRE RECAUDO DE CUOTAS MODERADORAS CON SOPORTES FACTURAS Y SOPORTES 	<ul style="list-style-type: none"> RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES

FICHA DEL PROCESO			
PROCESO	FISIOTERAPIA	LIDER DEL PROCESO	FISIOTERAPEUTA
OBJETIVO DEL PROCESO	CONTRIBUIR AL MEJORAMIENTO DE VIDA DE LAS PERSONAL HABILITANDO, RECUPERANDO SU CAPACIDAD DE MANERA ETICA Y PROFESIONAL		
PARTICIPANTES			

RECURSOS	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	MECANISMOS DE MEDICION
<ul style="list-style-type: none"> ▪ RECURSO HUMANO ▪ EQUIPOS DE COMPUTO ▪ EQUIPOS DE TERAPIA FISICA Y TERAPIA RESPIRATORIA ▪ INFRAESTRUCTURA ▪ MÓDULO ASIGNACIÓN DE CITAS ▪ PAPELERÍA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ COMITÉ DE CALIDAD ▪ AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD ▪ AUDITORIAS EXTERNAS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL ▪ ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO ▪ PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS ▪ PORCENTAJE DE QUEJAS GESTIONADAS ▪ PORCENTAJE DE HISTORIAS CLÍNICAS ADECUADAS.

REQUISITOS LEGALES	REQUISITOS NTC – ISO 9001
<ul style="list-style-type: none"> ▪ DECRETO 1056 DE 1954 – POR EL CUAL SE REGLAMENTA EL OFICIO DE FISIOTERAPIA ▪ LEY 9 DE 1976 – POR LA CUAL SE REGLAMENTA LA PROFESIÓN DE FISIOTERAPIA ▪ LEY 528 DE 1999- POR LA CUAL SE REGLAMENTA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN DE FISIOTERAPIA, SE DICTAN NORMAS EN MATERIA DE ÉTICA PROFESIONAL Y OTRAS DISPOSICIONES ▪ DECRETO 1011 DE 2006. POR EL CUAL SE ESTABECE EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ▪ RESOLUCION 1995 DE 1999. POR LA CUAL SE ESTABLECEN LAS NORMAS PARA EL MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS ▪ CIRCULAR 030 DE 2006- INSTRUCCIONES EN MATERIA DE INDICADORES DE CALIDAD PARA EVALUAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ REQUISITOS GENERALES: 4.1- REQUISITOS GENERALES, 4.2- REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN, 8.1 – GENERALIDADES 8.2.3- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS, 8.4- ANÁLISIS DE DATOS, 8.5- MEJORA ▪ REQUISITOS ESPECIFICOS: 7.1- PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO, 7.5- PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO, 7.6- CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN, 8.2.1- SATISFACCIÓN DEL CLIENTE, 8.2.3- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS, 8.2.4- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO, 8.3- CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME

DOCUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PROTOCOLO DE PATOLOGÍAS PRESENTADAS EN TERAPIA FÍSICA ▪ PROTOCOLO DE PATOLOGÍAS MANEJADAS EN TERAPIA RESPIRATORIA ▪ PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE FISIOTERAPIA ▪ GUÍA PARA EL MANEJO DE ARTROSIS Y LUMBALGIA

DESCRIPCION DEL PROCESO: URGENCIAS

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
PROCESOS ESTRATÉGICOS		PLANEAR <ul style="list-style-type: none"> PLANIFICACIÓN DE TURNOS DE AUXILIARES Y MÉDICOS PLANIFICACIÓN DE RECURSOS PROGRAMACIÓN DE AGENDAS 	PROCESOS ESTRATÉGICOS	
<ul style="list-style-type: none"> GESTIÓN GERENCIAL 	<ul style="list-style-type: none"> MISION, VISION, POLITICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD INFORMACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO 		<ul style="list-style-type: none"> INFORMES DE DESEMPEÑO DEL PROCESO 	<ul style="list-style-type: none"> GESTIÓN GERENCIAL
<ul style="list-style-type: none"> MEJORA CONTINUA 	<ul style="list-style-type: none"> PLANES DE MEJORAMIENTO PAUTAS PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS. PAUTAS PARA GENERACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS INFORMES DE AUDITORIAS 	HACER <ul style="list-style-type: none"> ADMISIÓN DE PACIENTE GESTION DEL CODIGO DE AUTORIZACION GESTION DE TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA FACTURACION DE SERVICIOS REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES: <ul style="list-style-type: none"> CURACIONES CANALIZACIONES TOMA DE GLUCOMETRÍAS TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMAS PROCEDIMIENTOS DE SUTURA ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO ATENCIÓN A LA MATERNA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PASO DE SONDAS COMPLICACIÓN DE ENEMAS REALIZACIÓN DE CONSULTA MÉDICA DE URGENCIAS EJECUCIÓN DE ORDEN MÉDICA EDUCACIÓN AL PACIENTE REALIZACIÓN DE REGISTROS ELABORACIÓN DE INFORME DE INDICADORES 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE CREACIÓN Y/O MODIFICACION DE DOCUMENTOS. SOLICITUD DE PAUTAS PARA ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. SOLICITUD DE AUDITORIAS INTERNAS INFORMACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN 	<ul style="list-style-type: none"> MEJORA CONTINUA
PROCESOS MISIONALES			PROCESOS MISIONALES	
<ul style="list-style-type: none"> USUARIO 	<ul style="list-style-type: none"> ADMISION DEL USUARIO 	<ul style="list-style-type: none"> USUARIO ATENDIDO 	<ul style="list-style-type: none"> USUARIO 	
<ul style="list-style-type: none"> ASIGNACIÓN DE CITAS Y ADMISIONES 			<ul style="list-style-type: none"> ASIGNACIÓN DE CITAS Y ADMISIONES 	
<ul style="list-style-type: none"> MEDICAMENTOS 	<ul style="list-style-type: none"> MEDICAMENTOS 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE MEDICAMENTOS FÓRMULAS 	<ul style="list-style-type: none"> MEDICAMENTOS 	
<ul style="list-style-type: none"> ODONTOLOGÍA 	<ul style="list-style-type: none"> CARTA DENTAL 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE CARTA DENTAL 	<ul style="list-style-type: none"> ODONTOLOGÍA 	
<ul style="list-style-type: none"> LABORATORIO CLINICO 	<ul style="list-style-type: none"> USUARIO ATENDIDO RESULTADOS DE EXÁMENES 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE EXAMENES 	<ul style="list-style-type: none"> LABORATORIO CLINICO 	
<ul style="list-style-type: none"> CONSULTA EXTERNA 	<ul style="list-style-type: none"> USUARIO ATENDIDO HISTORIA CLINICA 	<ul style="list-style-type: none"> HISTORIA CLINICA REMISIONES REGISTROS DE ATENCIÓN 	<ul style="list-style-type: none"> CONSULTA EXTERNA 	
<ul style="list-style-type: none"> FISIOTERAPIA 	<ul style="list-style-type: none"> HISTORIA CLINICA REMISIONES REGISTROS DE ATENCIÓN 	<ul style="list-style-type: none"> USUARIO ATENDIDO HISTORIA CLINICA 	<ul style="list-style-type: none"> FISIOTERAPIA 	
PROCESOS DE APOYO		PROCESOS DE APOYO		
<ul style="list-style-type: none"> INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO 	<ul style="list-style-type: none"> EQUIPOS CON MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO. INFRAESTRUCTURA ADECUADA. 	<ul style="list-style-type: none"> REQUERIMIENTO DE MANTENIMIENTOS LOCATIVOS NECESIDAD DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS SOLICITUD DE SOPORTE TECNICO 	<ul style="list-style-type: none"> INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO 	
<ul style="list-style-type: none"> COMPRAS 	<ul style="list-style-type: none"> PRODUCTOS Y/O SERVICIOS COMPRADOS 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS. 	<ul style="list-style-type: none"> COMPRAS 	
<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL 	<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL CONTRATADO, CAPACITADO Y EVALUADO. 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE PERSONAL, CAPACITACIONES Y EVALUACION 	<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL 	
<ul style="list-style-type: none"> RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE FACTURACIÓN 	<ul style="list-style-type: none"> FACTURAS Y SOPORTES 	<ul style="list-style-type: none"> RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES 	
		VERIFICAR <ul style="list-style-type: none"> CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS Y NORMAS INTERNAS LOS REGISTROS DE ATENCIÓN EN LA HISTORIA CLINICA. FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS ENTRADAS Y SALIDAS DE MEDICOS A TURNOS ABASTECIMIENTO DE EQUIPOS VERIFICACIÓN DE RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA STOCK DE MEDICAMENTOS 		
		ACTUAR <ul style="list-style-type: none"> PLANES DE MEJORA GENERACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. 		

FICHA DEL PROCESO			
PROCESO	URGENCIAS	LIDER DEL PROCESO	COORDINADOR MEDICO
OBJETIVO DEL PROCESO	ESTABLECER Y CUMPLIR ESTRATÉGIAS DE MEJORA CONTINUA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE URGENCIAS		
PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AUXILIARES DE ENFERMERÍA ▪ JEFE DE ENFERMERÍA ▪ MEDICOS GENERALES 		

RECURSOS	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	MECANISMOS DE MEDICION
<ul style="list-style-type: none"> ▪ RECURSO HUMANO ▪ EQUIPOS DE COMPUTO ▪ INFRAESTRUCTURA ▪ BASE DE DATOS ▪ PAPELERÍA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ COMITÉ DE CALIDAD ▪ AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD ▪ AUDITORÍAS EXTERNAS ▪ COMITÉ DE USUARIOS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL ▪ ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO ▪ PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS ▪ PORCENTAJE DE QUEJAS GESTIONADAS ▪ PORCENTAJE DE HISTORIAS CLÍNICAS ▪ PORCENTAJE DE FACTURACIÓN REALIZADA CORRECTAMENTE ▪ OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE URGENCIAS
REQUISITOS LEGALES		REQUISITOS NTC – ISO 9001
<ul style="list-style-type: none"> ▪ LEY 100 DE 1993- POR EL CUAL SE CREA EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL ▪ CIRCULAR 030 DE 2006- INSTRUCCIONES EN MATERIA DE INDICADORES DE CALIDAD PARA EVALUAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. ▪ RESOLUCION 1995 DE 1999. POR LA CUAL SE ESTABLECEN LAS NORMAS PARA EL MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS ▪ DECRETO 1011 DE 2006. POR EL CUAL SE - ESTABECE EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ▪ LEY 911 DE 2004 – POR LA CUAL SE DICTAN DISPOSICIONES EN MATERIA DE RESPONSABILIDAD DEONTOLÓGICA PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA EN COLOMBIA ▪ TRIBUNAL ÉTICO DE ENFERMERÍA ▪ LEY 1164 DE 2007 – POR LA CUAL SE DICTAN DISPOSICIONES EN MATERIA DEL PERSONAL EN SALUD ▪ LEY 266 DE 1996 – POR LA CUAL SE REGLAMENTA LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ REQUISITOS GENERALES: 4.1- REQUISITOS GENERALES, 4.2- REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN, 8.1 – GENERALIDADES 8.2.3- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS, 8.4- ANÁLISIS DE DATOS, 8.5- MEJORA ▪ REQUISITOS ESPECIFICOS: 7.1- PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO, 7.5- PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO, 7.6- CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN, 8.2.1- SATISFACCIÓN DEL CLIENTE, 8.2.3- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS, 8.2.4- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO, 8.3- CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME
DOCUMENTOS		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS ▪ PROTOCOLO DE VENOPUNCIÓN ▪ PROTOCOLO DE REANIMACIÓN CEREBRO CARDIO-PULMONAR ▪ PROTOCOLO DE ATENCIÓN DEL PARTO ▪ PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LAVADO QUIRÚRGICO ▪ PROTOCOLO DE SIGNOS VITALES NEUROLÓGICOS ▪ PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN TRAUMA CRÁNEO ENCEFÁLICO ▪ PROTOCOLO PARA LA CIRCULACIÓN DE AMBULANCIAS ▪ PROTOCOLO DE PRUEBA DE SENSIBILIDAD ▪ GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE CATETERISMO VESICAL ▪ GUÍA PARA EL MANEJO DE CURACIONES ▪ GUÍA PARA EL MANEJO DE COMPLICACIONES EN URGENCIAS ▪ GUÍA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ▪ GUÍA DE MANEJO DE PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES 		

DESCRIPCION DEL PROCESO: MEDICAMENTOS

PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
PROCESOS ESTRATÉGICOS		PLANEAR <ul style="list-style-type: none"> PLANIFICACION DE RECURSOS Y ACTIVIDADES PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL PLANEACIÓN DE VISITA DE SEGUIMIENTO A PUNTOS HACER <ul style="list-style-type: none"> DESCARGA DE FÓRMULAS EN BASE DE DATOS RECEPCION DE PEDIDOS DESPACHO DE PEDIDOS COTIZACION DE MEDICAMENTOS COMPRA DE MEDICAMENTOS VISITAS A PUNTOS REALIZACION DE INFORMES MENSUALES ELABORACIÓN DE INFORME DE INDICADORES ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS VERIFICAR <ul style="list-style-type: none"> VERIFICACION DE PEDIDOS SEGUIMIENTO A PUNTOS CONFIRMACIÓN DE LLEGADAS DE PEDIDOS VERIFICACIÓN DE VENCIMIENTO DE MEDICAMENTOS CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS ACTUAR <ul style="list-style-type: none"> PLANES DE MEJORA GENERACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. 	PROCESOS ESTRATÉGICOS	
<ul style="list-style-type: none"> GESTIÓN GERENCIAL 	<ul style="list-style-type: none"> MISION, VISION, POLITICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD INFORMACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO 		<ul style="list-style-type: none"> INFORMES DE DESEMPEÑO DEL PROCESO 	<ul style="list-style-type: none"> GESTIÓN GERENCIAL
<ul style="list-style-type: none"> MEJORA CONTINUA 	<ul style="list-style-type: none"> PLANES DE MEJORAMIENTO PAUTAS PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS. PAUTAS PARA GENERACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS INFORMES DE AUDITORIAS 		<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE CREACIÓN Y/O MODIFICACION DE DOCUMENTOS. SOLICITUD DE PAUTAS PARA ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. SOLICITUD DE AUDITORIAS INTERNAS INFORMACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN 	<ul style="list-style-type: none"> MEJORA CONTINUA
PROCESOS MISIONALES		VERIFICAR <ul style="list-style-type: none"> VERIFICACION DE PEDIDOS SEGUIMIENTO A PUNTOS CONFIRMACIÓN DE LLEGADAS DE PEDIDOS VERIFICACIÓN DE VENCIMIENTO DE MEDICAMENTOS CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS 	PROCESOS MISIONALES	
<ul style="list-style-type: none"> CONSULTA EXTERNA 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE MEDICAMENTOS FÓRMULAS 		<ul style="list-style-type: none"> MEDICAMENTOS 	<ul style="list-style-type: none"> CONSULTA EXTERNA
<ul style="list-style-type: none"> PROMOCION Y PREVENICION 				<ul style="list-style-type: none"> PROMOCION Y PREVENICION
<ul style="list-style-type: none"> URGENCIAS 				<ul style="list-style-type: none"> URGENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> PUNTOS DE FARMACIA 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE MEDICAMENTOS FÓRMULAS 		<ul style="list-style-type: none"> SALIDAS DE INVENTARIOS MEDICAMENTOS 	<ul style="list-style-type: none"> PUNTOS DE FARMACIA
<ul style="list-style-type: none"> CLIENTE EXTERNO 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE MEDICAMENTOS 		<ul style="list-style-type: none"> MEDICAMENTOS 	<ul style="list-style-type: none"> CLIENTE EXTERNO
PROCESOS DE APOYO			PROCESOS DE APOYO	
<ul style="list-style-type: none"> COMPRAS 	<ul style="list-style-type: none"> PRODUCTOS Y/O SERVICIOS COMPRADOS 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE PRODUCTOS Y/O SERVICIO 	<ul style="list-style-type: none"> COMPRAS 	
<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL 	<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL CONTRATADO, CAPACITADO Y EVALUADO 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE PERSONAL, CAPACITACIONES Y EVALUACION 	<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL 	
<ul style="list-style-type: none"> INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO 	<ul style="list-style-type: none"> EQUIPOS CON MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO. INFRAESTRUCTURA ADECUADA. 	<ul style="list-style-type: none"> REQUERIMIENTO DE MANTENIMIENTOS LOCATIVOS NECESIDAD DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS SOLICITUD DE SOPORTE TECNICO 	<ul style="list-style-type: none"> INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO 	
<ul style="list-style-type: none"> RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE LISTADOS DE SA LIDAS DE INVENTARIOS SOLICITUD DE FACTURACIÓN DE COMPRAS 	<ul style="list-style-type: none"> LISTADOS DE SA LIDAS DE INVENTARIOS FACTURACIÓN DE COMPRAS 	<ul style="list-style-type: none"> RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES 	

FICHA DEL PROCESO			
PROCESO	MEDICAMENTOS	LIDER DEL PROCESO	COORDINADORA DE MEDICAMENTOS
OBJETIVO DEL PROCESO	GARANTIZAR LA ENTREGA OPORTUNA DE MEDICAMENTOS A PUNTOS DE DISPENSACIÓN Y DEMÁS CLIENTES CON ESTÁNDARES DE CALIDAD		
PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DIGITADORES ▪ REGENTES DE FARMACIA ▪ DISPENSADORES DE PUNTOS DE VENTA ▪ JEFE DE BODEGA ▪ JEFE DE COMPRAS 		

RECURSOS	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	MECANISMOS DE MEDICION
<ul style="list-style-type: none"> ▪ RECURSO HUMANO ▪ EQUIPOS DE COMPUTO ▪ INFRAESTRUCTURA ▪ BASE DE DATOS ▪ PAPELERÍA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ COMITÉ DE CALIDAD ▪ AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD ▪ AUDITORÍAS EXTERNAS DE EPS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL ▪ ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO ▪ PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS ▪ PORCENTAJE DE QUEJAS GESTIONADAS ▪ OPORTUNIDAD DE ENTREGA DE PEDIDOS A LOS PUNTOS ▪ CADUCIDAD POR VENCIMIENTO DE MEDICAMENTOS

REQUISITOS LEGALES	REQUISITOS NTC – ISO 9001
<ul style="list-style-type: none"> ▪ DECRETO 1011 DE 2006. POR EL CUAL SE ESTABECE EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ▪ DECRETO 2200 DE 2005. POR EL CUAL SE REGLAMENTO EL SERVICIO FARMACÉUTICO EN COLOMBIA ▪ ACUERDO 228 DE 2002. POR MEDIO DEL CUAL SE ACTUALIZA EL MANUAL DE MEDICAMENTOS DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ REQUISITOS GENERALES: 4.1- REQUISITOS GENERALES, 4.2- REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN, 8.1 – GENERALIDADES 8.2.3- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS, 8.4- ANÁLISIS DE DATOS, 8.5- MEJORA ▪ REQUISITOS ESPECIFICOS: 7.1- PLANIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL PRODUCTO, 7.5- PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO, 7.6- CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN, 8.2.1- SATISFACCIÓN DEL CLIENTE, 8.2.3- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS, 8.2.4- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO, 8.3- CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME

DOCUMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PROCEDIMIENTO DE MEDICAMENTOS ▪ PROCEDIMIENTO DE ALMACENAMIENTO Y MANEJO DE MEDICAMENTOS ▪ PROCEDIMIENTO DE REALIZACIÓN DE INVENTARIOS ▪ PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS ▪ PROCEDIMIENTO DE DIGITACIÓN DE FÓRMULAS Y FACTURAS

4.3.3 Procesos de apoyo – Fichas del proceso

DESCRIPCION DEL PROCESO: INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO				
PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
PROCESOS ESTRATÉGICOS		PLANEAR <ul style="list-style-type: none"> PROGRAMACION DEL MANTENIMIENTO Y CALIBRACION DE EQUIPOS PLANIFICACION DE MANTENIMIENTOS LOCATIVOS HACER <ul style="list-style-type: none"> CONTACTO CON PROVEEDORES. REALIZACION DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS Y PREVENTIVOS DE EQUIPOS. MANEJO DE HOJAS DE VIDA DE EQUIPOS ASISTENCIALES. SOPORTE TECNICO MANEJO DE REDES Y COMUNICACIONES MANTENIMIENTOS Y REPARACIONES LOCATIVAS. REALIZACION DE COPIAS DE SEGURIDAD VERIFICAR <ul style="list-style-type: none"> CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO E INFRAESTRUCTURA. VERIFICACION DE LOS MANTENIMIENTOS REALIZADOS. CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS ACTUAR <ul style="list-style-type: none"> PLANES DE MEJORA GENERACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. 	PROCESOS ESTRATÉGICOS	
<ul style="list-style-type: none"> GESTIÓN GERENCIAL 	<ul style="list-style-type: none"> MISSION, VISION, POLITICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD INFORMACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO 		<ul style="list-style-type: none"> INFORMES DEL PROCESO 	<ul style="list-style-type: none"> GESTIÓN GERENCIAL
	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE INFORMES CONTABLES 		<ul style="list-style-type: none"> ESTADOS FINANCIEROS INFORMES CONTABLES 	
<ul style="list-style-type: none"> MEJORA CONTINUA 	<ul style="list-style-type: none"> PLANES DE MEJORAMIENTO PAUTAS PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS. PAUTAS PARA GENERACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS INFORMES DE AUDITORIAS 		<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE CREACIÓN Y/O MODIFICACION DE DOCUMENTOS. SOLICITUD DE PAUTAS PARA ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. SOLICITUD DE AUDITORIAS INTERNAS INFORMACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN 	<ul style="list-style-type: none"> MEJORA CONTINUA
PROCESOS MISIONALES			PROCESOS MISIONALES	
<ul style="list-style-type: none"> TODOS LOS PROCESOS 	<ul style="list-style-type: none"> REQUERIMIENTO DE MANTENIMIENTOS LOCATIVOS NECESIDAD DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS SOLICITUD DE SOPORTE TECNICO 		<ul style="list-style-type: none"> EQUIPOS CON MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO. INFRAESTRUCTURA ADECUADA. 	<ul style="list-style-type: none"> TODOS LOS PROCESOS
PROCESOS DE APOYO			PROCESOS DE APOYO	
<ul style="list-style-type: none"> COMPRAS 	<ul style="list-style-type: none"> PRODUCTOS Y/O SERVICIOS COMPRADOS 		<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS 	<ul style="list-style-type: none"> GESTION DE COMPRAS
<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL 	<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL CONTRATADO, CAPACITADO Y EVALUADO. 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE PERSONAL, CAPACITACIONES Y EVALUACION 	<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL 	
<ul style="list-style-type: none"> RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES 	<ul style="list-style-type: none"> PAGO A PROVEEDORES DE SERVICIOS 	<ul style="list-style-type: none"> FACTURAS DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS. 	<ul style="list-style-type: none"> RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES 	

FICHA DEL PROCESO			
PROCESO	INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO	LIDER DEL PROCESO	ASISTENTE DE GERENCIA
OBJETIVO DEL PROCESO	GARANTIZAR EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS E INSTALACIONES DE LA EMPRESA		
PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GERENTE ▪ FACILITADORA DE CALIDAD 		

RECURSOS	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	MECANISMOS DE MEDICION
<ul style="list-style-type: none"> ▪ RECURSO HUMANO ▪ EQUIPOS DE COMPUTO ▪ INFRAESTRUCTURA ▪ BASE DE DATOS ▪ PATRONES DE CALIBRACION ▪ PAPELERÍA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ COMITÉ DE CALIDAD ▪ AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS
REQUISITOS LEGALES		REQUISITOS NTC – ISO 9001
<ul style="list-style-type: none"> ▪ DECRETO 1011 DE 2006. POR EL CUAL SE ESTABECE EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ REQUISITOS GENERALES: 4.1- REQUISITOS GENERALES, 4.2- REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN, 8.1 – GENERALIDADES 8.2.3- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS, 8.4- ANÁLISIS DE DATOS, 8.5- MEJORA ▪ REQUISITOS ESPECIFICOS: 6.3 - INFRAESTRUCTURA, 6.4- AMBIENTE DE TRABAJO, 7.6- CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICION.
DOCUMENTOS		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PROCEDIMIENTO DE DESINFECCIÓN ▪ PROCEDIMIENTO DE CORRESPONDENCIA ▪ PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE EQUIPOS E INFRAESTRUCTURA ▪ PLAN DE GESTIÓN AMBIENTAL DE RESIDUOS SÓLIDOS Y HOSPITALARIOS 		

DESCRIPCION DEL PROCESO: COMPRAS				
PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
PROCESOS ESTRATÉGICOS		PLANEAR <ul style="list-style-type: none"> PLANEACIÓN DE COTIZACIONES DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS PLANEACION DE COMPRAS POR AREA Y POR SEDE HACER <ul style="list-style-type: none"> SELECCIÓN DE PROVEEDORES COMUNICACIÓN CON PROVEEDORES EJECUCION DE LA COMPRA EVALUACION DE PROVEEDORES ACTUALIZACION DEL LISTADO DE PROVEEDORES. ELABORACIÓN DE INFORME DE INDICADORES VERIFICAR <ul style="list-style-type: none"> EVALUACIÓN Y REEVALUACIÓN DE PROVEEDORES VERIFICACION DE LOS REQUISITOS DE HABILITACION (INSUMOS Y MEDICAMENTOS). VERIFICACION DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS COMPRADOS. REVISION DEL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE COMPRAS. CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS ACTUAR <ul style="list-style-type: none"> PLANES DE MEJORA GENERACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. 	PROCESOS ESTRATÉGICOS	
<ul style="list-style-type: none"> GESTIÓN GERENCIAL 	<ul style="list-style-type: none"> MISION, VISION, POLITICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD INFORMACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO 		<ul style="list-style-type: none"> INFORMES DE DESEMPEÑO DEL PROCESO 	<ul style="list-style-type: none"> GESTIÓN GERENCIAL
<ul style="list-style-type: none"> MEJORA CONTINUA 	<ul style="list-style-type: none"> PLANES DE MEJORAMIENTO PAUTAS PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS. PAUTAS PARA GENERACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS INFORMES DE AUDITORIA S 		<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE CREACIÓN Y/O MODIFICACION DE DOCUMENTOS. SOLICITUD DE PAUTAS PARA ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. SOLICITUD DE AUDITORIAS INTERNAS INFORMACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN 	<ul style="list-style-type: none"> MEJORA CONTINUA
PROCESOS MISIONALES			PROCESOS MISIONALES	
<ul style="list-style-type: none"> TODOS LOS PROCESOS 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD PRODUCTOS Y/O SERVICIOS. 		<ul style="list-style-type: none"> PRODUCTOS Y/O SERVICIOS COMPRADOS 	<ul style="list-style-type: none"> TODOS LOS PROCESOS
PROCESOS DE APOYO		PROCESOS DE APOYO		
<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL 	<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL CONTRATADO, CAPACITADO Y EVALUADO. 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE PERSONAL, CAPACITACIONES Y EVALUACION 	<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL 	
<ul style="list-style-type: none"> INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO 	<ul style="list-style-type: none"> EQUIPOS CON MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO. INFRAESTRUCTURA ADECUADA. 	<ul style="list-style-type: none"> REQUERIMIENTO DE MANTENIMIENTOS LOCATIVOS NECESIDAD DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS SOLICITUD DE SOPORTE TECNICO 	<ul style="list-style-type: none"> INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO 	
<ul style="list-style-type: none"> RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE FACTURAS DE COMPRAS 	<ul style="list-style-type: none"> FACTURAS DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS COMPRADOS 	<ul style="list-style-type: none"> RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES 	

FICHA DEL PROCESO			
PROCESO	COMPRAS	LIDER DEL PROCESO	ASISTENTE DE GERENCIA
OBJETIVO DEL PROCESO	GESTIONAR Y CONTROLAR EL SUMINISTRO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS PARA GARANTIZAR LA ADECUADA PRESTACION DEL SERVICIO		
PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GERENCIA ▪ COORDINADORA DE MEDICAMENTOS 		
RECURSOS	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	MECANISMOS DE MEDICION	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ RECURSO HUMANO ▪ EQUIPOS DE COMPUTO ▪ INFRAESTRUCTURA ▪ PAPELERÍA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ COMITÉ DE CALIDAD ▪ AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TIEMPOS DE ENTREGA DE LOS PEDIDOS A LAS SEDES 	
REQUISITOS LEGALES		REQUISITOS NTC – ISO 9001	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ DECRETO 1011 DE 2006. POR EL CUAL SE ESTABECE EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ REQUISITOS GENERALES: 4.1- REQUISITOS GENERALES, 4.2- REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN, 8.1 – GENERALIDADES 8.2.3- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS, 8.4- ANÁLISIS DE DATOS, 8.5- MEJORA ▪ REQUISITOS ESPECIFICOS: 7.4 COMPRAS 	
DOCUMENTOS			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PROCEDIMIENTO DE COMPRA DE MEDICAMENTOS ▪ PROCEDIMIENTO DE COMPRA DE MEDICAMENTOS DE TUTELAS ▪ PROCEDIMIENTO DE COMPRA DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS 			

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO: PERSONAL				
PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
PROCESOS ESTRATÉGICOS		PLANEAR <ul style="list-style-type: none"> PROGRAMACION DE CAPACITACIONES. PLANEACION DE EVALUACIONES DE DESEMPEÑO. PLANIFICACION DE LA CONTRATACION. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR EMPRESARIAL. HACER <ul style="list-style-type: none"> SELECCIÓN Y CONTRATACION DEL PERSONAL. INDUCCION DEL PERSONAL. CAPACITACION DEL PERSONAL. EVALUACION DEL CLIMA ORGANIZACIONAL. GESTIÓN DE LA NÓMINA GESTION DE INCAPACIDADES Y REEMPLAZOS. ELABORACIÓN DE INFORME DE INDICADORES EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO VERIFICAR <ul style="list-style-type: none"> LIQUIDACIÓN DE NÓMINA REVISION DEL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE CAPACITACIONES. ESTUDIO DEL INFORME DE EVALUACION DE DESEMPEÑO. VERIFICACION DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL CONTRATADO. REVISION DEL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE BIENESTAR EMPRESARIAL CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES Y HABILIDADES ACTUAR <ul style="list-style-type: none"> PLANES DE MEJORA PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS. GENERACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. 	PROCESOS ESTRATÉGICOS	
<ul style="list-style-type: none"> GESTIÓN GERENCIAL 	<ul style="list-style-type: none"> MISION, VISION, POLITICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD INFORMACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO 		<ul style="list-style-type: none"> INFORMES DE DESEMPEÑO DEL PROCESO 	<ul style="list-style-type: none"> GESTIÓN GERENCIAL
<ul style="list-style-type: none"> MEJORA CONTINUA 	<ul style="list-style-type: none"> PLANES DE MEJORAMIENTO PAUTAS PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS. PAUTAS PARA GENERACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS INFORMES DE AUDITORIAS 		<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE CREACIÓN Y/O MODIFICACION DE DOCUMENTOS. SOLICITUD DE PAUTAS PARA ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. SOLICITUD DE AUDITORIAS INTERNAS INFORMACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN 	<ul style="list-style-type: none"> MEJORA CONTINUA
PROCESOS MISIONALES			PROCESOS MISIONALES	
<ul style="list-style-type: none"> TODOS LOS PROCESOS 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE PERSONAL, CAPACITACIONES Y EVALUACION 		<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL CONTRATADO, CAPACITADO Y EVALUADO 	<ul style="list-style-type: none"> TODOS LOS PROCESOS
PROCESOS DE APOYO			PROCESOS DE APOYO	
<ul style="list-style-type: none"> COMPRAS 	<ul style="list-style-type: none"> PRODUCTOS Y/O SERVICIOS COMPRADOS 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD PRODUCTOS Y/O SERVICIOS. 	<ul style="list-style-type: none"> COMPRAS 	
<ul style="list-style-type: none"> INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO 	<ul style="list-style-type: none"> EQUIPOS CON MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO. INFRAESTRUCTURA ADECUADA. 	<ul style="list-style-type: none"> REQUERIMIENTO DE MANTENIMIENTO S LOCATIVOS NECESIDAD DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS SOLICITUD DE SOPORTE TECNICO 	<ul style="list-style-type: none"> INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO 	
<ul style="list-style-type: none"> RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE NOVEDADES DE NÓMINA 	<ul style="list-style-type: none"> NÓMINA APROBADA POR GERENCIA 	<ul style="list-style-type: none"> RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES 	

FICHA DEL PROCESO			
PROCESO	PERSONAL	LIDER DEL PROCESO	ASISTENTE DE GERENCIA
OBJETIVO DEL PROCESO	GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD DEL RECURSO HUMANO COMPETENTE PARA LOS DIFERENTES PROCESOS DE LA ORGANIZACIÓN		
PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GERENTE ▪ AUXILIAR DE CONTABILIDAD ▪ FACILITADORA DE CALIDAD 		

RECURSOS	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	MECANISMOS DE MEDICION
<ul style="list-style-type: none"> ▪ RECURSO HUMANO ▪ EQUIPOS DE COMPUTO ▪ INFRAESTRUCTURA ▪ PAPELERÍA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ COMITÉ DE CALIDAD ▪ AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE CAPACITACIONES
REQUISITOS LEGALES		REQUISITOS NTC – ISO 9001
<ul style="list-style-type: none"> ▪ LEY 100 DE 1993. SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL ▪ CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO ▪ DECRETO 1011 DE 2006. POR EL CUAL SE ESTABECE EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ REQUISITOS GENERALES: 4.1- REQUISITOS GENERALES, 4.2- REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN, 8.1 – GENERALIDADES 8.2.3- SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS, 8.4- ANÁLISIS DE DATOS, 8.5- MEJORA ▪ REQUISITOS ESPECIFICOS: 6.2- RECURSOS HUMANOS, 6.4- AMBIENTE DE TRABAJO, 5.5.1- RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD
DOCUMENTOS		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PROCEDIMIENTO DE PERSONAL ▪ MANUAL DE FUNCIONES Y PERFILES 		

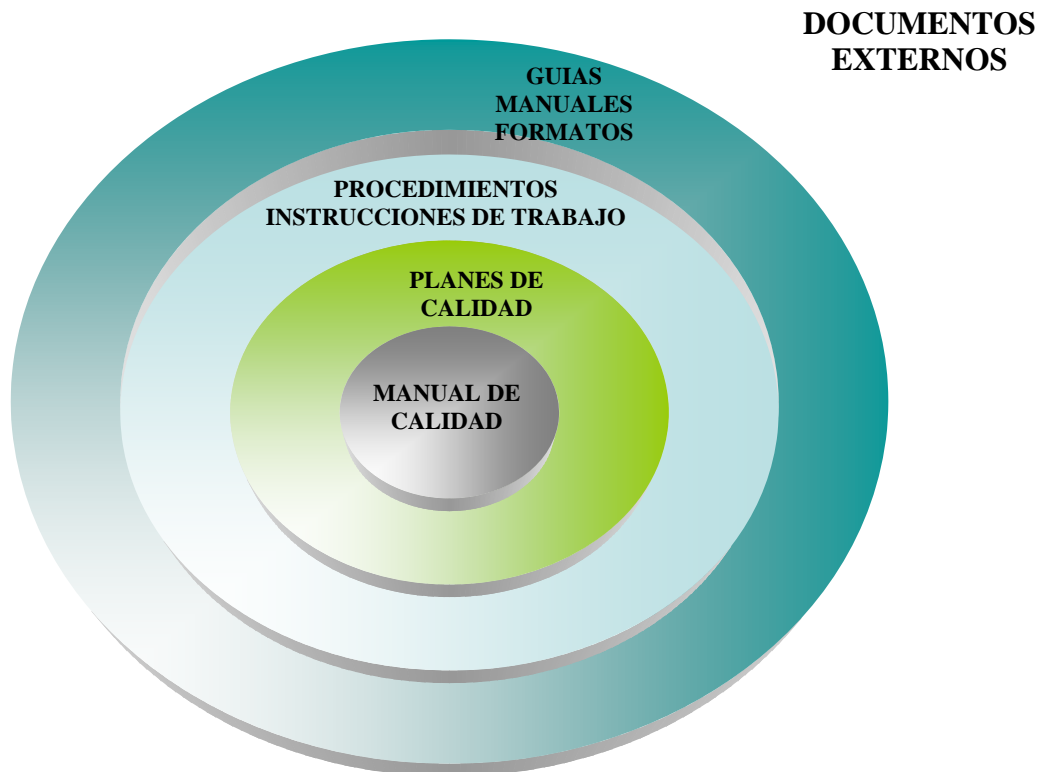
DESCRIPCION DEL PROCESO: RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES				
PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTES
PROCESOS ESTRATÉGICOS		PLANEAR <ul style="list-style-type: none"> PLANIFICACIÓN DE PAGOS FACTURACIÓN DE CAPITACIONES PLANIFICACION DE PAGO DE NOMINA PLANIFICACIÓN DE CONCILIACIÓN DE CUENTAS POR COBRAR Y CUENTAS POR PAGAR IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE RECURSOS ENTREGA DE CHEQUES HACER <ul style="list-style-type: none"> ELABORACIÓN DE INFORME DE INDICADORES ELABORACIÓN DE CHEQUES CONTABILIZACIÓN DE COMPRAS, VENTAS, FACTURAS DE SERVICIOS Y GASTOS REALIZACIÓN DE PAGOS A PROVEEDORES GESTIÓN DE NÓMINA CONCILIACIONES DE CARTERA Y, PROVEEDORES. CONCILIACIÓN DE CAJA, BANCOS, TARJETAS DE CRÉDITO Y OBLIGACIONES FINANCIERAS. ELABORACIÓN DE INFORMES FINANCIEROS ELABORACIÓN DE INFORMES A TERCEROS MANEJO DE CAJAS MENORES CONTABILIZACIÓN DE MOVIMIENTOS DE INVENTARIOS VERIFICAR <ul style="list-style-type: none"> REVISIÓN DE LA FACTURACIÓN DE LAS SEDES VERIFICACIÓN DE LA NÓMINA Y SUS NOVEDADES VERIFICACIÓN DE SALIDAS DE INVENTARIO REVISIÓN DE COMPRAS VENTAS, PAGOS Y DOCUMENTOS VERIFICAR CAJA MENOR CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS ACTUAR <ul style="list-style-type: none"> PLANES DE MEJORA GENERACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. 	PROCESOS ESTRATÉGICOS	
<ul style="list-style-type: none"> GESTIÓN GERENCIAL 	<ul style="list-style-type: none"> MISION, VISION, POLITICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD INFORMACIÓN DEL CONTRATO O CONVENIO 		<ul style="list-style-type: none"> INFORMES DE DESEMPEÑO DEL PROCESO 	<ul style="list-style-type: none"> GESTIÓN GERENCIAL
<ul style="list-style-type: none"> MEJORA CONTINUA 	<ul style="list-style-type: none"> PLANES DE MEJORAMIENTO PAUTAS PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS. PAUTAS PARA GENERACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS INFORMES DE AUDITORIAS 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE CREACIÓN Y/O MODIFICACION DE DOCUMENTOS. SOLICITUD DE PAUTAS PARA ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. SOLICITUD DE AUDITORIAS INTERNAS INFORMACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN 	<ul style="list-style-type: none"> MEJORA CONTINUA 	
PROCESOS MISIONALES		VERIFICAR <ul style="list-style-type: none"> REVISIÓN DE LA FACTURACIÓN DE LAS SEDES VERIFICACIÓN DE LA NÓMINA Y SUS NOVEDADES VERIFICACIÓN DE SALIDAS DE INVENTARIO REVISIÓN DE COMPRAS VENTAS, PAGOS Y DOCUMENTOS VERIFICAR CAJA MENOR CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS ACTUAR <ul style="list-style-type: none"> PLANES DE MEJORA GENERACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS. 	PROCESOS MISIONALES	
<ul style="list-style-type: none"> MEDICAMENTOS 	<ul style="list-style-type: none"> LISTADO DE SALIDAS DE INVENTARIOS FACTURACIÓN DE COMPRAS 		<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE LISTADOS DE SA LIDAS DE INVENTARIOS SOLICITUD DE FACTURACIÓN DE COMPRAS 	<ul style="list-style-type: none"> MEDICAMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> URGENCIAS 	<ul style="list-style-type: none"> FACTURAS Y SOPORTES RECAUDO POR VENTA DE SERVICIOS 		<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE FACTURACIÓN SOLICITUD DE RECAUDO POR VENTA DE SERVICIOS 	<ul style="list-style-type: none"> URGENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> CONSULTA EXTERNA LABORATORIO CLÍNICO FISIOTERAPIA ODONTOLOGÍA 	<ul style="list-style-type: none"> INFORMES SOBRE RECAUDO DE CUOTAS MODERADORAS CON SOPORTES RECAUDO POR VENTA DE SERVICIOS FACTURAS Y SOPORTES 		<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE RECAUDO DE CUOTA MODERADORA SOLICITUD DE RECAUDO POR VENTA DE SERVICIOS TIEMPO DE ENTREGA DE FACTURACIÓN 	<ul style="list-style-type: none"> CONSULTA EXTERNA LABORATORIO CLÍNICO FISIOTERAPIA ODONTOLOGÍA
PROCESOS DE APOYO			PROCESOS DE APOYO	
<ul style="list-style-type: none"> COMPRAS 	<ul style="list-style-type: none"> PRODUCTOS Y/O SERVICIOS COMPRADOS FACTURAS DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS COMPRADOS 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS SOLICITUD DE FACTURAS DE COMPRAS 	<ul style="list-style-type: none"> COMPRAS 	
<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL 	<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL CONTRATADO, CAPACITADO Y EVALUADO. NÓMINA APROBADA POR GERENCIA 	<ul style="list-style-type: none"> SOLICITUD DE PERSONAL, CAPACITACIONES Y EVALUACION SOLICITUD DE NOVEDADES DE NÓMINA 	<ul style="list-style-type: none"> PERSONAL 	
<ul style="list-style-type: none"> INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO 	<ul style="list-style-type: none"> EQUIPOS CON MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO. INFRAESTRUCTURA ADECUADA. 	<ul style="list-style-type: none"> REQUERIMIENTO DE MANTENIMIENTOS LOCATIVOS NECESIDAD DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS SOLICITUD DE SOPORTE TECNICO 	<ul style="list-style-type: none"> INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO 	
	<ul style="list-style-type: none"> FACTURAS DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS 	<ul style="list-style-type: none"> PAGO A PROVEEDORES DE SERVICIOS 		

FICHA DEL PROCESO			
PROCESO	RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES	LIDER DEL PROCESO	CONTADORA
OBJETIVO DEL PROCESO	GARANTIZAR EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LOS RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES		
PARTICIPANTES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AUXILIARES DE CONTABILIDAD ▪ AUXILIAR DE CARTERA ▪ REVISORA FISCAL 		
RECURSOS	MECANISMOS DE SEGUIMIENTO	MECANISMOS DE MEDICION	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ RECURSO HUMANO ▪ EQUIPOS DE COMPUTO ▪ INFRAESTRUCTURA ▪ BASE DE DATOS ▪ PAPELERÍA 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ COMITÉ DE CALIDAD ▪ AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PORCENTAJE DE FACTURACIÓN REALIZADA CORRECTAMENTE 	
REQUISITOS LEGALES		REQUISITOS NTC – ISO 9001	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ DECRETO 2649 DEL 2000 – POR EL CUAL SE REGLAMENTA LA CONTABILIDAD EN GENERAL Y SE EXPIDEN LOS PRINCIPIOS O NORMAS DE CONTABILIDAD GENERALMENTE ACEPTADO EN COLOMBIA ▪ ESTATUTO TRIBUTARIO ▪ CÓDIGO DE COMERCIO ▪ CÓDIGO TRIBUTARIO ▪ DECRETO 1011 DE 2006. POR EL CUAL SE ESTABECE EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ REQUISITOS GENERALES: 4.1- REQUISITOS GENERALES, 4.2- REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN, 8.1 – GENERALIDADES 8.2.3-SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS, 8.4- ANÁLISIS DE DATOS, 8.5- MEJORA ▪ REQUISITOS ESPECIFICOS: 6.1 PROVISIÓN DE RECURSOS 	
DOCUMENTOS			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ PROCEDIMIENTO DE FACTURACIÓN ▪ PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE CUENTAS POR PAGAR ▪ PROCEDIMIENTO PARA EL REEMBOLSO DE CAJA MENOR ▪ PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE NÓMINA ▪ PROCEDIMIENTO DE MANEJO Y CONTROL DE GLOSAS 			

5. DOCUMENTACION DEL SISTEMA

La documentación del Sistema de Calidad de FORPRESALUD IPS incluye:

- **Manual de Calidad:** Es el documento básico del Sistema de Gestión de la Calidad, ya que de él se derivan y complementan todos los demás documentos.
- **Planes de Calidad:** Se especifican cómo se aplica el Sistema de Gestión de la Calidad a cada uno de los clientes institucionales.
- **Procedimientos:** Son documentos complementarios al Manual de Calidad y su función es describir cómo se llevan a cabo las distintas actividades de la Institución. La descripción es sencilla y determina claramente las responsabilidades y la forma de ejecutar las diferentes actividades. (Ver Listado Maestro de Documentos F-MC-11).
- **Instrucciones de Trabajo:** Se realizan en aquellos casos en los que se necesite una mayor explicación o detalle de las acciones a realizarse.



6. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCION.

6.1 COMPROMISO DE LA DIRECCION.

La finalidad de la Dirección, compuesta por el Gerente y la asistente de gerencia, es la obtención de la mejora continua, a través de la implementación, desarrollo, seguimiento y mejora del Sistema de Gestión de la Calidad según NTC ISO 9001. Esta finalidad está siempre en línea con el compromiso establecido al asignar los recursos necesarios para la implementación del SGC y aumentar la satisfacción del cliente. Adicionalmente, la alta dirección es quien define la política y los objetivos de calidad, y ha facilitado los recursos necesarios para dar cumplimiento a los mismos mediante la implementación y mejora del sistema de gestión de calidad de FORPRESALUD IPS.

6.2 REVISION POR LA DIRECCION

La revisión por la dirección se realiza cada seis meses y se llevará a cabo de acuerdo al ***“Procedimiento de revisión del sistema de gestión de la calidad de FORPRESALUD IPS (P-GG-01)”***

6.3 PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD DE FORPRESALUD IPS.

La planificación del SGC se lleva a cabo mediante el levantamiento de la documentación necesaria para la estandarización del desempeño de los diferentes procesos misionales.

- Establecimiento de un cronograma de actividades para la implementación del SGC según la norma ISO 9001.
- Asignación de los responsables de las diferentes actividades según el cronograma planteado.
- Garantizar el cumplimiento de las especificaciones y parámetros de calidad establecidos en cada uno de los servicios.
- Asignar los recursos necesarios para la implementación del SGC por parte de la Dirección.
- El establecimiento de capacitaciones, según las necesidades generadas por el personal.

6.4 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

La responsabilidad en la implementación, desarrollo, seguimiento y mejora del SGC se establece mediante la asignación de Líderes en cada uno de los procesos con los que cuenta FORPRESALUD IPS.

Adicionalmente, la responsabilidad y la autoridad en la organización se asigna, según lo establecido en el Manual de Funciones (M-PER-01).

6.5. COMUNICACIÓN INTERNA

La comunicación dentro de la institución se realiza mediante circulares informativas (si la información pertinente es para todo el personal), mediante cartas dirigidas a personas específicas y mediante la comunicación directa.

7. MEJORA CONTINUA

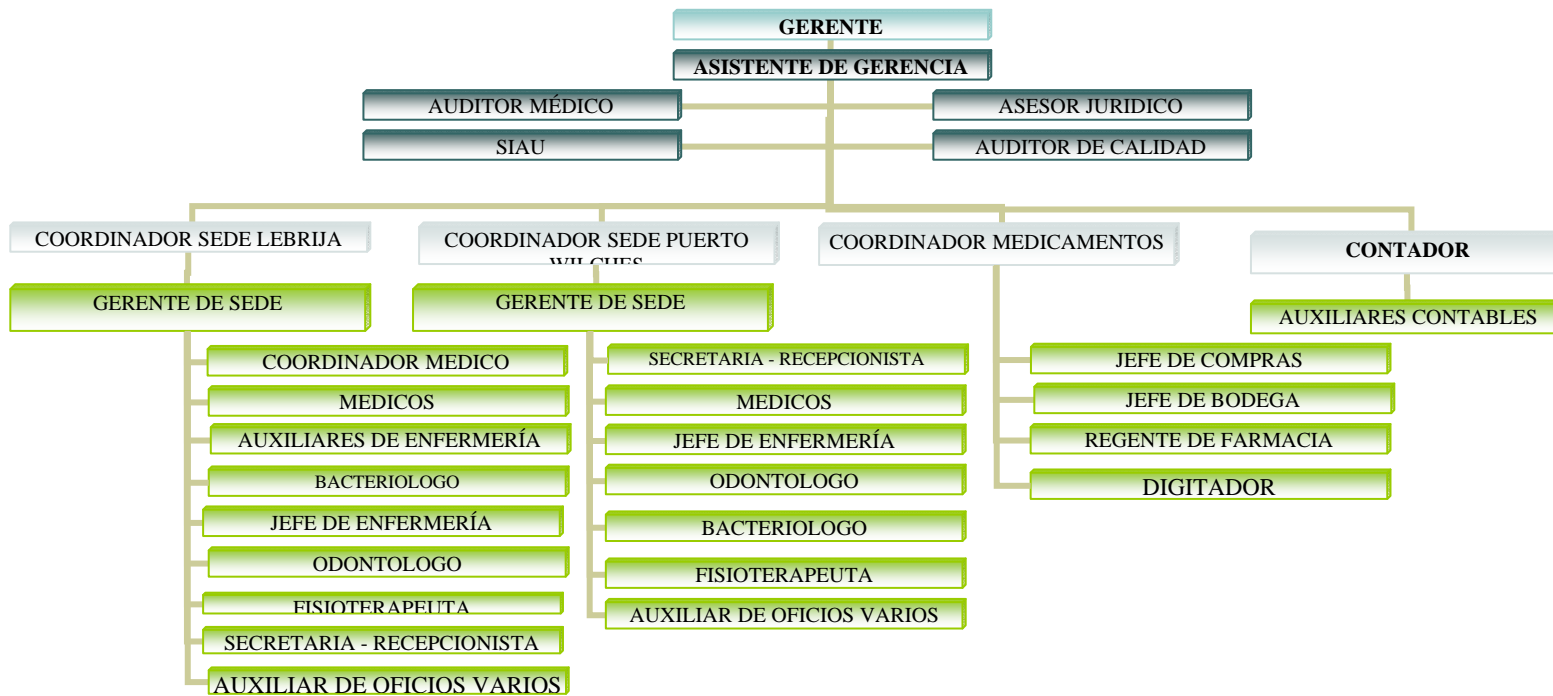
La mejora continua en FORPRESALUD IPS, se establece mediante una cultura organizacional basada en el compromiso del personal con el sistema de gestión de calidad, tanto en el diseño, implementación y mejora del mismo.



8. ANEXOS

- **ANEXO 1:** Estructura organizacional –FORPRESALUD IPS
- **ANEXO 2:** Relación de los procesos del SGC con requisitos NTC ISO 9001:2008
- **ANEXO 3:** Listado de indicadores de gestión

ANEXO 1: ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL FORPRESALUD IPS



ANEXO 2: RELACIÓN DE LOS PROCESOS DEL SGC CON REQUISITOS NTC- ISO 9001:2008

REQUISITO NTC ISO 9001/08	GESTION GERENCIAL	MEJORA CONTINUA	ASIGNACION DE CITAS Y ADMISIONES	LABORATORIO CLÍNICO	CONSULTA EXTERNA	ODONTOLOGÍA	URGENCIAS	FISIOTERAPIA	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	MEDICAMENTOS	COMPRAS	INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO	PERSONAL	RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES
4	4.1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	4.2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	4.2.1		X											
	4.2.2		X											
	4.2.3		X											
	4.2.4		X											
5	5.1	X												
	5.2	X												
	5.3	X												
	5.4.1	X												
	5.4.2	X												
	5.5.1	X												
	5.5.2	X											X	
	5.5.3	X												
	5.6	X												
	5.6.1	X												
	5.6.2	X												
5.6.3	X													
6	6.1	X												X
	6.2	X											X	X
	6.2.1	X											X	X
	6.2.2	X											X	X
	6.3											X		
	6.4											X	X	
7	7.1		X	X	X	X	X	X	X	X				
	7.2	X												
	7.2.1	X												
	7.2.2	X												
	7.2.3	X												
	7.4										X			
	7.4.1										X			
	7.4.2										X			
7.4.3										X				

REQUISITO NTC ISO 9001/08	GESTION GERENCIAL	MEJORA CONTINUA	ASIGNACION DE CITAS Y ADMISIONES	LABORATORIO CLÍNICO	CONSULTA EXTERNA	ODONTOLOGÍA	URGENCIAS	FISIOTERAPIA	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	MEDICAMENTOS	COMPRAS	INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO	PERSONAL	RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES
	7.5		X	X	X	X	X	X	X	X				
	7.5.1		X	X	X	X	X	X	X	X				
	7.5.2		X	X	X	X	X	X	X	X				
	7.5.3		X	X	X	X	X	X	X	X				
	7.5.4		X	X	X	X	X	X	X	X				
	7.5.5		X	X	X	X	X	X	X	X				
	7.6			X	X	X	X	X	X	X		X		
8	8.1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	8.2								X					
	8.2.1		X	X	X	X	X	X		X				
	8.2.2		X	X					X					
	8.2.3	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	8.2.4				X	X								
	8.3		X	X	X	X	X	X	X	X				
	8.4	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	8.5	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	8.5.1		X											
	8.5.2		X											
8.5.3		X												

ANEXO 3: LISTADO DE INDICADORES DE GESTIÓN

INDICADOR	PROCESO	FÓRMULA	FRECUENCIA	META
Porcentaje de indicadores de gestión con meta cumplida	Gestión gerencial	$(\text{Total de indicadores del sistema de gestión que cumplen con la meta} / \text{Total de indicadores del sistema de gestión de calidad}) * 100$	Semestral	90 %
Cumplimiento de auditorías internas	Mejora continua	$(\text{Total de auditorías realizadas} / \text{Total de auditorías programadas}) * 100$	Semestral	80 %
Tasa de satisfacción global	Mejora continua	$(\text{Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos} / \text{Número total de pacientes encuestados}) * 100$	Trimestral	80 %
Índice de satisfacción del usuario	Mejora continua	$(\text{Sumatoria de Porcentaje de cada respuesta} * \text{número de preguntas obtenidas} / \text{Total de encuestas realizadas} - \text{encuestas sin respuesta}) * 100$	Mensual	80 %
Porcentaje de quejas gestionadas	Mejora continua	$(\text{Número de quejas gestionadas} / \text{Número total de quejas detectadas}) * 100$	Trimestral	90%
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de ginecobstetricia	Asignación de citas y admisiones	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de ginecobstetricia y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas de ginecobstetricia asignadas en la institución.	Mensual	8 días
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de pediatría	Asignación de citas y admisiones	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de pediatría y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas de pediatría asignadas en la institución.	Mensual	8 días
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general	Asignación de citas y admisiones	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución.	Mensual	1 día
Oportunidad en la atención en consulta de odontología general	Asignación de citas y admisiones	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de Odontología General y la fecha para la cual es asignada la cita / Número total de consultas odontológicas generales asignadas en la institución	Mensual	2 días
Confiabilidad de resultados según servicios de control de gestión	Laboratorio clínico	$(\text{Número de pruebas con diagnóstico acertado} / \text{número total de pruebas realizadas}) * 100$	Trimestral	95%

INDICADOR	PROCESO	FÓRMULA	FRECUENCIA	META
Porcentaje de metas cumplidas por programa	Promoción y prevención	$(\text{Total de metas cumplidas por programa} / \text{Total de metas cumplidas}) * 100$	Mensual	90%
Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada	Promoción y prevención	Número total de pacientes que seis meses después de diagnosticada su hipertensión arterial presentan niveles de tensión arterial esperados de acuerdo con las metas recomendadas por la Guía de Práctica Clínica basada en evidencia / Número total de pacientes hipertensos Diagnosticados	Mensual	80%
Porcentaje de pacientes ingresados a programas de promoción y prevención	Promoción y prevención	$(\text{Total de pacientes ingresados a promoción y prevención} / \text{cantidad de servicios prestados en el mes}) * 100$	Mensual	15%
Proporción de vigilancia de eventos adversos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laboratorio clínico ▪ Consulta externa ▪ Odontología ▪ Fisioterapia ▪ Urgencias ▪ Medicamentos 	$(\text{Número Total de eventos adversos detectados y gestionados} / \text{Número total de eventos adversos detectados}) * 100$	Mensual	70%
Porcentaje de historias clínicas adecuadas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoción y prevención ▪ Consulta externa ▪ Odontología ▪ Fisioterapia ▪ Urgencias 	$(\text{Número total de historias clínicas adecuadas} / \text{Número total de historias clínicas revisadas}) * 100$	Trimestral	70%
Oportunidad en la atención en consulta de urgencias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Odontología ▪ Urgencias 	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico / Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias	Mensual	20 min
Oportunidad de entrega de pedidos a los puntos	Medicamentos	$\Sigma (\text{fecha despacho} - \text{fecha solicitud})$	Mensual	2 días

INDICADOR	PROCESO	FÓRMULA	FRECUENCIA	META
Caducidad por vencimiento de medicamentos	Medicamentos	$(\text{Número de medicamentos vencidos} / \text{Número total de medicamentos almacenados}) * 100$	Mensual	10%
Porcentaje de facturación realizada correctamente	Recursos financieros y contables	$(\text{Valor total de facturación anulada} / \text{Valor total de facturación realizada}) * 100$	Mensual	80%
Cantidad de servicios no prestados por falta de insumos	Compras	$(\text{Cantidad de servicios no prestados} / \text{total de servicios programados}) * 100$	Mensual	5%
Tiempos de entrega de los pedidos a las sedes	Compras	Días de entrega de pedido a las sedes - Días de entrega de pedido a la sede administrativa	Mensual	1 día
Tiempo de entrega de facturas	Compras	Días de entrega de facturas a contabilidad - Días de entrega de pedido a la sede administrativa	Mensual	1 día
Porcentaje de cumplimiento del programa de capacitaciones	Talento humano	$(\text{Número total de capacitaciones realizadas} / \text{número total de capacitaciones programadas}) * 100$	Semestral	70%
Porcentaje de cumplimiento del programa de mantenimiento de equipos	Infraestructura y mantenimiento	$(\text{Número total de mantenimientos de equipos realizados} / \text{número total de mantenimientos de equipos programados}) * 100$	Semestral	80%
Porcentaje de cumplimiento del programa de mantenimiento de infraestructura	Infraestructura y mantenimiento	$(\text{Número total de mantenimientos de infraestructura realizados} / \text{número total de mantenimientos de infraestructura programados}) * 100$	Semestral	80%

ANEXO D. PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS

PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS

P-MC-01-V1

CONTROL DE MODIFICACIONES				
VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN	ELABORÓ	REVISÓ
1	Abril de 2009	Creación del documento	Facilitadora de calidad	Asistente de gerencia
FIRMA DE APROBACION DE LA ULTIMA VERSIÓN				
<div style="border-top: 1px solid black; width: 50%; margin: 0 auto; margin-bottom: 5px;"></div> FIRMA				
NOMBRE: Dr. Cristian Fabián Rojas.				

Establecer la metodología para la elaboración, manejo y control de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad de FORPRESALUD IPS, garantizando su adecuación, revisión, aprobación y actualización.

2. ALCANCE

Aplica a todos los documentos internos y externos del Sistema de Gestión de Calidad de FORPRESALUD IPS.

3. DEFINICIONES

- **PROCEDIMIENTO:** Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.
- **PROCESO:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.
- **DOCUMENTO:** recopilación de datos que arrojan un significado, impresas en papel, medio magnético o sistematizado.
- **S.G.C.:** Sistema de gestión de calidad.
- **DOCUMENTO INTERNO:** información o datos que posee y elabora la empresa a través de papel, disco magnético, óptico o electrónico y/o fotografías.
- **DOCUMENTO EXTERNO:** información o datos que poseen y elaboran organismos o personas ajenas a la empresa a través de papel, disco magnético, óptico o electrónico y/o fotografías. Este documento sirve de guía o apoyo para el desarrollo de las actividades.
- **DOCUMENTO OBSOLETO:** Documento correspondiente a una versión no vigente de una copia controlada mantenido con fines históricos, debidamente identificado.
- **DOCUMENTO CONTROLADO:** Es aquel documento que está sujeto a cambios, razón por la cual debe ser adecuadamente identificado y controlado en cuanto a su distribución, para asegurar que no se utilicen versiones no vigentes.
- **DOCUMENTO NO CONTROLADO:** Documento distribuido con fines informativos, pero que no está sujeto a actualizaciones.

4. RESPONSABLES


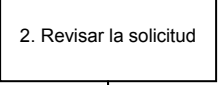
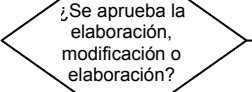
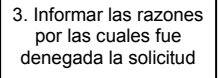
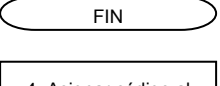
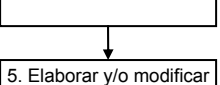
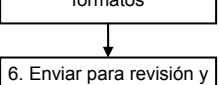
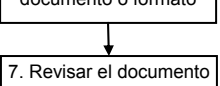
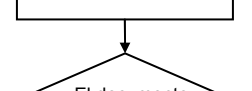
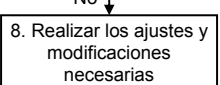
- Facilitador de calidad

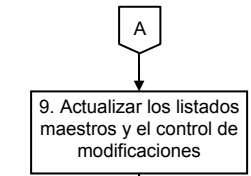
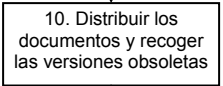
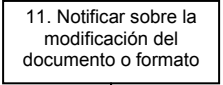
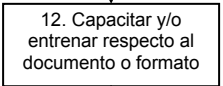
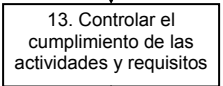
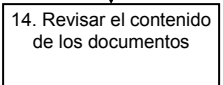
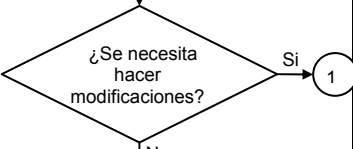


5. POLÍTICAS

- La documentación del sistema de gestión de la calidad debe ser desarrollada por las personas involucradas en los procesos y actividades. La aprobación de la documentación debe ser realizada por el Gerente.
- Los documentos se deben definir en *consenso*, es decir, se debe involucrar a todos los interesados en el proceso o actividad y tener una justificación técnica.
- Para el control de los documentos aprobados se maneja un Listado Maestro de Documentos (F-MC-11), que contiene la información de todos los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad. Para el control y manejo de las copias controladas se utiliza un Listado de Distribución de Documentos (F-MC-14).


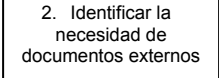
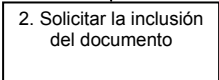
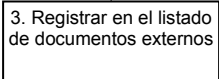
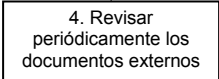
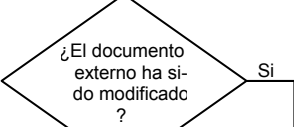
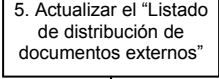
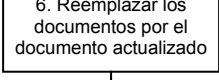
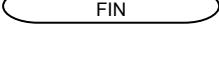
6. DESARROLLO

6.1 Control de documentos internos

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
	Todo el personal	1. Identificar la necesidad de elaboración, modificación o eliminación de documentos o formatos del Sistema de Gestión de la Calidad.
	Gerente Facilitador de calidad	2. Revisar la solicitud de elaboración, modificación o eliminación de documentos o formatos con el fin de asegurar su necesidad y validez.
		¿Se aprueba la elaboración, modificación o eliminación de los documentos o formatos? SI: Actividad N° 3 NO: Actividad N° 4
	Facilitador de calidad	3. Informar a quien solicitó el documento o formato las razones por las cuales fue denegada la solicitud.
	Facilitador de calidad	4. Asignar código al documento o formato y relacionarlo en el listado maestro de documentos internos.
	Facilitador de calidad	5. Elaborar y/o modificar los documentos o formatos según las necesidades de la empresa.
	Facilitador de calidad	6. Enviar para revisión y aprobación del documento o formato.
	Gerente	7. Revisar el documento y realizar las observaciones en caso de ser necesario.
		¿El documento es aprobado? SI: Actividad N° 9 NO: Actividad N° 8
	Facilitador de calidad	8. Realizar los ajustes y modificaciones necesarias y enviar para su nueva revisión y aprobación.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
	Facilitador de calidad	<p>9. Actualizar el listado maestro de documentos, el listado maestro de registros y el control de modificaciones ubicado en la primera hoja de cada documento. Registro: F-MC-11 – Listado maestro de documentos, F-MC-12– Listado maestro de registros</p>
	Facilitador de calidad	<p>10. Distribuir los documentos asegurando que las ediciones pertinentes estén disponibles, recogiendo las versiones obsoletas en los puestos de trabajo. Registro: F-MC-14 – Listado de distribución de documentos</p>
	Facilitador de calidad	<p>11. Notificar al Líder del Proceso sobre la modificación del documento o formato, para que este a su vez replique a los involucrados.</p>
	Facilitador de calidad	<p>12. Capacitar y/o entrenar respecto al entendimiento, utilización y aplicación del documento o formato. Para el caso que se requiera.</p>
	Facilitador de calidad Líder del proceso	<p>13. Controlar el cumplimiento de las actividades y requisitos definidos en este procedimiento</p>
	Líder del proceso	<p>14. Revisar periódicamente el contenido de los documentos para garantizar su vigencia</p>
	<p>Si → 1</p>	<p>¿Se necesita cambiar y/o hacer modificaciones al documento? SI: Actividad N° 1 NO: Fin del procedimiento</p>
		
		

6.2 Control de documentos externos

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
	Todo el personal	1. Identificar la necesidad de documentos externos que apliquen para el proceso.
	Líder del proceso	2. Solicitar la inclusión del documento
	Facilitador de calidad	3. Registrar en el Listado de Documentos Externos (F-MC-13), el nuevo documento. Registro: F-MC-13 – Listado de documentos externos”
	Líder del proceso	4. Revisar periódicamente los documentos externos
	Líder del proceso	4. Revisar periódicamente que los documentos externos apropiados estén disponibles para el personal que necesite la información.
	Facilitador de calidad	¿El documento externo ha sido modificado? SI: Actividad N° 5 NO: Fin del procedimiento
	Facilitador de calidad	5. Actualizar el “Listado de Distribución de Documentos” (F –MC-14). Registro: F-MC-14 – Listado de distribución de documentos externos”
	Facilitador de calidad	6. Reemplazar los documentos por el documento externo actualizado.
	Facilitador de calidad	

6. REGISTROS

- a. Listado maestro de documentos– **F-MC-11**
- b. Listado maestro de registros - **F-MC-12**
- c. Listado de documentos externos - **F-MC-13**
- d. Listado de distribución de documentos - **F-MC-14**

7. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- a. NTC-ISO-9000:2005** Sistemas De Gestión De La Calidad - Fundamentos Y Vocabulario.
- b. NTC-ISO-9001:2008** Sistemas De Gestión De La Calidad - Requisitos.

ANEXO E. PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE REGISTROS

PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE REGISTROS P-MC-02-V1

CONTROL DE MODIFICACIONES				
VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN	ELABORÓ	REVISÓ
1	Abril de 2009	Creación del documento	Facilitadora de calidad	Asistente de gerencia
FIRMA DE APROBACION DE LA ULTIMA VERSIÓN				
<div style="border-top: 1px solid black; width: 50%; margin: 0 auto; margin-bottom: 5px;"></div> FIRMA				
NOMBRE: Dr. Cristian Fabián Rojas.				

1. OBJETIVO

Establecer las directrices para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros del Sistema de Gestión de la Calidad de FORPRESALUD IPS.

2. ALCANCE

Aplica a todos los registros que se utilicen dentro del Sistema de Gestión de Calidad de FORPRESALUD IPS.

3. DEFINICIONES

- **REGISTRO:** Documento que proporciona resultados conseguidos o proveen evidencia de las actividades efectuadas.
- **LEGIBILIDAD:** Que pueda leerse la información contenida en el registro.
- **IDENTIFICACIÓN:** Nombre y/o código con el que se reconoce a cada registro.
- **ALMACENAMIENTO:** Lugar, dispositivo y / o equipo donde se encuentra física o magnéticamente el Registro.
- **PROTECCIÓN:** Asegurar la integridad de los registros durante todo su periodo útil.
- **RECUPERACIÓN:** Facilidad de acceso a los registros y a la información contenida en ellos, tomando en cuenta su localización y su clasificación.
- **TIEMPO DE RETENCIÓN:** Período de tiempo en que se tendrán los registros dentro de un archivo en papel o medio electrónico, ya sea el establecido por la ley o el establecido por la organización de acuerdo a sus necesidades de operación.
- **DISPOSICIÓN:** Destino final de los registros. Guarda permanente o eliminación.
- **VIGENTE:** Es el tiempo de retención de un registro que se requiere archivar en forma permanente.

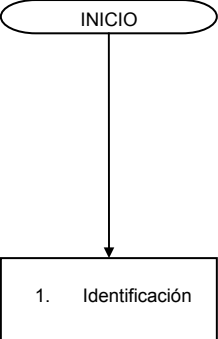
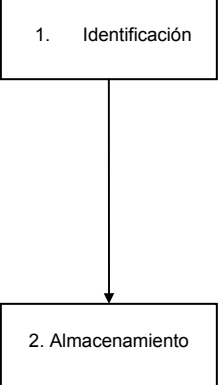
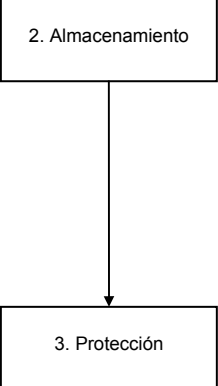
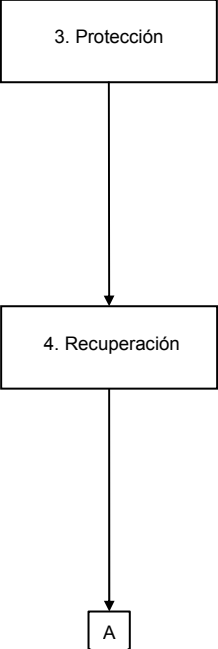
4. RESPONSABLES

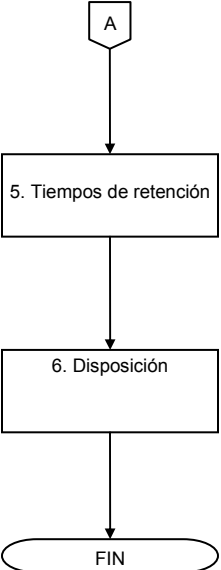
- Facilitador de calidad

5. POLÍTICAS

- Todos los registros que se generen en la aplicación de procedimientos del Sistema de Gestión de la Calidad se deben controlar como lo indica este documento y cada uno de los procedimientos del SGC.
- Los registros del Sistema de Gestión de la Calidad deben ser legibles y almacenados de tal forma que se conserven y consulten con facilidad. Los medios utilizados para la realización de registros en FORPRESALUD IPS son registros en medio magnético y/o impreso.

6. DESARROLLO
6.1 Control de documentos internos

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
	<p>Líder del proceso Facilitador de calidad</p>	<p>1 IDENTIFICACIÓN Identificar los registros que pertenecen al Sistema de Gestión de Calidad. Se deben identificar claramente por medio de un título y un código que facilite su identificación y accesibilidad. Registro: F-MC-12 – Listado maestro de registros</p>
	<p>Líder del proceso Facilitador de calidad</p>	<p>2 ALMACENAMIENTO Determinar el lugar de almacenamiento y el acceso de los registros. El almacenamiento de los registros de calidad se realiza en medio físico y/o magnético, el registro físico es almacenado en un archivo de gestión en cada puesto de trabajo y un archivo central en donde se almacenan los registros cuyo tiempo de retención en el archivo ha expirado, este tiempo es definido en el Listado maestro de registros. El registro en medio magnético es almacenado en el disco duro de cada equipo. La historia clínica de cada paciente es realizada y almacenada en el sistema de información MEDISOFT. Registro: F-MC-12 – Listado maestro de registros</p>
	<p>Líder del proceso Facilitador de calidad</p>	<p>3 PROTECCIÓN Proteger los registros, los registros en medio físicos deben ubicarse en lugares secos, libres de humedad y guardarse en archivadores. Para la protección de los registros en medio magnético se realizan copias de seguridad de los equipos de cómputo que se requieran.</p>
	<p>Todo el personal</p>	<p>4 RECUPERACIÓN Relacionar en el listado maestro de registros mediante el nombre del mismo y el personal encargado de cada proceso tendrá acceso a manera de consulta al archivo del listado, ubicado en el equipo de cada líder del proceso. Su recuperación se hará de forma alfabética en cada uno de los archivos del sistema de gestión de calidad de cada proceso. Registro: F-MC-12 – Listado maestro de registros</p>

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
 <pre> graph TD A[A] --> B[5. Tiempos de retención] B --> C[6. Disposición] C --> D([FIN]) </pre>	<p data-bbox="589 281 818 365">Líder del proceso Facilitador de calidad</p> <hr/> <p data-bbox="589 606 818 659">Líder del proceso Facilitador de calidad</p>	<p data-bbox="857 254 1471 417">5 TIEMPOS DE RETENCIÓN De acuerdo al criterio de cada responsable de proceso se asigna el tiempo de retención de cada registro, informándolo al Facilitador de calidad, para que lo relacione en el listado maestro de registros. Registro: F-MC-12 – Listado maestro de registros</p> <hr/> <p data-bbox="857 552 1471 716">6 DISPOSICIÓN Una vez cumplidos los tiempos de retención, los registros se reciclan y/o desechan, la disposición de cada uno de los registros se determina en el listado maestro de registros. Registro: F-MC-12 – Listado maestro de registros</p>

8. REGISTROS

Listado maestro de registros - **F-MC-12**

9. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

NTC-ISO-9000:2005 Sistemas De Gestión De La Calidad -Fundamentos Y Vocabulario.

NTC-ISO-9001:2008 Sistemas De Gestión De La Calidad - Requisitos.

ANEXO F. PROCEDIMIENTO CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME

**PROCEDIMIENTO CONTROL DE PRODUCTO
NO CONFORME
P-MC-04-V1**

CONTROL DE MODIFICACIONES				
VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN	ELABORÓ	REVISÓ
1	Abril de 2009	Creación del documento	Facilitadora de calidad	Asistente de gerencia
FIRMA DE APROBACION DE LA ULTIMA VERSIÓN				
<div style="border-top: 1px solid black; width: 50%; margin: 0 auto; margin-bottom: 5px;"></div> FIRMA				
NOMBRE: Dr. Cristian Fabián Rojas.				

1. OBJETIVO

Establecer las directrices para la identificación y el control del producto no conformes detectado en FORPRESALUD IPS.

2. ALCANCE

El procedimiento aplica para la identificación, tratamiento y seguimiento de todos los productos no conformes que se presenten en FORPRESALUD IPS.

3. DEFINICIONES

- **NO CONFORMIDAD:** Incumplimiento de un requisito del cliente, de la institución, reglamentario o de la norma ISO 9001.
- **CORRECCIÓN:** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada u otra situación indeseable.
- **ACCIÓN CORRECTIVA:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.
- **CONCESIÓN:** Autorización para utilizar o liberar un producto que no es conforme con los requisitos especificados.
- **REPROCESO:** Acción tomada sobre un producto no conforme para que cumpla con los requisitos.

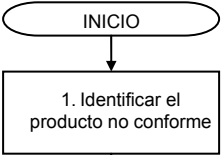
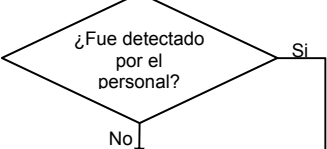
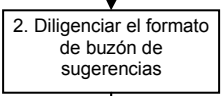

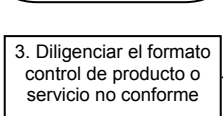

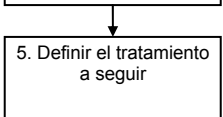
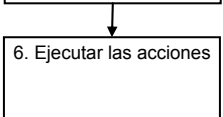
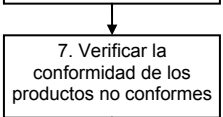
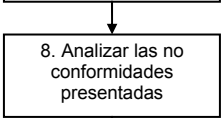
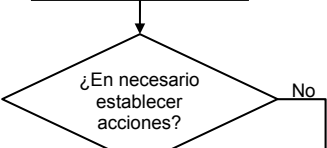

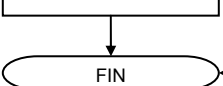
4. RESPONSABLES

- Facilitador de calidad
- Líder de cada proceso

5. POLÍTICAS

- El plan de la Calidad establecido para los procesos de FORPRESALUD IPS determina los controles para evaluar si un producto cumple con las características de la calidad que se han establecido según las necesidades de los clientes. En el caso en que los productos no cumplan éstas características deberán ser tratados con el procedimiento descrito a continuación.

7. DESARROLLO

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
	Líder del proceso Personal FORPRESALUD IPS	1. Identificar la existencias del producto no conforme
		¿El producto no conforme fue detectado por el personal de FORPRESALUD IPS? SI: Actividad N° 3 NO: Actividad N° 2
	Líder del proceso	2. Si el producto no conforme es detectado por el usuario se diligencia el formato de buzón de sugerencias, según el procedimiento de Servicio integral de atención al usuario (P-MC-06). Registro: F-MC-04 – Buzón de sugerencias.
	Líder del proceso	3. Diligenciar el Formato Control de Producto o Servicio no conforme. Registro: F-MC-16 - Control de producto o servicio no conforme
	Personal FORPRESALUD IPS	4. Registrar el producto no conforme en el respectivo formato. Registro: F-MC-16 – Control de producto o servicio no conforme
	Líder del proceso	5. Definir el tratamiento a seguir, este puede consistir en tomar acciones para eliminar la no conformidad detectada, autorizar su uso o liberar bajo concesión cuando sea aplicable, o tomar acciones para impedir el uso previsto. Registro: F-MC-16 – Control de producto o servicio no conforme
	Personal FORPRESALUD IPS	6. Ejecutar acciones para la eliminación del producto no conforme.
	Líder del proceso	7. Verificar la conformidad de los productos no conformes detectados, después de su tratamiento. Registro: F-MC-16 – Control de producto o servicio no conforme
	Líder del proceso	8. Analizar las no conformidades presentadas y si es necesario establecer acciones correctivas y/o preventivas para eliminar de forma permanente la causa raíz.
		¿Es necesario establecer acciones correctivas y/o preventivas? SI: Actividad N° 9 NO: Fin del procedimiento
	Líder del proceso	9. Diligenciar formato de acciones de mejora según el procedimiento de acciones correctivas y preventivas (P-MC-05). Registro: F-MC-10 – Acciones de mejora
		
		

8. REGISTROS

- Buzón de sugerencias– **F-MC-04**
- Acciones de mejora – **F-MC-10**
- Control de producto o servicio no conforme- **F-MC-16**

9. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- **NTC-ISO-9000:2005** Sistemas De Gestión De La Calidad - Fundamentos Y Vocabulario.
- **NTC-ISO-9001:2008** Sistemas De Gestión De La Calidad - Requisitos.
- **P-MC-05** – Procedimiento de acciones correctivas y preventivas
- **P-MC-06** – Procedimiento de servicio integral de atención al usuario

ANEXO G. PROCEDIMIENTO DE AUDITORIAS INTERNAS

PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA INTERNA P-MC-03-V1

CONTROL DE MODIFICACIONES				
VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN	ELABORÓ	REVISÓ
01	Mayo de 2009	Emisión inicial del documento	Facilitadora de Calidad	Asistente de Gerencia
FIRMA DE APROBACION DE LA ULTIMA VERSIÓN				
<div style="border-top: 1px solid black; width: 50%; margin: 0 auto; margin-bottom: 5px;"></div> FIRMA				
NOMBRE: Dr. Cristian Fabián Rojas.				

1. OBJETIVO

Determinar las responsabilidades y requisitos para la planificación, implementación y ejecución de las Auditorías Internas del Sistema de Gestión de Calidad de FORPRESALUD E.U. con el fin de verificar si el sistema de gestión de calidad implantado es conforme con los requisitos incluidos en la norma NTC ISO 9001:2008, evaluando periódicamente la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad para generar acciones de mejoramiento continuo.

2. ALCANCE

Aplica para la programación, preparación, evaluación y seguimiento de las auditorías internas al Sistema de Gestión de Calidad de FORPRESALUD E.U.

3. DEFINICIONES

- **SGC:** Sistema de Gestión de Calidad
- **Acción correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación Indeseable.
- **Cliente de la Auditoría:** Organización o persona que solicita una auditoría.
- **Acción Preventiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.
- **Auditado:** Organización que auditada.
- **Auditor:** Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría.
- **Auditoría:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de la auditoría.
- **Criterios de la auditoría:** Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencia.
- **Evidencia de la auditoría:** Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables.
- **No conformidad:** Incumplimiento de un requisito

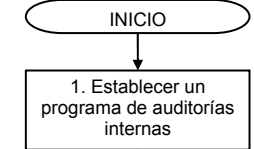
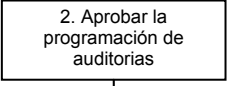
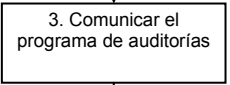
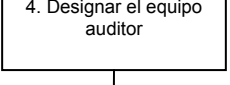
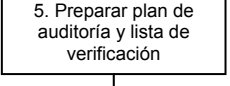
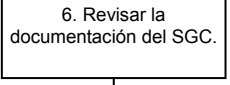
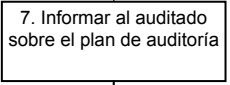
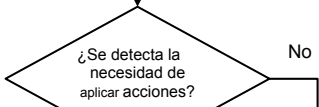
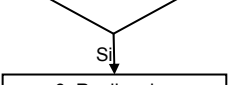
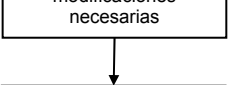
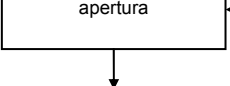
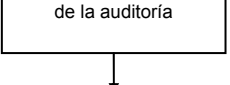
4. POLITICAS

- El auditor no debe auditar su propio trabajo.
- El auditor debe cumplir con el perfil establecido
- La programación de la Auditoría Interna debe estar aprobada por la gerencia.

5. RESPONSABLES

- Facilitadora de calidad
- Auditores internos

6. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
	Facilitador de calidad – Asistente de gerencia	1. Establecer un programa de auditorías internas tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas a auditar.
	Gerente	2. Aprobar la programación de auditorías internas
	Facilitadora de calidad	3. Comunicar el programa de auditorías a los auditores y a los auditados.
	Asistente de gerencia	4. Designar el equipo auditor de acuerdo al perfil establecido en el Manual de funciones (M-PER-01).
	Auditor	5. Preparar el plan de auditoría y la lista de verificación. Registro: F-MC-06 – Plan de auditorías internas, F-MC-07 – Lista de verificación de auditorías internas
	Auditor	6. Revisar la documentación del SGC
	Auditor	7. Informar al auditado sobre el plan de auditoría con mínimo 5 días hábiles de anticipación.
		¿Hay que realizar modificaciones al plan de auditoría? SI: Actividad N° 8 NO: Actividad N° 9
	Auditor	8. Realizar las modificaciones necesarias
	Equipo Auditor	9. Realizar reunión de apertura: <ul style="list-style-type: none"> ♦ Presentación del auditor ♦ Explicación de la metodología de la auditoría ♦ Objetivo de la auditoría ♦ Aclaración de inquietudes ♦ Fecha y hora para reunión de cierre ♦ Firmas de los auditados en el plan de auditoría interna.
	Auditor Auditado	10. Recopilar evidencias de la auditoría por medio de entrevistas y registrarlas en la lista de verificación. Registro: F-MC-07 – Lista de verificación de auditorías internas
	Auditor	11. Evaluar las evidencias frente a los criterios de auditoría

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
<pre> graph TD Start([1]) --> 12[12. Documentar las no conformidades] 12 --> 13[13. Realizar reunión de cierre] 13 --> 14[14. Preparar informe de auditoría] 14 --> 15[15. Aprobar, distribuir y archivar informe de auditoría.] 15 --> Decision{¿Se detecta la necesidad de aplicar acciones?} Decision -- Si --> 16[16. Aplicar acciones] Decision -- No --> FIN([FIN]) 16 --> FIN </pre>	Auditor Auditado	12. Documentar las no conformidades encontradas.
	Auditor Auditado	13. Realizar reunión de cierre y entregar las no conformidades que fueron hallados.
	Auditor	14. Preparar informe de auditoría interna dentro de los tres días siguientes después de la auditoría. Registro: F-MC-08 – Informe de auditoría interna
	Auditor Auditado	15. Aprobar, distribuir y archivar informe de auditoría.
	Auditado	¿Se detecta la necesidad de aplicar acciones preventivas y/o acciones correctivas? NO: FIN SI: Actividad 14
	Facilitadora de calidad	16. Aplicar acciones según el procedimiento Acciones correctivas y acciones preventivas P-MC-05. Registro: F-MC-10 – Acciones de mejora

7. REGISTROS

- Plan de auditorías internas - **F-MC-06**
- Lista de verificación de auditorías internas - **F-MC-07**
- Informe de auditoría interna - **F-MC-08**
- Acciones de mejora - **F-MC-10**

8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- **NTC-ISO-9000:2005** - Sistemas De Gestión De La Calidad -Fundamentos Y Vocabulario.
- **NTC-ISO-9001:2008** - Sistemas De Gestión De La Calidad - Requisitos.
- **P-MC-05-** Procedimiento de acciones correctivas y acciones preventivas

ANEXO H. PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS

FECHA DE PROGRAMACIÓN

24 de junio de 2009

PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS DEL SEMESTRE

PROCESO	JULIO				AGOSTO				SEPTIEM.				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Gestión gerencial																								
Mejora continua																								
Asignación de citas y admisiones																								
Consulta externa																								
Urgencias																								
Odontología																								
Laboratorio clínico																								
Fisioterapia																								
Promoción y prevención																								
Medicamentos																								
Compras																								
Personal																								
Infraestructura y mantenimiento																								
Recursos financieros y contables																								
ELABORADO POR:	Adriana Lucía Moros - Diana Carolina Camargo												CONVENCIONES											
													Auditoria programada											
APROBADO POR:	Cristian Fabián Rojas												Auditoria cumplida											

ANEXO I. PLAN DE PRIMERA AUDITORIA

Fecha:	3 de Agosto de 2009
---------------	---------------------

Objetivo	Alcance
Verificar la eficacia de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad de FORPRESALUD IPS	Abarca todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad de FORPRESALUD IPS

Criterios de auditoría
NTC ISO 9001 versión 2008 Manual de Calidad de FORPRESALUD IPS (M-MC-01) Decreto 1011 del 2006 Decreto 2200 Documentación que hace parte del Sistema de Gestión de Calidad de FORPRESALUD IPS.

Proceso	Fecha	Auditado (s)	Auditor	Hora	
				Inicio	Final
Mejora Continua	10 de agosto de 2009	Adriana Lucía Moros	Jenny Carolina Franco	8:30 a.m	10:30 a.m
Compras	10 de agosto de 2009	Adriana Lucía Moros	Jenny Carolina Franco	10:30 a.m	12:30 p.m
Personal	10 de agosto de 2009	Adriana Lucía Moros	Jenny Carolina Franco	2:00 p.m	4:00 p.m
Infraestructura y mantenimiento	10 de agosto de 2009	Adriana Lucía Moros	Jenny Carolina Franco	4:00 p.m	6:00 p.m
Gestión Gerencial	11 de agosto de 2009	Cristian Fabián Rojas	Adriana Lucía Moros	8:00 a.m	10:00 a.m
Recursos financieros y contables	11 de agosto de 2009	Luz Mireya Aguilar	Adriana Lucía Moros	10:00 a.m	12:00 m
Medicamentos	11 de agosto de 2009	Jenny Carolina Franco	Adriana Lucía Moros	2:00 p.m	4:00 p.m
Asignación de citas y admisiones	12 de agosto de 2009	Nelly Prada	Adriana Lucía Moros	7:00 a.m	8:30 a.m
	13 de agosto de 2009	Xiomara Patricia Monsalve	Adriana Lucía Moros	7:00 a.m	8:30 a.m
Laboratorio Clínico	12 de agosto de 2009	Lina Ramos	Adriana Lucía Moros	8:30 a.m	10:00 a.m
	13 de agosto de 2009	Fabiola Vargas	Adriana Lucía Moros	8:30 a.m	10:00 a.m
Consulta externa	12 de agosto de 2009	Néstor Camargo	Adriana Lucía Moros	10:00 a.m	11:30 a.m
	13 de agosto de 2009	William Cabarcas	Adriana Lucía Moros	10:00 a.m	11:30 a.m
Odontología	12 de agosto de 2009	Wilson Martínez	Adriana Lucía Moros	11:30 a.m	1:00 p.m
	13 de agosto de 2009	Oswaldo Espitaleta	Adriana Lucía Moros	11:30 a.m	1:00 p.m
Fisioterapia	12 de agosto de 2009	Jeannette Gil	Adriana Lucía Moros	2:00 p.m	3:30 p.m
	13 de agosto de 2009	Neyda Jasmín Gómez	Adriana Lucía Moros	2:00 p.m	3:30 p.m
Promoción y prevención	12 de agosto de 2009	Adriana Bohórquez	Adriana Lucía Moros	3:30 p.m	5:00 p.m
	13 de agosto de 2009	Andrea Figueroa	Adriana Lucía Moros	3:30 p.m	5:00 p.m
Urgencias	12 de agosto de 2009	Néstor Camargo	Adriana Lucía Moros	5:00 p.m	6:30 p.m

Observaciones:
<p>La reunión de apertura se realizará en la sede administrativa de 8:00 a.m a 8:30 a.m La reunión de cierre se realizará en la sede Puerto Wilches de 5:00 p.m a 5:30 p.m</p>

Elaborado por	Adriana Lucía Moros	Carg o	Auditores Líder
	Jenny Carolina Franco		Auditor observador
	Diana Carolina Camargo		Facilitadora de calidad

ANEXO J. INFORME PRIMERA AUDITORIA INTERNA

FECHA:	17 de Agosto de 2009
---------------	-------------------------

CRITERIOS DE AUDITORÍA	ALCANCE
NTC ISO 9001 versión 2008 Manual de Calidad de FORPRESALUD IPS (M-MC-01) Decreto 1011 del 2006 Decreto 2200 del 2005 Resolución 412 de 2000 Documentación que hace parte del Sistema de Gestión de Calidad de FORPRESALUD IPS.	Abarca todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad de FORPRESALUD IPS

PROCESO AUDITADO	FECHA DE AUDITORÍA	PERSONAL AUDITADO
Todos los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad	10, 11, 12 y 13 de Agosto de 2009	Cristian Fabián Rojas, Adriana Lucia Moros, Luz Mireya Aguilar, Jenny Carolina Franco, Nelly Prada, Xiomara Patricia Monsalve, Lina Ramos, Fabiola Vargas, Néstor Camargo, William Cabarcas, Wilson Martínez, Oswaldo Espitaleta, Jeannette Gil, Neyda Jasmín Gómez, Adriana Bohórquez, Andrea Figueroa, Néstor Camargo

RESULTADOS					
Nº de fortalezas	8	Nº de Observaciones u Oportunidades de mejora	18	Nº de No Conformidades	5

Nº	FORTALEZAS
1	La documentación planificada para el sistema de gestión de la calidad, por que evidencia el cumplimiento con los requisitos de la norma ISO 9001
2	Disposición de los líderes de procesos para asimilar las observaciones dadas por el equipo auditor durante la auditoria
3	La disponibilidad de recursos para la implementación del sistema de gestión de la calidad de la empresa desde el área gerencial.
4	La normalización aplicada a los diferentes documentos por que permite evidenciar la aplicación del control de los documentos del SGC.
5	Los mecanismos establecidos para el control de los recursos de la Institución por que aseguran la disponibilidad de recursos tanto para el sistema, como para cumplir con los requisitos del cliente y del usuario.
6	El compromiso del personal del proceso, con el cumplimiento de los requisitos del cliente
7	Disponibilidad de los registros en cada puesto de trabajo que evidencian el cumplimiento de los requisitos establecidos.
8	Cumplimiento de los requisitos legales

Nº	OBSERVACIONES U OPORTUNIDADES DE MEJORA
GESTIÓN GERENCIAL:	
1	Terminar de formalizar la entrega de los perfiles del cargo en todas las áreas de la Institución.
MEJORA CONTINUA:	
1	Revisar la interacción de los procesos y documentos en las caracterizaciones que hacen parte

	del manual de calidad.
2	Reforzar las estrategias de divulgación del Direccionamiento estratégico, con el personal de la institución.
3	Implementar la metodología definida para la generación de copias de seguridad de manera que se asegure el control de los registros generados en medio magnético
4	Revisar la concordancia de todos los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad de la institución con el listado maestro de documentos y el listado maestro de registros.
PROCESOS MISIONALES:	
1	Verificar que los registros generados en cada proceso sean legibles
2	El manejo de quejas ocasionadas por los servicios deben tener mayor control y seguimiento
MEDICAMENTOS:	
1	Establecer en el procedimiento de almacenamiento y manejo de medicamentos un intervalo de tiempo para el control de los medicamentos que se encuentran vencidos o en malas condiciones.
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN:	
1	Definir un horario tentativo para la atención de los pacientes por cada programa de promoción y prevención
ASIGNACIÓN DE CITAS Y ADMISIONES:	
1	Definir un horario para la asignación de citas telefónicas de manera que garantice la atención de todas las llamadas
COMPRAS:	
1	Definir en el procedimiento de compras, cuál es el manejo dado a la compra de servicios profesionales (ginecólogo, pediatra, médico internista)
2	Verificar el diligenciamiento del listado de proveedores antiguos y nuevos.
3	Determinar la frecuencia de reevaluación de los proveedores.
INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO:	
1	Verificar el tratamiento dado internamente a los residuos sólidos y hospitalarios.
2	Determinar estrategias para completar el diligenciamiento de los formatos establecidos para el proceso de infraestructura y mantenimiento, para las hojas de vida de equipos y reportes de mantenimiento.
RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES:	
1	Revisar el tiempo de entrega de la facturación a los diferentes clientes institucionales
2	Realizar capacitación sobre tarifas para la facturación
PERSONAL:	
1	Se recomienda en el formato F-PER-03 – Requisición del personal, incluir un espacio para relacionar la persona que se contrató.

Nº	NO CONFORMIDADES	REQUISITO QUE INCUMPLE
1	No se identifica la forma de almacenar los documentos obsoletos	4.2.4 Control de documentos
2	No se encontró el soporte que muestre evidencia del cumplimiento de la competencia requerida en el manual de funciones en cuanto a educación del médico general Hugo Andrés González faltando el diploma de grado.	6.2 Recurso humano
3	Existen cargos relacionados en el organigrama que no tienen definidas competencias en el manual de funciones (Jefe de bodega, jefe de compras)	6.2 Recurso humano
4	No se evidencia la calibración de los equipos del proceso de laboratorio clínico que realizan mediciones, del periodo correspondiente de enero a Julio de 2009	7.6 Control de los equipos de seguimiento y

		medición
5	No se evidencia la documentación e implementación de acciones preventivas para todos los procesos del sistema de gestión de la calidad de FORPRESALUD IPS.	8.5.3 Acciones preventivas

CONCLUSIONES	
El Sistema de Gestión de la Calidad de FORPRESALUD IPS se encuentra en etapa de implementación de la documentación planificada y debe tratar las no conformidades encontradas para que sea conforme con los requisitos establecidos para el mismo.	

AUDITOR LÍDER	ADRIANA LUCIA MOROS
--------------------------	---------------------

AUDITORES	
JENNY CAROLINA FRANCO	

ANEXO K. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Responsable de la Revisión: Cristian Fabián Rojas	Fecha de revisión: 20 de agosto de 2009
--	--

1. REVISION DE LA POLITICA DE CALIDAD

La política de calidad de FORPRESALUD IPS, es adecuada a la organización, y ayuda a mejorar continuamente la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad de la institución.

2. REVISION DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD

Los objetivos de calidad de FORPRESALUD IPS, son coherentes con la política de calidad y son medibles mediante los indicadores de gestión. Evidenciando el mejoramiento en el cumplimiento de estos.

3. RETROALIMENTACION CON EL CLIENTE

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Se realizan encuestas mensualmente en cada servicio, de los ítems evaluados, el que presenta menos satisfacción se trata sobre el cumplimiento de la hora de la cita asignada.

QUEJAS DEL CLIENTE

En las sedes de FORPRESALUD IPS se identificaron deficiencias en el cumplimiento de la hora de la cita programada, al igual que se evidencia en las encuestas de satisfacción. Ya fue atendida por medio del tratamiento de servicio no conforme.

4. DESEMPEÑO DE PROCESOS

El desempeño de procesos, se evidencia a través de la medición realizada por cada proceso, por medio de los indicadores de calidad, la documentación y registros implementados, y las acciones de mejora realizadas.

Según la evidencia de los procesos implementados en FORPRESALUD IPS, los procesos se están manejando adecuadamente, la medición de los indicadores muestran una gran mejoría entre la primera medición al iniciar la implementación y la medición realizada luego de la mejora.

Los registros necesarios para cada proceso son llevados satisfactoriamente, contando con los formatos en cada puesto de trabajo

5. SERVICIOS NO CONFORMES

PROCESO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
Queja por amabilidad, tacto y/o información	2	Las quejas fueron tratadas al pedir disculpas al paciente y ofrecerle los servicios nuevamente. Se trató la causa dada con el personal involucrado.
Retraso en la prestación del servicio.	8	Debido a la cantidad de servicios no conformes presentada por la misma causa, fue necesario realizar una acción correctiva.
Cancelación de citas por causa de FORPRESALUD IPS	3	Debido capacitaciones externas programadas principalmente para el odontólogo. El tratamiento dado fue solicitar disculpas al paciente y asignar nuevamente la cita.

6. ACCIONES CORRECTIVAS Y ACCIONES PREVENTIVAS

A la fecha de la revisión no se encontraron acciones preventivas.

Se encontró una acción correctiva, hallada del producto no conforme más presentado en la institución, se verificó la efectividad del tratamiento realizado. Se deja cerrada la acción correctiva.

6. AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

En la primera auditoria interna realizada para la institución, se evidenciaron 8 fortalezas, 18 oportunidades de mejora y 5 no conformidades.

Las oportunidades de mejora se presentaron 1 en el proceso de gestión gerencial, 4 en el proceso de mejora continua, 2 en los procesos misionales en general, 1 en el proceso de medicamentos, 1 en promoción y prevención, 1 en asignación de citas y admisiones, 3 en el proceso de compras, 2 en infraestructura y mantenimiento, 2 en recursos financieros y contables y 1 en el proceso de personal.

Las no conformidades halladas en los procesos de mejora continua, personal e infraestructura y mantenimiento.

7. CONCLUSIONES POR LA GERENCIA

- Documentar acciones preventivas para cada proceso del Sistema de Gestión de la Calidad de FORPRESALUD IP.
- Implementar un plan de acción para tratar las no conformidades y las oportunidades de mejora presentadas en la auditoria interna realizada anteriormente.
- Dar seguimiento a la acción correctiva cerrada para verificar que no vuelva a suceder.
- En el caso de seguir evidenciando productos no conformes, generar la acción de mejora donde define el tratamiento a seguir, con el fin de que no vuelva a presentarse.

ANEXO L. PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y ACCIONES PREVENTIVAS

PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS P-MC-05-V1

CONTROL DE MODIFICACIONES				
VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN	ELABORÓ	REVISÓ
1	Abril de 2009	Creación del documento	Facilitadora de calidad	Asistente de gerencia
FIRMA DE APROBACION DE LA ULTIMA VERSIÓN				
<div style="border-top: 1px solid black; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> FIRMA				
NOMBRE: Dr. Cristian Fabián Rojas.				

1. OBJETIVO

Establecer los parámetros a seguir para eliminar la causa de no conformidades reales y potenciales mediante la implementación de acciones correctivas y acciones preventivas en FORPRESALUD IPS.

2. ALCANCE

El procedimiento aplica a todas las no conformidades reales y potenciales, generadas en los procesos que conforman el sistema de gestión de la calidad de FORPRESALUD IPS.

3. DEFINICIONES

- **REQUISITO:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.
- **NO CONFORMIDAD:** Incumplimiento de un requisito.
- **CORRECCIÓN:** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.
- **ACCIÓN CORRECTIVA:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.
- **ACCIÓN PREVENTIVA:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial detectada u otra situación potencialmente indeseable.
- **EFICACIA:** Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados

4. RESPONSABLES

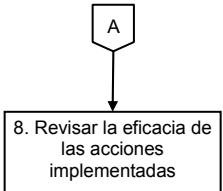
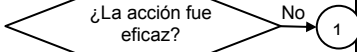
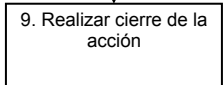
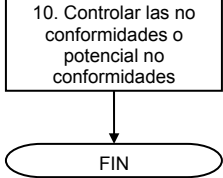
- Facilitador de calidad
- Líder de cada proceso

5. POLÍTICAS

- Una acción correctiva es considerada eficaz cuando la no conformidad presentada, no se manifiesta nuevamente dentro del plazo de un mes después de haber cerrado la acción.
- Una acción preventiva es considerada eficaz si esta elimina la causa de no conformidades o problemas potenciales.
- La corrección no corresponde a una acción para eliminar una potencial no conformidad.
- Las fuentes para la identificación de no conformidades y potencial no conformidades pueden ser la revisión de registros, quejas de los clientes, comités, auditorías internas y análisis de datos entre otros.
- Es importante que en el análisis de causas participe el personal involucrado en la no conformidad o potencial no conformidad.
- La persona responsable para dar cierre a una acción correctiva o preventiva es el líder de proceso.

6. DESARROLLO

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
	<p>Personal de FORPRESALUD IPS Auditor</p>	<p>1. Identificar el hallazgo (No conformidad, Potencial No conformidad). Las fuentes para la identificación de hallazgos pueden ser: Revisión de registros, quejas de los clientes, análisis de datos, comités, auditorías internas, externas u otras fuentes. Registro: F-MC-10 – Acciones de mejora</p>
	<p>Líder del proceso</p>	<p>2. Verificar el hallazgo e identificar si se trata de una no conformidad ó una potencial no conformidad, generar el número de acción correctiva o preventiva respectivo. Registro: F-MC-10 – Acciones de mejora</p>
	<p>Auditor Líder del proceso</p>	<p>3. Redactar la no conformidad o potencial no conformidad e indicar el requisito que incumple. Registro: F-MC-10 – Acciones de mejora</p>
	<p>Líder del proceso</p>	<p>4. Determinar y analizar las causas de no conformidad o de potencial no conformidad. Informar al Facilitador de Calidad para realizar seguimiento y control a las acciones de mejora planteadas. Registro: F-MC-10 – Acciones de mejora</p>
	<p>Líder de proceso Facilitador de calidad</p>	<p>5. Determinar el plan de acción a ejecutar. Registrar la descripción de la acción a tomar y designar responsables para su ejecución indicando fechas de cumplimiento. Registro: F-MC-10 – Acciones de mejora</p>
	<p>Líder de proceso Personal FORPRESALUD IPS</p>	<p>6. Ejecutar las acciones de mejora tomadas, dentro de las fechas planificadas. Registro: F-MC-10 – Acciones de mejora</p>
	<p>Líder de proceso Facilitador de calidad</p>	<p>7. Realizar seguimiento a la ejecución del plan de acción indicando el estado de avance de estos. Registro: F-MC-10 – Acciones de mejora</p>

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
	<p>Auditor Líder de proceso Facilitador de calidad</p>	<p>8. Revisar la eficacia de las acciones implementadas determinando si los planes de acción fueron apropiados para las no conformidades o potencial no conformidades. Registro: F-MC-10 – Acciones de mejora</p>
		<p>¿La acción correctiva y/o preventiva fue eficaz y eliminó la causa de la no conformidad o potencial no conformidad? SI: Actividad N° 9 NO: Actividad N° 4</p>
	<p>Líder de proceso Facilitador de calidad</p>	<p>9. Realizar cierre de la acción (registrar el responsable y la fecha de cierre) Registro: F-MC-10 – Acciones de mejora</p>
	<p>Líder de proceso Facilitador de calidad</p>	<p>10. Controlar las no conformidades o potencial no conformidades del Sistema de Gestión de Calidad a través del formato F-GC- 06 Control de acciones de mejora. Registro: F-MC-15 – Control de acciones correctivas y preventivas</p>

7. REGISTROS

- a. Acciones de mejora– **F-MC-10**
- b. Control de acciones correctivas y preventivas- **F-MC-15**

8. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- c. **NTC-ISO-9000:2005** Sistemas De Gestión De La Calidad -Fundamentos Y Vocabulario.
- d. **NTC-ISO-9001:2008** Sistemas De Gestión De La Calidad - Requisitos.

ACCIÓN M. ACCIÓN DE MEJORA

N°	04
----	----

FECHA	10 de agosto de 2009	PROCESO	Infraestructura y mantenimiento
--------------	----------------------	----------------	---------------------------------

HALLAZGO	No Conformidad <input checked="" type="checkbox"/> Potencial No Conformidad <input type="checkbox"/>
DETECTADO POR	Jenny Carolina Franco

1. DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO

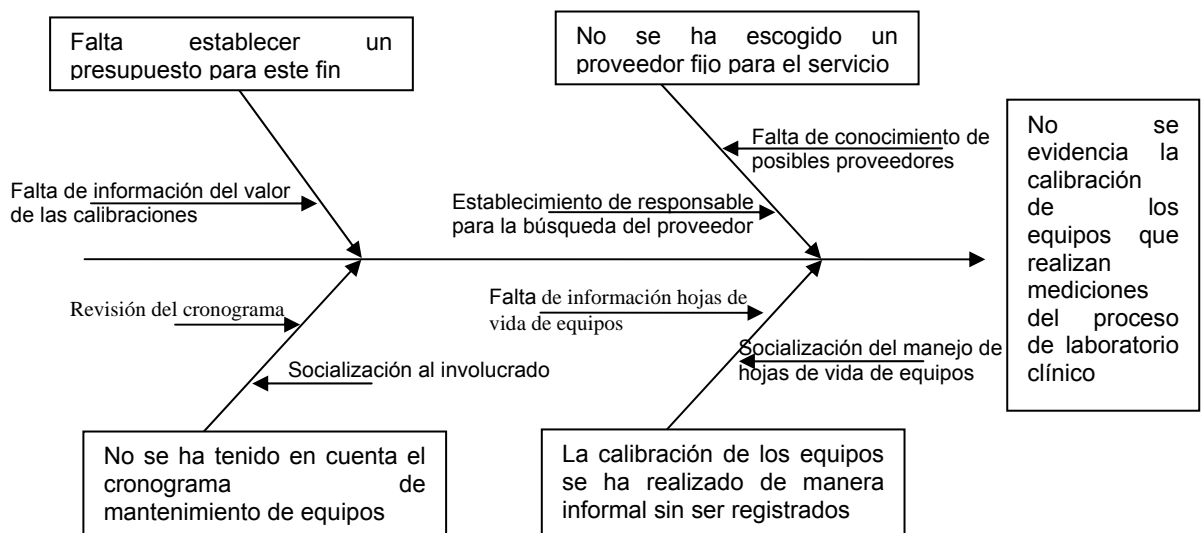
No se evidencia la calibración de los equipos del proceso de laboratorio clínico que realizan mediciones, para el periodo correspondiente de enero a Julio de 2009

Requisito que Incumple 7.6 Control de los equipos de seguimiento y medición

2. TIPO DE ACCIÓN A TOMAR

Acción Correctiva Acción Preventiva

3. ANÁLISIS DE CAUSAS



6. PLAN DE ACCIÓN

N°	Actividades a Ejecutar	Responsable	Fecha Programada
1	Buscar empresas que presten el servicio de calibración para el servicio de Laboratorio Clínico, pedir cotización.	Asistente de gerencia Facilitadora de calidad	26 de agosto de 2009
2	Seleccionar y evaluar al proveedor	Asistente de gerencia	1 de septiembre de 2009
3	Solicitar a Behner los certificados de calibración de las calibraciones que se realizaron anteriormente.	Facilitadora de calidad	26 de agosto de 2009
4	Realizar un cronograma anual de mantenimiento de equipos	Asistente de gerencia Facilitadora de calidad	26 de agosto de 2009
5	Hacer seguimiento a los mantenimientos y calibraciones realizadas	Asistente de gerencia Facilitadora de calidad	27 de agosto de 2009

4. SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES TOMADAS (Señalar con una (x) las acciones tomadas)		FECHA SEGUIMIENTO
¿Acciones tomadas correctamente?	SI: <u>X</u> NO: <u> </u>	10 /09/09
¿Acciones adecuadas y convenientes?	SI: <u>X</u> NO: <u> </u>	10/09/09
5. ESTADO (Señale con una (x) y describa brevemente según corresponda)		
Pendiente <input type="checkbox"/> Cerrada <input checked="" type="checkbox"/>		
6. OBSERVACIONES (Escriba las observaciones del caso)		

ANEXO N. PLAN DE SEGUNDA AUDITORÍA

Fecha:	7 de Septiembre de 2009
---------------	-------------------------

Objetivo	Alcance
Verificar la eficacia de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad de FORPRESALUD IPS	Abarca todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad de FORPRESALUD IPS

Criterios de auditoría
NTC ISO 9001 versión 2008 Manual de Calidad de FORPRESALUD IPS (M-MC-01) Decreto 1011 del 2006 Decreto 2200 Documentación que hace parte del Sistema de Gestión de Calidad de FORPRESALUD IPS.

Proceso	Fecha	Auditado (s)	Auditor	Hora	
				Inicio	Final
Mejora Continua	15 de septiembre de 2009	Adriana Lucía Moros	Jenny Carolina Franco	8:30 a.m	10:30 a.m
Compras	15 de septiembre de 2009	Adriana Lucía Moros	Jenny Carolina Franco	10:30 a.m	12:30 p.m
Personal	15 de septiembre de 2009	Adriana Lucía Moros	Jenny Carolina Franco	2:00 p.m	4:00 p.m
Infraestructura y mantenimiento	15 de septiembre de 2009	Adriana Lucía Moros	Jenny Carolina Franco	4:00 p.m	6:00 p.m
Gestión Gerencial	16 de septiembre de 2009	Cristian Fabián Rojas	Adriana Lucía Moros	8:00 a.m	10:00 a.m
Recursos financieros y contables	16 de septiembre de 2009	Luz Mireya Aguilar	Adriana Lucía Moros	10:00 a.m	12:00 m
Medicamentos	16 de septiembre de 2009	Jenny Carolina Franco	Adriana Lucía Moros	2:00 p.m	4:00 p.m
Asignación de citas y admisiones	17 de septiembre de 2009	Nelly Prada	Adriana Lucía Moros	7:00 a.m	8:30 a.m
	18 de septiembre de 2009	Xiomara Patricia Monsalve	Adriana Lucía Moros	7:00 a.m	8:30 a.m
Laboratorio Clínico	17 de septiembre de 2009	Lina Ramos	Adriana Lucía Moros	8:30 a.m	10:00 a.m
	18 de septiembre de 2009	Fabiola Vargas	Adriana Lucía Moros	8:30 a.m	10:00 a.m
Consulta externa	17 de	Néstor Camargo	Adriana Lucía	10:00	11:30

	septiembre de 2009		Moros	a.m	a.m
	18 de septiembre de 2009	William Cabarcas	Adriana Lucía Moros	10:00 a.m	11:30 a.m
Odontología	17 de septiembre de 2009	Wilson Martínez	Adriana Lucía Moros	11:30 a.m	1:00 p.m
	18 de septiembre de 2009	Oswaldo Espitaleta	Adriana Lucía Moros	11:30 a.m	1:00 p.m
Fisioterapia	17 de septiembre de 2009	Jeannette Gil	Adriana Lucía Moros	2:00 p.m	3:30 p.m
	18 de septiembre de 2009	Neyda Jasmín Gómez	Adriana Lucía Moros	2:00 p.m	3:30 p.m
Promoción y prevención	17 de septiembre de 2009	Adriana Bohórquez	Adriana Lucía Moros	3:30 p.m	5:00 p.m
	18 de septiembre de 2009	Andrea Figueroa	Adriana Lucía Moros	3:30 p.m	5:00 p.m
Urgencias	17 de septiembre de 2009	Néstor Camargo	Adriana Lucía Moros	5:00 p.m	6:30 p.m

Observaciones:
La reunión de apertura se realizará en la sede administrativa de 8:00 a.m a 8:30 a.m La reunión de cierre se realizará en la sede Puerto Wilches de 5:00 p.m a 5:30 p.m

Elaborado por	Adriana Lucía Moros	Carg o	Auditora Líder
	Jenny Carolina Franco		Auditor observador
	Diana Carolina Camargo		Facilitadora de calidad

ANEXO O. INFORME DE SEGUNDA AUDITORÍA

FECHA:	21 de septiembre de 2009
---------------	--------------------------------

CRITERIOS DE AUDITORÍA	ALCANCE
NTC ISO 9001 versión 2008 Manual de Calidad de FORPRESALUD IPS (M-MC-01) Decreto 1011 del 2006 Decreto 2200 del 2005 Resolución 412 de 2000 Documentación que hace parte del Sistema de Gestión de Calidad de FORPRESALUD IPS.	Abarca todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad de FORPRESALUD IPS

PROCESO AUDITADO	FECHA DE AUDITORÍA	PERSONAL AUDITADO
Todos los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad	15, 16, 17 y 18 de Septiembre de 2009	Cristian Fabián Rojas, Adriana Lucia Moros, Luz Mireya Aguilar, Jenny Carolina Franco, Nelly Prada, Xiomara Patricia Monsalve, Lina Ramos, Fabiola Vargas, Néstor Camargo, William Cabarcas, Wilson Martínez, Oswaldo Espitaleta, Jeannette Gil, Neyda Jasmín Gómez, Adriana Bohórquez, Andrea Figueroa, Néstor Camargo

RESULTADOS					
Nº de fortalezas	8	Nº de Observaciones u Oportunidades de mejora	4	Nº de No Conformidades	1

Nº	FORTALEZAS
1	La disposición de los auditados, haciendo del ejercicio de auditoria un trabajo en equipo de aporte mutuo, tomando a buena medida las recomendaciones, enriqueciendo con ello el desarrollo del proceso.
2	La utilización de los formatos como registro fundamental para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos del proceso.
3	La buena comunicación que se mantiene en todos los niveles de la organización, asegurando la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad.
4	La normalización aplicada a los diferentes documentos por que permite evidenciar la aplicación del control de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad.
5	Los mecanismos establecidos para el control de los recursos de la Institución por que aseguran la disponibilidad de recursos tanto para el sistema, como para cumplir con los requisitos del cliente y del usuario.
6	El compromiso del personal del proceso, con el cumplimiento de los requisitos del cliente
7	Cumplimiento de los requisitos legales
8	Se evidencia la difusión del Direccionamiento estratégico a todo el personal de FORPRESALUD IPS

Nº	OBSERVACIONES U OPORTUNIDADES DE MEJORA
TODOS LOS PROCESOS:	
1	Se recomienda fortalecer el registro de Acciones Correctivas y Preventivas como uno de los mecanismos para demostrar la mejora en cada proceso.

FISIOTERAPIA:	
1	Establecer mecanismos para impulsar los servicios de Fisioterapia a los usuarios, debido a que se cuenta con infraestructura adecuada y profesional capacitado, pero la demanda del servicio es mínima.
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN:	
1	Establecer estrategias para la demanda inducida que permitan evidenciar un incremento en la captación de pacientes para los diferentes programas.
RECURSOS FINANCIEROS Y CONTABLES:	
1	Actualizar procedimiento de manejo y control de glosas, verificar el responsable del tratamiento de las glosas enviadas a la Institución para evitar reproceso.

Nº	NO CONFORMIDADES	REQUISITO QUE INCUMPLE
1	No se evidencia la verificación de la eficacia de la acción correctiva tomada en el proceso de Infraestructura y mantenimiento de la no conformidad hallada en la auditoria anterior, ya que tenía acciones correctivas implementadas y cerradas, pero que se evidenció el no cumplimiento durante la auditoria interna.	8.5.2 Acciones correctivas

CONCLUSIONES	
<p>El Sistema de Gestión de la Calidad de FORPRESALUD IPS cumple efectivamente con los requisitos de la norma NTC ISO 9001 versión 2008.</p> <p>Se evidencia la participación del personal de la institución en implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.</p>	

AUDITOR LÍDER	ADRIANA LUCIA MOROS
----------------------	---------------------

AUDITORES	
JENNY CAROLINA FRANCO	