

**DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN BAJO LAS NORMAS ISO  
9001:2015 Y OSHAS 18001:2007 EN EL PROCESO DE FISIOTERAPIA DE LA  
EMPRESA CENTRO TERAPÉUTICO DEL NORTE**

**PABLO ANTONIO GARCIA PALENCIA  
JOHEL SAMIR URBINA ORTIZ**

**UNIVERSIDAD DE PAMPLONA  
FACULTAD DE INGENIERÍAS Y ARQUITECTURA  
ESPECIALIZACIÓN EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN, HSEQ  
CUCUTA  
2017**

**DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN BAJO LAS NORMAS ISO  
9001:2015 Y OSHAS 18001:2007 EN EL PROCESO DE FISIOTERAPIA DE LA  
EMPRESA CENTRO TERAPÉUTICO DEL NORTE**

**PABLO ANTONIO GARCIA PALENCIA  
JOHEL SAMIR URBINA ORTIZ**

**UNIVERSIDAD DE PAMPLONA  
FACULTAD DE INGENIERÍAS Y ARQUITECTURA  
ESPECIALIZACIÓN EN SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN, HSEQ  
CUCUTA  
2017**

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN .....	5
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	6
2. JUSTIFICACIÓN .....	7
3 OBJETIVOS .....	8
3.1. OBJETIVO GENERAL .....	8
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	8
4. MARCO REFERENCIAL .....	9
4.1 ANTECEDENTES .....	9
4.1.1 GENERALIDADES DEL CENTRO TERAPÉUTICO DEL NORTE LTDA	9
4.1.2 MISION .....	9
4.1.3 VISION .....	9
4.1.4. Organigrama Del Centro Terapéutico Del Norte .....	10
4.2. Norma NTC/ISO 9001:2015 – Sistema de gestión de la Calidad .....	11
4.3. NORMA NTC-OSHAS 18001:2007 – Sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo. ....	13
4.4. SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN .....	15
5. METODOLOGÍA .....	17
5.1. Enfoque de la investigación .....	18
5.2 Técnicas de recolección de información .....	18
5.3. METODOS .....	18

5.3.1. Realización del diagnóstico de la empresa centro terapéutico del norte. .....	19
5.3.2 Identificación de los procesos del sistema integrado de gestión de la empresa centro terapéutico del norte. ....	19
5.3.3 Diseño de los procedimientos o la documentación del sistema integrado de gestión de la empresa centro terapéutico del norte .....	20
5.3.4 Establecimiento de los indicadores de la empresa Centro Terapéutico del Norte .....	20
6 RESULTADOS Y ANALISIS.....	22
7. CONCLUSIONES.....	42
8. RECOMENDACIONES.....	43
ANEXOS.....	44
9.BIBLIOGRAFIA .....	138

## INTRODUCCIÓN

Las empresas se encuentran en un entorno cambiante en todos los ámbitos tanto a nivel tecnológico con lo que se refiere a sistemas de gestión. Por decisión estratégica o por exigencia de clientes y proveedores las organizaciones están adoptando diferentes sistemas como modelo para que sus organizaciones sean competitivas y permanezcan en el mercado y esto ha motivado la necesidad de integración para hacer más viable su implementación.

La empresa Centro Terapéutico del Norte teniendo en cuenta lo anterior busca obtener un mayor reconocimiento y ser más competente en el medio al cual pertenece, para lo cual planea integrar sus Sistemas de Gestión: ISO 9001:2015 Sistema de Gestión de la Calidad y OHSAS 18001:2007 Sistema de Seguridad y Salud Ocupacional, para demostrar su liderazgo y compromiso con sus clientes y partes interesadas.

La responsabilidad de la empresa es la de preservar y conservar la salud de los trabajadores, por lo tanto debe implementar las acciones necesarias para prevenir todo daño para la salud de las personas derivado de las condiciones de trabajo, así como proteger a las personas (trabajadores y personal externo) contra los riesgos relacionados con la prestación del servicio, visualizando las oportunidades que le permitan cumplir con los requisitos y las expectativas de los clientes.

Con el diseño de este Sistema Integrado de Gestión se darán las pautas para que la organización pueda visualizar el nivel de cumplimiento de los requisitos de las normas objeto de estudio y se les facilite la implementación del sistema.

Una vez se logre la implementación el sistema de gestión integrado le permitirá al Centro Terapéutico del Norte contar con mayor credibilidad y oportunidad en el momento de participar en un proceso licitatorio.

## 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La empresa Centro Terapéutico Del Norte ha estado operando en la ciudad de Cúcuta durante los últimos 16 años prestando servicios de rehabilitación integral en las áreas de terapia física, respiratoria, ocupacional y de lenguaje, psicología y trastornos de aprendizaje. Actualmente la empresa ha estado presentando problemas por la manera de llevar a cabo los procedimientos administrativos y los procesos relacionados con la atención del paciente o al cliente debido a esto se han surgido una serie de interrogantes como: Es posible que los procedimientos administrativos se lleven a cabo de manera más eficaz y en menos tiempo? ¿Existen maneras de evitar la insatisfacción de los clientes mediante una prestación más eficiente de servicios? ¿Es posible disminuir los sobrecostos que se presentan en la Centro terapéutico debido a la ineficiencia y reprocesos que hacen parte de los procedimientos administrativos? ¿Cómo se puede generar un ambiente de trabajo en el que todos los empleados se sientan bien?

La empresa debido a estos problemas ha dejado de ser más competitiva y atractiva para los clientes potenciales o para abrir nuevos mercados a nivel nacional, además no tiene un seguimiento a los incidentes presentados en las instalaciones que permitan garantizar un mejor ambiente laboral.

Para responder a esta debilidad detectada, el Centro Terapéutico Del Norte realizará el diagnóstico y diseño del sistema integrado de gestión de calidad, seguridad y salud en el trabajo, (NTC/ISO 9001/2015, NTC/OSHAS 18001/2007).

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Dentro del servicio que presta la empresa y en aras del mejoramiento continuo, se hace necesario diseñar un sistema integrado de gestión de calidad y seguridad y salud en el trabajo, que facilite en el mediano plazo su implementación, contribuya en el cumplimiento de los requisitos legales y otros aplicables al servicio de prestación de salud, la sostenibilidad de la organización en el mercado y e incrementar el nivel de satisfacción de clientes y partes interesadas. La importancia del diseño de este sistema se centra en proporcionar los lineamientos que posibiliten la mejora de los procesos, no solo para obtener un certificado sino como una estrategia para el desempeño eficiente de sus recursos.

La integración del sistema de gestión de calidad en conjunto con el de seguridad y salud en trabajo, en el proceso terapéutico le permitirá a la empresa centro terapéutico del norte organizar sus procesos mediante un enfoque sistémico, que contribuya a la eficacia y la eficiencia en el logro de sus objetivos, así como la mejora continua de los procesos globales de la empresa contando con la participación del personal y las partes interesadas, disminuir los sobre costos que se presenten debido a los reprocesos por los malos procedimientos administrativos, generar un ambiente de trabajo adecuado y evitar la insatisfacción de los pacientes al prestar un servicio más rápido y eficiente.

Actualmente la empresa centro terapéutico del norte no cuenta con ningún sistema de gestión lo que ocasiona fallas en el proceso y perdidas de clientes potenciales.

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Diseñar el Sistema integrado de gestión bajo las normas NTC/ISO 9001/2015 y OSHAS 18001/2007 en el proceso de fisioterapia la empresa Centro Terapéutico del Norte; que permita cumplir con los requisitos legales y reglamentarios.

### **3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Realizar el diagnóstico de la empresa Centro Terapéutico del Norte con el fin de establecer el estado actual de la misma.
  
- Elaborar la documentación necesaria para el sistema integrado de gestión del proceso de fisioterapia de la empresa Centro Terapéutico del Norte
  
- Establecer los indicadores de gestión del proceso de fisioterapia de la empresa Centro Terapéutico del Norte

## 4. MARCO REFERENCIAL

### 4.1 MARCO CONTEXTUAL

A continuación se presentará las generalidades del Centro Terapéutico del Norte, toda esta información fue suministrada por la alta dirección para uso académico y por ende la misma no será utilizada para otro uso diferente al anterior mencionado.

#### 4.1.1 GENERALIDADES DEL CENTRO TERAPÉUTICO DEL NORTE LTDA

RAZÓN SOCIAL	Centro Terapéutico del Norte LTDA
NIT	807003571-5
REPRESENTANTE LEGAL	Guerrero Lady Viviana
TELEFONO	5741281
DIRECCION	Av. 3 E #1-50 Quinta Bosch
CIUDAD	Cúcuta

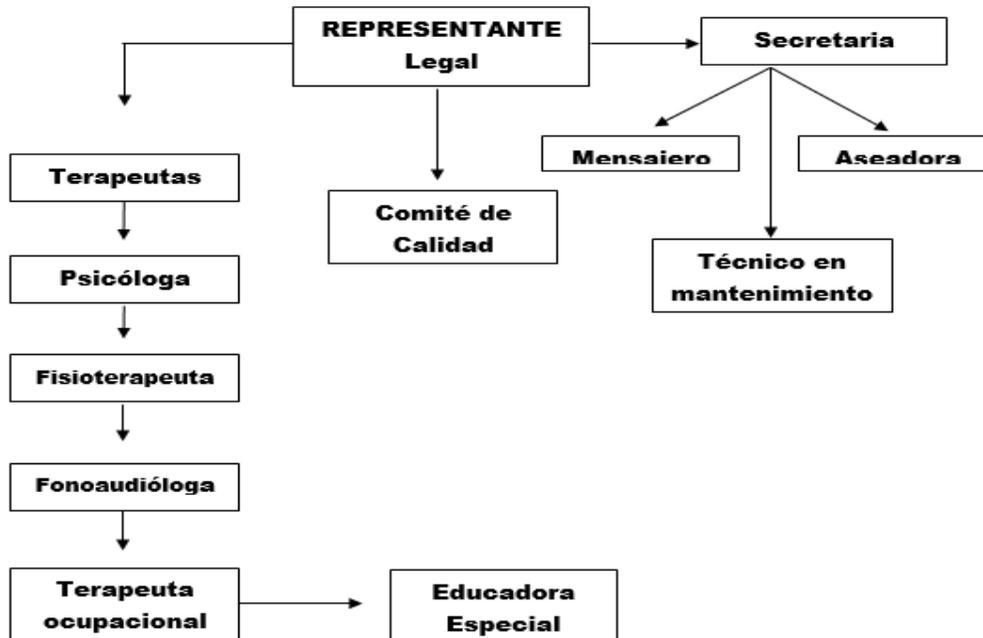
#### 4.1.2 MISION

El Centro Terapéutico Del Norte se compromete a prestar servicios de salud en rehabilitación integral de manera eficiente, eficaz y oportuna, contribuyendo por ende al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios.

#### 4.1.3 VISION

El Centro Terapéutico Del Norte se convertirá para el año 2018, en la empresa líder en prestación de servicios de salud en Rehabilitación integral en Cúcuta y el área metropolitana, mediante la interacción optima de los recursos técnicos, humanos, físicos y financieros, conservando los principios corporativos de eficiencia, eficacia, equidad, cobertura, vocación de servicio y calidad en la atención.

#### 4.1.4. Organigrama Del Centro Terapéutico Del Norte



Fuente: Portafolio de servicios Centro Terapéutico Del Norte

## 4.2 MARCO TEORICO

### 4.2.1 Sistemas de integrados de gestión y la importancia

El propósito de un Sistema Integrado de Gestión es brindar una estructura para un Sistema de Gestión total que integre los aspectos comunes de los sistemas individuales para evitar duplicaciones. Abarcar los aspectos comunes de estos sistemas para mejorar la eficacia y eficiencia del negocio. En la práctica muchas organizaciones han mantenido sus Sistemas como Calidad, Medio Ambiente y Seguridad y Salud del trabajo separados, adicionando costos y reduciendo efectividad. Una de las razones ha sido la percepción de dificultades en lograr la integración, debido a lo mencionado anteriormente se hace importante integrar los sistemas sean dos o tres para empezar a aumentar la efectividad de la organización, en las entidades de salud como el centro terapéutico del norte que son tan cuestionadas en la actualidad tendría una buena aceptación y sería muy favorable para la entidad desarrollar estrategias para mejorar todos sus procesos y que la percepción sea muy buena dentro de la ciudad y la región. (1)

#### **4.2.2 Norma NTC/ISO 9001:2015 – Sistema de gestión de la Calidad<sup>1</sup>**

Se denomina ISO a la organización Internacional para la Estandarización, la cual es una federación de alcance mundial integrada por cuerpos de estandarización nacionales de 162 países, una por cada país. Esta organización es de naturaleza no gubernamental establecida en 1947. La misión de la ISO es promover el desarrollo de la estandarización y las actividades relacionadas con ella en todo el mundo.

ISO fue creada con el fin de facilitar el intercambio de servicios y bienes, y para promover la cooperación en la esfera de lo intelectual, científico, tecnológico y económico. Por lo que todos los trabajos realizados por la ISO resultan en acuerdos internacionales los cuales son publicados como estándares internacionales.

ISO debe su significado a las siglas en inglés The International Organization for Standardization, lo cual traducido al español quiere decir Organización Internacional de Normalización. Cuando se analiza a fondo el origen del término, “ISO” se concluye que se trata de una palabra, cuyo origen deriva del griego “isos”, cuyo significado es “igual”, el cual se convierte en el prefijo “iso”, el mismo que aparece en gran cantidad de términos relacionados con los Sistemas de Gestión. Lo cierto es que el término “igual” a “estándar” es sencillo seguir por esta forma de pensamiento que fue lo que al final condujo a elegir “ISO” como nombre oficial de esta Organización.

La nueva versión de la norma ISO 9001: 2015 presenta ciertas novedades respecto a la versión 2008, ya que ahora la norma hace referencia a que la alta dirección, al ser la persona o grupo de personas que dirigen una determinada organización, no sólo debe asegurarse de suministrar los recursos necesarios para que el sistema de calidad funcione, sino que ahora también debe demostrar que se encuentra implicado en las actividades que involucra es establecimiento del sistema de gestión en toda la amplitud que este representa. Para esto se ha establecido ciertos mecanismos, mediante los cuales la alta dirección está en la capacidad de alcanzar estos objetivos, para lo cual se considera:

El compromiso y liderazgo de la alta dirección con el sistema de gestión de la *calidad*, donde debe responsabilizarse con la eficacia del sistema de calidad que se desea implementar, estableciendo para ello una política y objetivos compatibles con la dirección estratégica de la organización y lógicamente con el contexto de esta, para lo cual debe asegurarse que la política de calidad es adecuadamente comunicada, entendida y aplicada por parte de los integrantes de la organización, fomentando también el conocimiento del enfoque de procesos y asimismo la mejora continua.

El compromiso y liderazgo con el cliente, para lo cual se debe asegurar que los productos y servicios que se ofrecen a los clientes de la organización, cumplan con todos los aspectos legales aplicables así como los requisitos reglamentarios, a fin de generar la satisfacción del cliente con el producto o servicio prestado.

La implantación, la revisión y el mantenimiento de una política de calidad, la cual debe encontrarse siempre disponible y además debe ser comunicada dentro de todos los niveles de la organización.

La asignación de las responsabilidades y autoridades, que permita conocer los roles pertinentes de cada autoridad, las cuales también deberán ser comunicados adecuadamente a todos los niveles y además estos roles deben ser entendidos dentro de la organización.

De esta manera se busca un mayor grado de involucramiento por parte de la alta dirección.

Los principales cambios de la norma vendrán de la estructura de la misma. Este cambio proviene de la adaptación al esquema común.

Los epígrafes que formarán parte de esta estructura son los siguientes:<sup>2</sup>

Introducción

1. Alcance
2. Referencias normativas
3. Términos y definiciones
4. Contexto de la organización

- 4.1. Comprender la organización y su contexto
- 4.2. Comprender las necesidades y expectativas de las partes interesadas
- 4.3 Determinar el alcance del sistema de gestión de la calidad
- 4.4 Gestión de la calidad
- 5. Liderazgo
  - 5.1. Liderazgo y compromiso
  - 5.2 Política de calidad
  - 5.3 Funciones de la organización, responsabilidades y autoridades
- 6. Planificación
  - 6.1 Acciones para afrontar riesgos y oportunidades
  - 6.2 Objetivos de calidad y planificación para lograrlos
  - 6.3 Planificación de los cambios
- 7. Soporte
  - 7.1 Recursos
  - 7.2 Competencia
  - 7.3 Conciencia
  - 7.4 Comunicación
  - 7.5 Información documentada
- 8. Operación
  - 8.1 Planificación y control operativo
  - 8.2 Determinación de las necesidades del mercado y de las interacciones con los clientes
  - 8.3 Planificación operacional
  - 8.4 Control de la prestación externa de bienes y servicios
  - 8.5 Desarrollo de productos y servicios
  - 8.6 La producción de bienes y prestación de servicios
  - 8.7 Liberación de bienes y servicios
  - 8.8 No conformidades de bienes y servicios
- 9. Evaluación del desempeño
  - 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación
  - 9.2 Auditoría Interna
  - 9.3 Revisión por la dirección
- 10. Mejora
  - 10.1 No conformidad y acciones correctivas
  - 10.2 Mejora

#### **4.2.3 NORMA NTC-OSHAS 18001:2007 – Sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo.**

El termino OSHAS es la sigla en inglés de “Occupational Health and Safety Assessment Series” que traduce “serie de normas de evaluación en seguridad industrial y Salud ocupacional”.

La norma OHSAS 18001 es un estándar internacional el cual define los requisitos relacionados a los sistemas de higiene y seguridad lo cual le permite a una organización controlar sus riesgos y mejorar el desempeño. OHSAS 18001 se puede aplicar a cualquier organización de cualquier tipo de negocio, no importando el monto de activos con que cuente una Organización. (3)

Esta norma dirige su desarrollo a la manera en que una compañía tiene control y conocimiento sobre todos los riesgos relevantes que resultan de operaciones normales y situaciones anormales. Se concentra en la administración de Higiene y Seguridad Ocupacional y en las continuas mejoras que la organización desarrolla para proporcionarle a las partes involucradas y a otros las garantías de conformidad con su política de Seguridad y salud en el Trabajo establecida.

En el contexto colombiano y dentro de la ISO, cuando hablamos de salud ocupacional (SO) nos referimos a los temas relacionados con seguridad industrial, higiene industrial, medicina preventiva y medicina del trabajo. Por tal razón se utiliza como siglas SGSST para mencionar el sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo.

Seguridad y Salud Ocupacional se define como “las condiciones y factores que inciden en el bienestar de los empleados, trabajadores temporales, personal contratista, visitantes y cualquier otra persona en el sitio de trabajo”.

Al implementar un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, se obtiene el reconocimiento de las partes interesadas, es decir, empleados, clientes, proveedores, aseguradores, comunidad, contratistas, autoridades reguladoras y accionistas de que existe un sistema de gestión que le permite a la organización controlar sus riesgos y mejorar su desempeño.

#### **4.2.4 DECRETO 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo.**

El Decreto 1072 de 2015, del 26 de mayo de 2015 (Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo), reguló desde las competencias del Ministerio de Trabajo, hasta las relaciones laborales individuales, abordando temas como la jornada de trabajo suplementario, las vacaciones, los riesgos laborales, juntas de calificación de invalidez, entre otros.

Este decreto aplica para las entidades del sector trabajo, así como las relaciones jurídicas derivadas de los vínculos laborales y a las personas naturales o jurídicas

que en ellas intervienen, el decreto se puede encontrar en la página web del ministerio de trabajo y está disponible para todo el público.

#### 4.2.5 SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

Conjunto de actividades relacionadas entre sí, que tienen por objetivo orientar y fortalecer la gestión, dar dirección y alinear conjuntamente los requisitos de los sistemas que lo componen; para efectos de este proyecto Gestión de calidad y Gestión de seguridad y salud en el trabajo (QHS).(3)

#### 4.2.6 ESTRUCTURA DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN

La utilización continua del PHVA nos brinda una solución que realmente nos permite mantener la competitividad de nuestros productos y servicios, mejorar la calidad, reduce los costos, mejora la productividad, reduce los precios, aumenta la participación de mercado, supervivencia de la empresa, provee nuevos puestos de trabajo, aumenta la rentabilidad de la empresa. (3)



Figura 1. Ciclo PHVA

Fuente: Presentación Fundamentos de Gestión Integrada QHSE. Ingeniero Hernando Avendaño Espitia.

#### 4.2.7 Pasos para construir un sistema para la gestión

1. Identificar las necesidades y expectativas de los clientes y de las partes interesadas, así como los impactos ambientales y los riesgos para la salud y la seguridad que requieren atención.
2. Establecer la política y los objetivos que orienten el desempeño de la organización frente a la satisfacción del cliente, el desempeño de Seguridad y Salud.
3. Determinar los procesos y las responsabilidades para lograr los objetivos definidos.
4. Determinar y proporcionar los recursos necesarios para lograr los objetivos.
5. Establecer los métodos para verificar el cumplimiento de los requisitos, medir la eficacia y eficiencia de los procesos y aplicarlos.
6. Determinar los medios para prevenir no conformidades e incidentes y eliminar las causas.
7. Establecer y aplicar la mejora al sistema de gestión.

#### **4.2.7.1 VENTAJAS DE LA INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS**

- Alineamiento de las diferentes políticas y objetivos de la organización.
- Simplificación de la documentación de los sistemas (manuales, procedimientos, instrucciones, registros, controles, etc.).
- Menor esfuerzo global de formación del personal e implantación del sistema
- Menor esfuerzo de mantenimiento del sistema
- Integración de la información y el control de gestión
- Reducción del tiempo y coste de mantenimiento del sistema
- Facilitar los procesos de evaluación y auditorías
- Reducción del tiempo de relación de las auditorías (del orden de un 40 % según estimaciones efectuadas en sistemas ya integrados).
- Mayor facilidad en la incorporación de nuevos sistemas
- Mayor facilidad para el establecimiento, seguimiento y logro de objetivos de gestión.
- Mayor información para la toma de decisiones
- Aseguramiento de la identificación y cumplimiento de los requisitos legales
- Mayor implicación del personal
- Posibilita enormemente la prevención y la mejora continua
- Posibilita la optimización de recursos y procesos
- Globalización de la gestión de la empresa a todos los niveles y, en cierta manera, modificación y modernización de la estructura de la empresa.

### **4.3 Legislación en seguridad y salud en el trabajo**

Para este año en curso 2017 el gobierno nacional encabezado por el ministerio de trabajo reglamentó el tema de salud ocupacional en Colombia mediante la ley 1562 de 2012, a partir de esta ley se crean los Sistemas de Seguridad y Salud en el Trabajo, modificando aspectos importantes de los que se venían trabajando anteriormente. Se crean programas para abordar detalladamente cada punto del sistema que tienen que ser trabajado y organizado por profesionales calificados y licenciados por las secretarías de salud. Esta ley se encuentra en la página web del Ministerio.

El plazo de la creación de estos sistemas estaba para el año 2016 pero se hizo un alargue para que las empresas pudieran empezar a organizar sus recursos humanos, financieros y tecnológicos, a partir de enero del año 2017 las empresas que no estuvieran trabajando en el diseño o la implementación van a ser sancionadas, con el fin de garantizar desde todos los aspectos la seguridad y salud de los trabajadores colombianos. Las normas técnicas como la OSHAS 18000 es una herramienta útil para que las organizaciones tengan un punto de partida y una guía técnica en la elaboración de cada sistema acorde a las necesidades que presente.

El decreto 1072 de 2015 es el decreto reglamentario único del sector trabajo, establece varios lineamientos correspondientes al trabajo en Colombia de cualquier sector económico, este se encuentra en la página del ministerio como la ley anteriormente mencionada, la página web es [www.mintrabajo.gov.co](http://www.mintrabajo.gov.co).

En Colombia todavía no hay legislación con respecto al tema de calidad, solo se encuentran normas técnicas y documentos que sirven de apoyo para trabajar este tema. Así como sucedió con el concepto de salud ocupacional, al ser reglamentado y de obligatorio cumplimiento se empezaron a ver de otra manera distinta a un simple certificado, partiendo de este punto de vista, reglamentar el concepto calidad y todo lo que este aborda y plantea, sería un gran avance para que todas las entidades y empresas del país estuvieran certificados y mejorando todos sus procesos.

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1. Enfoque de la investigación**

Investigación descriptiva porque su objetivo consiste en describir detalladamente como se realizan las actividades de rehabilitación integral para una adecuada y oportuna prestación de servicios mediante un sistema de gestión, partiendo de identificar si el estado actual de la empresa cumple los requisitos de un sistema integrado de gestión basado en las normas ISO 9001:2015 y OSHAS 18001:2004

El objetivo de la investigación descriptiva consistirá en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.(4)

### **5.2 Técnicas de recolección de información**

El presente proyecto se llevara a cabo mediante la exploración de fuentes primarias como entrevista a la gerencia de la empresa y fuentes secundarias como archivos, programas formatos que maneje la empresa Centro Terapéutico Del Norte.

La identificación de los requisitos legales aplicables al proceso de fisioterapia se realizara mediante el uso de fuentes secundarios libros, páginas gubernamentales en internet, entre otros. Después de la revisión literaria pertinente, se extraerá y recopilara la información en una matriz de requisitos legales según el sistema de gestión que impacte a la empresa.

Los datos recopilados se organizaran según su tipo, para su posterior análisis y se realizaran las siguientes actividades:

### **5.3. METODOS**

### **5.3.1. Realización del diagnóstico de la empresa Centro Terapéutico Del Norte**

Para la realización del diagnóstico se planea la ejecución de cada una de las actividades a desarrollar:

1. Se realizará la verificación de la documentación en los sistemas integrados de gestión con el fin de conocer lo planteado por la empresa esto se tratará directamente con la gerencia.
2. Se realizará un recorrido por las instalaciones de la empresa centro terapéutico del norte en el cual se verificará todo lo relacionado con los requisitos de la norma incluyendo actividades de emergencia verificación del clima organizacional y la satisfacción tanto de los empleados como de los clientes.
3. Se realizarán entrevistas personales a los empleados con el fin de conocer si tienen conocimiento sobre sistemas de gestión, para lo cual se diseñará el formato de las entrevistas realizadas.
4. Con la información recopilada se graficará y se tabulará el cumplimiento y el conocimiento del sistema integrado de gestión.
5. Se realizará una matriz DOFA

### **5.3.2 Identificación de los procesos del sistema integrado de gestión de la empresa centro terapéutico del norte.**

Para la identificación de los procesos del sistema integrado de gestión se realizarán las siguientes actividades:

1. Por medio de una visita técnica se recopilarán las actividades de cada dependencia de la empresa, Formatos, Tablas, métodos utilizados en la prestación del servicio.

2. En la oficina se clasificarán la relación entre las actividades y el proceso desempeñado y estableceremos gráficamente los procesos mediante un Mapa de procesos.

3. Con la información del anterior punto se elaborarán unas caracterizaciones de los procesos más importantes en la prestación del servicio.

### **5.3.3 Diseño de los procedimientos o la documentación del sistema integrado de gestión de la empresa centro terapéutico del norte**

1. Se realizará el diseño de la documentación a seguir con los jefes de cada área. Esto se realizará mediante reuniones periódicas en las que se les dará a conocer posibles diseños para que ellos interactúen en la aceptación de este.

2. Se elaborarán los documentos a seguir en la organización como formatos, Tablas, Fichas Técnicas entre otras.

### **5.3.4 Establecimiento de los indicadores de la empresa Centro Terapéutico del Norte**

Como punto final del diseño del sistema integrado de gestión se establecerán indicadores los cuales evaluarán los métodos utilizados. Los indicadores a tratar serán:

1. Indicadores de estructura
2. Indicadores de proceso
3. Indicadores de resultado

## **6. RESULTADOS Y ANÁLISIS**

### **6.1 Cumplimiento del primer objetivo específico**

#### **6.1.1 Diagnóstico de la empresa**

Para el diseño del sistema integrado de gestión de calidad, seguridad y salud en el trabajo, de la empresa Centro Terapéutico Del Norte LTDA, fue necesario conocer la visión de la gerencia frente a los sistemas integrados de gestión, se realizó una entrevista a la profesional encargada del proceso terapéutico (Véase anexo A) y la aplicación de un diagnóstico que permitiera conocer la situación actual frente al cumplimiento de los requisitos establecidos en las normas NTC ISO 9001/2015 y NTC/OHSAS 18001/2007 así como los requisitos legales.

Para evaluar el grado de cumplimiento de las normas se aplicó una tabla que permita evaluar cada requisito mediante una serie de preguntas. Cada una de ellas dependiendo el grado de cumplimiento dentro de la organización se puede calificar de la siguiente manera

Calificación:

0 puntos: No hay cumplimiento del requisito

1 puntos: Si hay cumplimiento del requisito

Realizada la calificación, se estableció el puntaje máximo en cada requisito, para sumarlos y obtener el puntaje máximo total. Seguido, se contó el valor obtenido en cada numeral, dividiendo el puntaje obtenido entre el máximo, para calcular el porcentaje de avance en cada sistema, dentro del proceso Terapéutico.

Antes de iniciar con este diseño es importante conocer claramente las actividades que realizan la empresa, su misión, visión, políticas y cualquier información pertinente, con el fin de analizar la información y facilitar el proceso de diseño del sistema de gestión. Para ello, se contó con la colaboración de la gerente administrativa.

Se realizó la revisión de la documentación relacionados con el proceso terapéutico y Seguridad y salud en el trabajo, para conocer el estado actual y las mejoras que se requieran para lograr el diseño del sistema integrado de gestión.

### 6.1.1.1 Diagnóstico del sistema de gestión de calidad bajo la norma NTC ISO 9001/2015

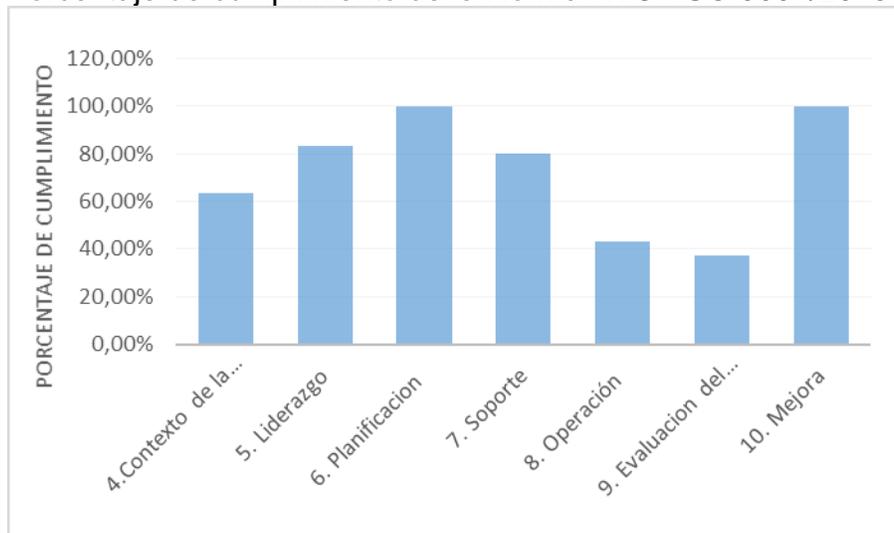
El centro terapéutico del norte Cuenta con varios procedimientos que dan respuesta a los requisitos de la norma, se encuentran documentados solo se implementa un porcentaje muy pequeño en el proceso de fisioterapia.

En el **ANEXO A** se presenta la lista de evaluación de requisitos de la norma NTC ISO 9001/2015 con base en la información recopilada y la observación en la organización.

**Tabla 1: Puntaje Obtenido Diagnostico Norma NTC ISO 9001/2015**

REQUERIMIENTO	PUNTAJE MÁXIMO	PUNTAJE OBTENIDO	PORCENTAJE
4. Contexto de la organización	11	7	63.6%
5. Liderazgo	6	5	83.33%
6. Planificación	7	7	100%
7 Soporte	15	12	80%
8. Operación	44	19	43.1%
9. Evaluación del desempeño	8	3	37.5%
10. Mejora	4	4	100%
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>57</b>	<b>60%</b>

Figura 2: Porcentaje de cumplimiento de la Norma NTC- ISO 9001/2015



Con la verificación de requisitos de la norma se pudo evidenciar que el centro terapéutico presenta un menor porcentaje de cumplimiento en los siguientes numerales:

Numeral 8 Operación:

8.1 Planificación y Control operacional

La organización plantea un mapa de procesos, pero para cumplir en su totalidad con este requisito se requiere determinar control operacional como lo establece la Norma.

Numeral 9 Evaluación Del Desempeño:

9.2.2 El centro terapéutico no implementa un programa de auditoria en la organización aunque presentan formatos de auditorías.

9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección y 9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección

La organización plantea un procedimiento de revisión por la dirección pero no deja claro las entradas ni las salidas, incumpliendo los requisitos de entradas y salidas planteadas en esta norma internacional.

#### **6.1.1.2 Diagnóstico del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo bajo la norma NTC/ OHSAS 18001:2007**

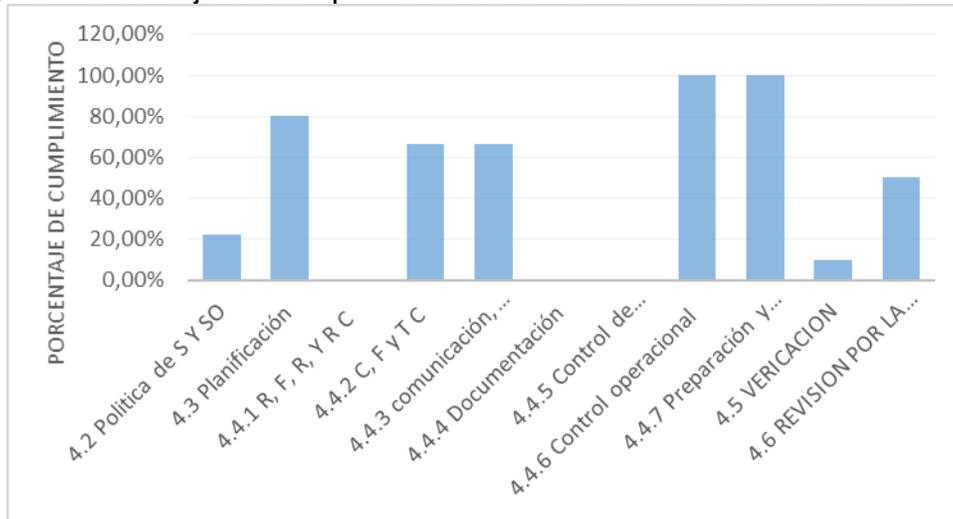
Con base en la actividad de lista de requisitos se pudo observar que la empresa cumple con un 33.33 % de los requisitos exigibles por la Norma, los procedimientos establecidos no se encuentran actualizados o implementados en la organización. En el **ANEXO B** Se presenta el diagnóstico realizado para la norma

OHSAS 18001/2007 que especifica el porcentaje de cumplimiento de los diferentes requisitos exigidos por la norma.

**Tabla 2: Puntaje Obtenido Norma OHSAS 18001/2007**

NTC-OHSAS 18001/2007	PUNTAJE MAXIMO	PUNTAJE OBTENIDO	
<b>4.2 POLITICA DE S Y SO</b>	9	2	22.2%
<b>4.3 PLANIFICACION</b>	5	4	80%
<b>4.4.1 Recursos, Funciones, responsabilidades rendición de cuentas y autoridad</b>	2	0	0%
<b>4.4.2 Competencia, formación y toma de conciencia</b>	3	2	66.6%
<b>4.4.3 comunicación, participación y consulta</b>	3	2	66.6%
<b>4.4.4 Documentación</b>	1	0	0%
<b>4.4.5 Control de documentos</b>	6	0	0%
<b>4.4.6 Control operacional</b>	1	1	100%
<b>4.4.7 Preparación y respuesta ante emergencia</b>	1	1	100%
<b>4.5 VERIFICACION</b>	10	1	10%
<b>4.6 REVISION POR LA DIRECCION</b>	4	2	50%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>15</b>	<b>33.33%</b>

Figura: Porcentaje de cumplimiento de la Norma NTC/OSHAS 18001:2007



Al realizar el diagnostico se puede establecer que la empresa no está cumpliendo con los siguientes requisitos los cuales son:

Numeral 4.4.1 recursos, funciones, responsabilidades, rendición de cuenta y autoridad

La alta dirección No cuenta con el numeral 4.4.1 de la Norma OHSAS 18001:2007, debido a que no ha establecido un manual, una guía, un procedimiento en el cual le designe a un miembro con un objetivo que consistiría en suministrar unos lineamientos que permitan el buen ejercicio de las funciones, en dicho documento se establecerían las diferentes funciones en el sistema, se asigna responsabilidades, competencias y autoridad, lo mismo que el modo de rendición de cuentas, el cual sería público y dado a conocer a los trabajadores, proveedores externos, visitantes y entes de control con el fin de facilitar una gestión adecuada del SG – QHS.

Numeral 4.4.4 Documentación

Se realizó una revisión de los requerimientos documentales explícitos en la norma OHSAS 18001:2007, y se pudo verificar que la empresa no cuenta con la documentación para dar cumplimiento a cada uno de los numerales exigidos para un sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Numeral 4,4,5 Control de documentos

El numeral 4.4.5 de la Norma OHSAS 18001 establece que todos los documentos pertenecientes al Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo deben ser controlados con el objetivo de garantizar su constante revisión, actualización y disponibilidad cuando sea necesario.

No cumple con lo anterior debido a que no cuenta con la documentación.

Una vez revisado el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo establecido por la empresa dando cumplimiento a la ley 1562 de julio del 2012, se pudo observar:

La empresa cuenta con un procedimiento establecido para la investigación de los accidentes; dando cumplimiento a lo establecido en la Resolución 1401 del 14 de mayo de 2007; por lo cual se reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo; este procedimiento cuenta con los parámetros establecidos en la resolución.

El plan de emergencia del Centro terapéutico del norte, es un documento que incluye el análisis de vulnerabilidad, sin embargo al revisar el documento se observó que no todas las amenazas existente se encuentran identificadas, por lo tanto se sugiere utilizar la estructura del plan de emergencia establecidas en la guía para la elaboración del plan de emergencias y contingencias elaborado por el fondo de prevención y atención de emergencias, FOPAE Marzo 2012.

#### **6.1.2 Análisis DOFA**

Mediante la entrevista realizada a la alta dirección del Centro terapéutico del Norte LTDA, se logró identificar algunos puntos de interés para ser tenidos en cuenta en la definición de la planeación estratégica. Para esto se desarrolló la metodología de diagnóstico DOFA, herramienta que permite conocer y evaluar las condiciones reales de operación de la organización, mediante el análisis de 4 variables, concluyendo con estrategias que la organización deberá seguir para asegurar su permanencia en el mercadeo y a la vez representando una entrada indispensable para la definición de las directrices que el sistema de gestión integral deba apalancar y así contribuir a su cumplimiento.

La matriz DOFA está compuesta por las siguientes variables:

**Debilidades:** son aquellos factores que provocan una posición desfavorable frente a la competencia.

**Oportunidades:** son aquellos factores que resultan positivos, favorables, explotables, que se deben descubrir en el entorno en el que actúa la empresa, y que permiten obtener ventajas competitivas.

**Fortalezas:** son las capacidades especiales con que cuenta la empresa, y que le permite tener una posición privilegiada frente a la competencia.

**Amenazas:** son aquellas situaciones que provienen del entorno y que pueden llegar a atentar incluso contra la permanencia de la organización.

Las estrategias se pueden definir de acuerdo a las posibles combinaciones así:

**Potencialidad:** combinación de fortalezas con oportunidades, estas señalan las líneas de acción más prometedoras para la empresa.

**Advertencia:** combinación de debilidades y amenazas.

**Riesgo:** combinación entre fortalezas y amenazas.

**Desafíos:** combinación de debilidades y oportunidades.

Se asigna una ponderación para cada una de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas dependiendo el nivel de actuación en la organización:

1	Bajo
3	Medio
5	Alto

**Tabla. Análisis DOFA**

	FORTALEZAS Y DEBILIDADES	PESO	CALIFICACION (1-3-5)	P*C
FORTALEZAS	1. Están identificados y se da cumplimiento a los requisitos legales y reglamentarios.	6	5	30
	2. Existe relación directa con el cliente lo que permite establecer confianza y compromiso serio.	8	5	40
	3. La empresa cuenta con la infraestructura adecuada para el desarrollo de sus actividades	5	3	15
	4. La empresa está a la vanguardia en cuanto a adquisición de nueva tecnología y adopción de nuevos procesos.	4	3	12
	5. Localización Adecuada	8	3	24
	6. Talento Humano especializado para la prestación del servicio.	7	5	35
	7. Tarifas competitivas	6	5	30
	8. Reconocimiento en el mercado	8	3	24

	9. Cultura organizacional para un buen manejo de espacios físicos, equipos médicos e insumos.	6	3	18
	10. Los clientes tienen una buena imagen de la empresa	7	3	21
DEBILIDADES	1. No están establecidos indicadores para el seguimiento y medición a todos los procesos.	8	5	40
	2. No se establecen planes de mejoramiento para incrementar los resultados de manera positiva en el desempeño de la organización.	8	3	24
	3. La gerencia no tiene el compromiso de implementar el sistema de gestión integral, para mejorar su funcionamiento.	8	5	40
	4. Carencia de metodología para la retroalimentación sobre debilidades y fortalezas con los clientes, que permita identificar sus quejas y reclamos, junto con la percepción sobre el cumplimiento de los requisitos establecidos por el cliente.	6	3	18
	5. Carencia de un manual de procedimientos y funciones	5	3	15
	Total	100		386

	OPORTUNIDADES Y AMENAZAS	PESO	CALIFICACION (1-3-5)	P*C
OPORTUNIDADES	Potencializar alianzas estratégicas que se puedan establecer con otras entidades.	12	5	50
	Posibilidad de ampliar los servicios	15	5	75
	Implementar un sistema de gestión, ante la necesidad y obligatoriedad del decreto 1072	15	5	75
	Mejorar las instalaciones Físicas	8	5	40
AMENAZAS	La exigencia de la acreditación en los sistemas integrados por las entidades	12	3	36
	Cambios constantes y repentinos en la normatividad del sector salud	13	3	39
	Presencia de otros centros terapéuticos que brinden los mismos servicios	15	5	75
	Competencia Desleal de los demás centros terapéuticos	10	5	50

	Total	100	440
--	-------	-----	-----

El resultado de este análisis da como resultado la combinación de Fortalezas y Amenazas, con lo cual se definen unas estrategias que dan respuesta a los riesgos identificados.

	O	A
F		X
D		

Tabla: Estrategias Obtenidas A través del Análisis DOFA

RIESGO: Estrategias FA
Diseño de una cultura organizacional coherente con la misión y visión de la empresa.
Definición del plan estratégico de la organización.
Buscar mecanismos para lograr la retroalimentación constante del cliente.
Implementación de un Sistema de Gestión integral que le permita seguir siendo competitivo.
Diseñar e implementar un sistema de medición y evaluación de los procesos ejecutados con el fin de controlarlos y gestar un ambiente de mejoramiento continuo.
Fomentar la exigencia y cumplimiento de aspectos de seguridad al interior de la empresa a través de la implementación del decreto 1072.
Definir una estrategia que permita que el personal tenga claridad de sus funciones con su respectivo organigrama
Claridad organizacional.
Desarrollo de acciones que fortalezcan el talento humano de la empresa.

Con base en estas estrategias, y conociendo los factores positivos y negativos, se definió la Política Integral QHS para el Centro Terapéutico del Norte LTDA, la cual busca impactar positivamente la capacidad de la organización para lograr los resultados.

### 6.1.3 Política integral QHS

Centro Terapéutico del Norte LTDA, empresa dedicada a la prestación de servicios de salud en rehabilitación integral, estamos comprometidos con la satisfacción de nuestros clientes y demás partes interesadas, brindando un servicio de alta calidad con nuestro equipo humano altamente competente.

La gerencia destinara los recursos físicos, técnicos y financieros para el control permanente del servicio, comprometiéndonos a prevenir los incidentes, accidentes y enfermedades laborales de nuestros colaboradores, a través de una adecuada gestión de riesgos, cumpliendo con los requisitos legales aplicables y de otra índole, para buscar siempre el mejoramiento continuo de nuestro sistema integrado de Gestión.

### **6.1.3 Objetivos de gestión**

1. Fortalecer la competencia, compromiso y bienestar del personal, generando un buen ambiente de trabajo
2. Asegurar la implementación, y el cumplimiento del sistema integrado de gestión QHS
3. Identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer los respectivos controles.
4. Sensibilizar al personal en el autocuidado y cumplimiento de las normas de seguridad.
5. Cumplir con la normatividad legal colombiana vigente y otros requisitos asociados aplicables en materia de seguridad y salud en el Trabajo.
6. Asegurar la mejora continua del Sistema Integrado de Gestión mediante la incorporación de nuevos procesos y procedimientos así como el rediseño de otros, fortaleciendo la credibilidad y confianza de nuestros clientes.

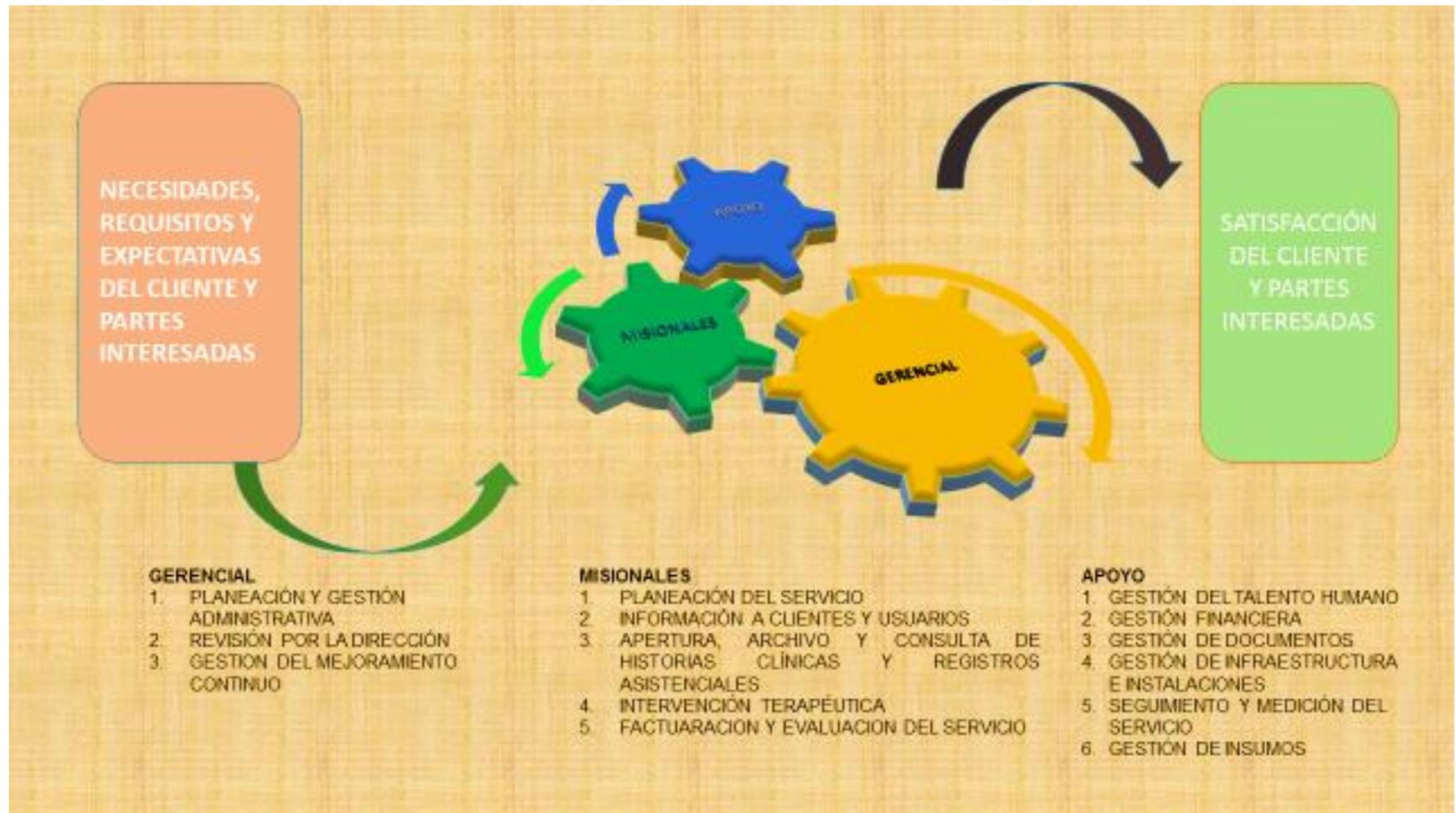
### **6.1.5 Alcance del sistema de gestión**

Este sistema de gestión tendrá alcance en el proceso Fisioterapéutico del centro Terapéutico del Norte LTDA, este proceso es el principal de la entidad y tiene un alto número de usuarios, garantizar la satisfacción de los usuarios y la seguridad de sus trabajadores mejorará la imagen de la entidad y aumentara su competitividad dentro de la ciudad y la región.

### **6.1.6 Normograma**

A continuación se presentará el nomograma que aplica dentro del centro terapéutico (VER ANEXO E)

## 6.1.7 MAPA DE PROCESOS



## **6.2 Cumplimiento de objetivo específico 2**

### **6.2.1 Caracterización Proceso Fisioterapia**

Después de realizar el mapa de procesos de la organización, se hizo necesario establecer la caracterización del proceso de Fisioterapia que permitiera identificar las entradas, actividades, salidas, recursos y partes involucradas, que pudieran afectar la satisfacción del cliente. (Ver ANEXO C)

### **6.2.2 Procedimientos**

Para el cumplimiento de los requisitos establecidos en el sistema integrado de gestión se elaboraron una serie de procedimientos (VER ANEXO D). Estos procedimientos fueron diseñados con base al diagnóstico que se realizó muy detalladamente del centro terapéutico y servirá como base para la posterior implementación del sistema elaborado en este proyecto.

## **6.3 Cumplimiento de objetivo específico 3**

### **6.3.1 INDICADORES**

Se realizaron los siguientes indicadores para controlar la eficacia y eficiencia del Sistema integrado QHS:

Se debe de tener en cuenta los siguientes elementos

1. Nombre del proceso o actividad
2. Procedimiento de cálculo (Indicadores de estructura, indicadores de proceso e indicadores de resultado)
3. Unidad %
4. Fuente de información
5. Frecuencia de la toma de datos
6. Frecuencia de análisis
7. Responsable del análisis



### Indicadores de estructura:

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE INDICADOR	DEFINICION	COMO SE MIDE	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESPONSABLE	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	UNIDAD	INTERPRETACION
ESTRUCTURA	Política Integral	Divulgación de la política Integral	Documento de la Política Integral firmada, divulgada y fechada. Cumplimiento de requisitos de norma.	QHS	Coordinador del sistema	Anual	Cumplimiento	El documento de la Política Integral ser firmado, divulgada y fechada.
ESTRUCTURA	Objetivos	Objetivos divulgados	Objetivos escritos y divulgados.	QHS	Coordinador del sistema Gerencia	Mensual	Cumplimiento	Los objetivos se encuentran escritos y divulgados.
ESTRUCTURA	Plan de trabajo anual	Áreas con Plan de Trabajo anual	N° de áreas de la empresa con Plan anual de trabajo /Total áreas de la empresa.	QHS	Coordinador del sistema, Gerencia	Semestral	Número	Número de actividades del plan anual de trabajo cumplidos
ESTRUCTURA	Responsabilidades	Asignación de responsabilidades	N° total de Jefes con delegación de responsabilidad en el sistema integrado/Total de Jefes de la estructura.	QHS	Coordinador del sistema	Anual	Número	Número total de Jefes con responsabilidades
ESTRUCTURA	Identificación de peligros y riesgos	Método definido para la identificación de peligros	Método definido para la identificación de peligros.	QHS	Coordinador del sistema	Anual	Cumplimiento	Identificación de peligros realizado

ESTRUCTURA	Recursos	Asignación de Recursos Humanos	N° de recursos humanos disponibles según tamaño de la empresa.	QHS	Gerente Jefes de Área Coordinador del sistema	Anual	Número	número de encargados del Sistema
ESTRUCTURA	Plan de emergencias	Sedes con Plan de emergencia	N° de sedes con plan de emergencia/Nro. Total de trabajadores.	QHS	Coordinador del Comité de emergencias	Anual	Número	Número de sedes con plan de emergencias
ESTRUCTURA	Capacitación	Áreas con Plan de capacitación	N° de Personas capacitadas/ Número de empleados *100	QHS	Coordinador del Sistema	Anual	Porcentaje	% de personas capacitadas

## INDICADOR DE PROCESO

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE INDICADOR	DEFINICION	COMO SE MIDE	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESPONSABLE	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	UNIDAD	INTERPRETACION
PROCESO	Autoevaluación	Evaluación inicial del Sistema integrado	SUMATORIA DE PORCENTAJE POR CADA UNO DE LOS ITEMS EVALUADOS	EVALUACIÓN INICIAL SISTEMA	Coordinador del Sistema	Semestral	Porcentaje	% de cumplimiento del Sistema
PROCESO	Ejecución del Sistema Integrado	Ejecución del Sistema integrado	(N° DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN EL SISTEMA INTEGRADO /NRO DE ACTIVIDADES PROPUESTAS EN EL PERIODO EN EL SISTEMA) X 100	PLAN ANUAL DE TRABAJO	Coordinador del sistema	SEMESTRAL	Porcentaje	% de actividades cumplidas del sistema integrado
PROCESO	Cobertura del mantenimiento de equipos de fisioterapia	Mantenimiento de los equipos	(Equipos a los que se les realizo mantenimiento preventivo / equipos programados para mantenimiento preventivo) * 100	Hoja de vida de equipos y programas de mantenimiento	Coordinador del sistema	Trimestral	Porcentaje	% de los mantenimiento preventivos
PROCESO	Intervención de peligros y riesgos	Intervención de los peligros identificados	N° TOTAL DE PELIGROS INTERVENIDOS EN EL PERIODO/TOTAL DE PELIGROS IDENTIFICADOS	INSPECCIONES DE SEGURIDAD MATRIZ DE RIESGOS INVESTIGACIONES DE AT	Coordinador del Sistema	SEMESTRAL	Porcentaje	% de peligros intervenidos

PROCESO	Investigación de accidentes e incidentes	Porcentaje de accidentes/ incidentes investigados	N° DE ACCIDENTES /INCIDENTES INVESTIGADOS/NRO DE ACCIDENTES/INCIDENTES REPORTADOS	REPORTE DE ACCIDENTES/INCIDENTES	Gerente Jefes de Área Coordinador del sistema	SEMESTRAL	Porcentaje	% de investigaciones realizadas
PROCESO	Simulacros	Porcentaje de simulacros realizados por sede	N° DE SIMULACROS REALIZADOS/NRO DE SIMULACROS PROGRAMADOS	PLAN ANUAL DE TRABAJO	Gerente Jefes de Área Coordinador del sistema	SEMESTRAL	Porcentaje	% de simulacros ejecutados

## INDICADOR DE RESULTADO

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE INDICADOR	DEFINICION	COMO SE MIDE	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESPONSABLE	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	UNIDAD	INTERPRETACION
RESULTADO	Índice de Frecuencia de Accidentes de Trabajo	Es la relación entre el número total de A.T con y sin incapacidad, registrados en un periodo y el total de las HHT durante un periodo multiplicado por K (constante igual a 240.000). El resultado se interpreta como numero de AT ocurridos durante el último año por cada 100 trabajadores de tiempo completo.	$IFAT = (N^{\circ} \text{ TOTAL DE A.T EN EL AÑO} / N^{\circ} \text{ HHT AÑO}) * K$	QHS	Coordinador del Sistema integrado	Anual	Número	Por cada 100 trabajadores en el centro terapéutico del norte, se presentan cuantos Accidentes de Trabajo en el año

RESULTADO	Índice de Frecuencia de Accidentes de Trabajo con Incapacidad	Expresa el total de AT incapacitantes ocurridos durante el último año, por cada 100 trabajadores de tiempo completo.	IFIAT= (N° DE A.T EN EL AÑO CON INCAPACIDAD / N° HHT AÑO)*K	QHS	Coordinador del Sistema	Anual	Número	por cada 100 trabajadores en el centro terapéutico del norte, se presentan X Accidentes de Trabajo con incapacidad en el año
RESULTADO	Índice de Severidad de Accidentes de Trabajo	Es la relación entre el número de días perdidos y cargados por accidentes de Trabajo, durante un periodo y el total de HHT durante un periodo y multiplicado por K	ISAT= (N° DIAS PERDIDOS Y CARGADOS POR A.T AÑO / N° HHT AÑO)*K	QHS	Coordinador del Sistema	Anual	días	cuantas horas trabajadas al año se pierden por accidente de trabajo
RESULTADO	Índice de Frecuencia de Ausentismo	Incluye Enfermedad Común, enfermedad profesional, accidente de trabajo y consulta de salud.	IFA=N° DE EVENTOS DE <u>AUSENCIA POR CAUSA DE SALUD ULTIMO AÑO</u> * 240.000 HORAS HOMBRE PROGRAMADAS EN EL AÑO	QHS	Coordinador del sistema	Anual	Número	Cuantos días se ausentan los trabajadores debido a enfermedades o accidentes de trabajo
RESULTADO	Porcentaje de Tiempo Perdido	Muestra el porcentaje perdido en un año con relación al tiempo programado.	%TP= $\frac{N^{\circ} \text{ DIAS U HORAS PERDIDAS EN EL AÑO}}{N^{\circ} \text{ DIAS U HORAS PROGRAMADAS EN EL PERIODO}} * 100$	QHS	Coordinador del sistema	Anual	Porcentaje	Se perdió en el año, el % de tiempo por incapacidades.
RESULTADO	Nivel de cumplimiento de perfiles	Muestra el porcentaje de cumplimiento de los perfiles con los cargos	% (Puntos obtenidos por el candidato / puntos requeridos por el perfil) * 100	Evaluación de perfil de cargo	Gestión Humana	Al ingreso del trabajador	Porcentaje	% de los trabajadores que cumplen con los cargos
RESULTADO	Cobertura Inducción	Muestra el porcentaje de personas que reciben la inducción	$\frac{\text{Número de personas que asisten a la Id.}}{\text{Número de personas que ingresan en el periodo}} * 100$	QHS	Coordinador del sistema	Mensual	Porcentaje	% de las personas nuevas q asistieron a la inducción

RESULTADO	% Cubrimiento EPP	Proporción de trabajadores que reciben los EPP	$\frac{\text{Número de EPP entregados}}{\text{Número de EPP requeridos}} \times 10$	QHS	Coordinador del sistema	Mensual	Porcentaje	% de los EPP requeridos fueron entregados
RESULTADO	% uso EPP	Muestra el porcentaje de personas que usan los EPP	$\frac{\text{Trabajadores que usan EPP en el período de tiempo}}{\text{Número de EPP entregados}} \times 100$	QHS	Coordinador del sistema	Mensual	Porcentaje	El % de los trabajadores que usan el EPP
RESULTADO	% Inspecciones realizadas	Muestra el porcentaje de Inspecciones	$\frac{\text{Número de inspecciones realizadas}}{\text{Número de inspecciones planeadas}} \times 100$	QHS	Coordinador del sistema	Mensual	Porcentaje	El % de las inspecciones planeadas se realizaron
RESULTADO	% Satisfacción del cliente	Muestra el porcentaje de satisfacción de los usuarios	Tabulación de los datos de las encuestas	Encuesta de entrega de servicios	Coordinador del sistema	Mensual	Porcentaje	% de la satisfacción del cliente
RESULTADO	% auditorías	Muestra el porcentaje de cumplimiento de las auditorías realizadas	% de auditorías realizadas/% de auditorías planeadas *100	Programa de auditorías	Coordinador del sistema	Semestral	Porcentaje	% del cumplimiento de auditorías

RESULTADO	% Acciones de mejora	Muestra el porcentaje de Acciones de mejoras	$\frac{\text{Número de acciones de mejora} \times 100}{\text{Número de No conformidades encontradas}}$	QHS	Coordinador del sistema	Anual	Porcentaje	% de las No conformidades solucionadas
RESULTADO	Acciones correctivas		$\frac{\text{Acciones correctivas realizadas}}{\text{No de No Conformidades encontradas}} \times 100$	QHS	Coordinador del sistema	Anual	Porcentaje	% de las no conformidades tienen acciones correctivas

## 7. Conclusiones

El diagnóstico permitió evidenciar que la empresa cumplía con el 60% de requisitos de la norma ISO 9001/2015 y con el 33.33% de la norma OSHAS 18001/2007, dentro de las normas las falencias más grandes se dieron en los requisitos de documentación, control de documentos, Verificación, Recursos y funciones.

Se diseñaron 12 procedimientos, y se identificaron 29 requisitos legales que la empresa debe cumplir

Para cumplir con lo establecido en la política de calidad y referido al proceso objeto de estudio se determinaron 8 indicadores de estructura, 6 indicadores de Proceso y 14 Indicadores de resultado.

Se cumplieron los objetivos específicos planteados, ya que a través de este trabajo enfocado en el diseño de sistema integrado QHS para el Centro Terapéutico Del Norte LTDA, mapa de procesos de la organización, junto con sus procedimientos, caracterizaciones de procesos de las actividades que se desarrollan en el proceso de fisioterapia.

El diseño elaborado permitió lograr un cambio de actitud de la Alta Dirección frente a la necesidad de cumplir los requerimientos de carácter legal, y la importancia de unificar los procesos y asegurar el conocimiento de los sistema de gestión para alcanzar el cumplimiento de los objetivos propuestos,

## **8. RECOMENDACIONES**

A partir del análisis DOFA la organización deberá analizar las debilidades y amenazas identificadas, fortaleciendo y aumentando los recursos identificados, para la implementación de los planes de acción, que contribuyan al mejoramiento continuo de la empresa.

Se recomienda implementar toda la documentación diseñada en este trabajo de grado, como: programas, procedimientos, caracterizaciones entre otros, para que en un tiempo específico, se lleven a cabo auditorías internas, que verifiquen su adecuada implementación y cumplimiento de requisitos, y con esto determinar acciones de mejora en beneficio de la rentabilidad, productividad y sostenibilidad del Centro Terapéutico Del Norte LTDA.

El sistema de integrado de gestión QHS, debe estar continuamente actualizado y ajustado a los cambios permanentes que se susciten al interior de la organización, asegurando la continua satisfacción de los clientes internos y externos y el cumplimiento de orden legal y contractual.

Una vez este diseño del sistema integrado de gestión QHS haya sido implementado, se recomienda a la Alta Gerencia del Centro Terapéutico Del Norte LTDA, tomar la decisión de certificarse, con el objeto de poder ampliar su participación en el mercado.

## **ANEXOS**



## ANEXO A

### Diagnóstico de cumplimiento de requisitos de la Norma NTC ISO 9001/2015

N°	REQUERIMIENTO	CUMPLIMIENTO	Puntaje Máximo	Puntaje obtenido	Porcentaje	Observaciones
<b>4. Contexto de la organización</b>			11	7	63.6%	
<b>4.1 comprender la organización y su contexto</b>			2	0	0%	
1	La organización debe determinar los problemas externos e internos, que son relevantes para su propósito y su dirección estratégica y que afectan su capacidad para lograr el resultado deseado (s) de su sistema de gestión de calidad.	0				
2	La organización debe actualizar dichas determinaciones cuando sea necesario. al determinar cuestiones externas e internas pertinentes, la organización debe considerar los derivados de:	0				
	a) cambios y tendencias que pueden tener un impacto en los objetivos de la organización;	0				
	b) las relaciones, percepciones y valores de las partes interesadas pertinentes;	0				
	c) las cuestiones de gobernanza, las prioridades estratégicas, políticas y compromisos internos; y	0				
	d) la disponibilidad de recursos y las prioridades y el cambio tecnológico.	0				
<b>4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.</b>		0				
3	La organización debe determinar:	0	3	2	66.66%	La organización determinó las partes interesadas de manera parcial.

	a) las partes interesadas que son relevantes para el sistema de gestión de la calidad, y					
	b) los requisitos de estas partes interesadas					
4	La organización debe actualizar dichas determinaciones a fin de comprender y prever las necesidades o expectativas que afectan a los requisitos del cliente y la satisfacción del cliente.	1				
5	La organización debe tener en cuenta las siguientes partes interesadas pertinentes:	1				
	a) Los clientes directos;					
	b) los usuarios finales;					
	c) los proveedores, distribuidores, minoristas u otros involucrados en la cadena de suministro;					
	d) los reguladores; y					
	e) cualesquiera otras partes interesadas pertinentes					
<b>4.3 Determinación del alcance del sistema de gestión de calidad</b>						
6	La organización debe determinar los límites y aplicabilidad del sistema de gestión de la calidad para determinar su Ámbito de aplicación.	1	4	3	75%	La organización determinó el alcance de manera detallada y no de una manera general, en cada uno de sus formatos.
7	Al determinar este Ámbito, la organización debe considerar:	0				
	a) los problemas externos e internos mencionados en el apartado 4.1, y					
	b) los requisitos indicados en 4.2					

8	Al afirmar el alcance, la organización debe documentar y justificar cualquier decisión de no aplicar el requisito de esta norma internacional y para excluirla del ámbito de aplicación del sistema de gestión de calidad. Dicha exclusión se limitara a la cláusula. 7.1.4 y 8, y no afectara a la organización su capacidad o responsabilidad de asegurar la conformidad de los bienes y servicios y la satisfacción del cliente, ni una exclusión se justifica sobre la base de la decisión de organizar un proveedor externo para realizar una función o proceso de la organización	1				
9	El alcance deberá estar disponible como información documentada.	1				
<b>4.4 Sistema de gestión de calidad</b>						
<b>4.4.1 Generalidades</b>						
10	La organización debe establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un sistema de gestión de calidad, incluyendo los procesos necesarios y sus interacciones, de conformidad con los requisitos de esta norma internacional	1	1	1	100%	
<b>4.4.2 Enfoque basado en procesos</b>						
11	La organización debe aplicar un enfoque basado en procesos a su sistema de gestión de calidad. La organización debe:	1	1	1	100%	
	a) determinar los procesos necesarios para el sistema de gestión de calidad y su aplicación en toda la organización;					
	b) determinar los insumos necesarios y los resultados esperados de cada proceso;					
	c) determinar la secuencia e interacción de estos					

	procesos;					
	d) determinar los riesgos a la conformidad de los bienes y servicios y la satisfacción del cliente, si los productos no deseados son entregados o interacción proceso es ineficaz;					
	e) determinar los criterios, métodos, mediciones e indicadores de desempeño relacionados necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces;					
	f) determinar los recursos y asegurar su disponibilidad;					
	g) asignar responsabilidades y autoridades para procesos;					
	h) implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados previstos;					
	i) supervisar, analizar y cambiar, si es necesario, estos procesos asegurando que continúan entregando los resultados previstos; y					
	j) asegurar la mejora continua de estos procesos.					
<b>5. Liderazgo</b>			6	5	83.33%	
<b>5.1 Liderazgo y compromiso</b>						
<b>5.1.1 Liderazgo y compromiso con respecto al sistema de gestión de la calidad</b>						
12	La alta dirección debe demostrar su liderazgo y compromiso con respecto al sistema de gestión de calidad por:	0	1	0	0%	La alta dirección no demuestra de manera completa su compromiso y liderazgo, falta el cumplimiento de varios requisitos. Cumple de manera parcial.

	a) garantizar que las políticas de calidad y objetivos de calidad se establecen para el sistema de gestión de calidad y son compatibles con la dirección estratégica de la organización;					
	b) la garantía de la política de calidad se entiende y sigue dentro de la organización;					
	c) velar por la integración de los requisitos del sistema de gestión de calidad en los procesos de negocio de la organización;					
	d) promover el conocimiento del enfoque basado en procesos;					
	e) velar por que los recursos necesarios para el sistema de gestión de calidad están disponibles					
	f) comunicar la importancia de la gestión de calidad eficaz y de acuerdo con los requisitos del sistema de gestión de calidad y los requerimientos de bienes y servicios;					
	g) garantizar que el sistema de gestión de la calidad cumple sus salidas resultados previstos;					
	h) participar, dirigir y apoyar a las personas para contribuir a la eficacia del sistema de gestión de la calidad;					
	i) la promoción de la mejora y la innovación continua; y					
	j) el apoyo a otras funciones de gestión pertinentes para demostrar su liderazgo, ya que se aplica a sus áreas de responsabilidad.					
	<b>5.1.2 Liderazgo y compromiso con respecto a las necesidades y expectativas de los clientes</b>					
13	La alta dirección debe demostrar su liderazgo y compromiso con respecto a la orientación al cliente,	1	1	1	100%	

	asegurando que:					
	a) los riesgos que pueden afectar a la conformidad de los bienes y servicios y la satisfacción del cliente son identificados y abordados;					
	b) los requisitos del cliente se determinan y se cumplen;					
	c) se mantiene el enfoque en proveer consistentemente productos y servicios que satisfagan al cliente y los legales y reglamentarios aplicables;					
	d) Se mantiene el foco en la mejora de la satisfacción del cliente;					
<b>5.2 Política de calidad</b>						
	La alta dirección debe establecer una política de calidad que:	1	2	2	100%	
	a) es apropiada para el propósito de la organización;					
	b) proporciona un marco para establecer objetivos de calidad;					
	c) incluye un compromiso de cumplir con los requisitos aplicables, y					
14	d) incluye un compromiso de mejora continua del sistema de gestión de calidad.					
	La política de calidad debe:	1				
	a) estar disponible como información documentada;					
	b) ser comunicada dentro de la organización;					
	c) estar a disposición de las partes interesadas, según proceda; y					
	d) ser revisada para su continua adecuación.					
<b>5.3 Roles de la organización, responsabilidades y autoridades</b>			7	7	100%	

15	La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades para las funciones relevantes sean asignadas y comunicadas dentro de la organización.	1	2	2	100%	
16	La alta dirección debe ser responsable de la eficacia del sistema de gestión de calidad, y asignar la responsabilidad y autoridad para:	1				
	a) garantizar que el sistema de gestión de calidad conforme a los requisitos de esta norma internacional, y,					
	b) la garantía de que los procesos interactúan y están dando sus resultados previstos,					
	c) informar sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad a la alta dirección y de cualquier necesidad de mejora, y					
	d) garantizar la promoción del conocimiento de las necesidades del cliente en toda la organización					
<b>6. Planificación</b>			7	7	100%	
<b>6.1 Acciones para abordar los riesgos y oportunidades</b>						
17	Al planificar el sistema de gestión de calidad, la organización debe considerar las cuestiones mencionadas en el apartado 4.1 y los requisitos mencionados en el punto 4.1 y determinar los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para:	1	2	2	100%	
	a) asegurar el sistema de gestión de la calidad puede alcanzar su resultado deseado (s),					
	b) asegurar que la organización pueda lograr de manera consistente la conformidad de los bienes y servicios y la satisfacción del cliente,					
	c) prevenir o reducir los efectos no deseados, y					

	d) lograr la mejora continua.					
18	La organización debe planificar:	1				
	a) Acciones para hacer frente a estos riesgos y oportunidades, y					
	b) la forma de					
	c) integrar y poner en práctica las acciones en sus procesos del sistema de gestión de calidad (ver 4.4), y					
	d) evaluar la eficacia de estas acciones.					
<b>6.2 Objetivos de calidad y planificación para alcanzarlos</b>						
19	La organización debe establecer los objetivos de calidad en las funciones pertinentes, niveles y procesos	1	3	3	100%	Los objetivos de calidad están documentados y relacionados con la política.
	Los objetivos de calidad deberán:					
	a) ser coherente con la política de calidad					
	b) ser pertinentes para la conformidad de los bienes y servicios y la satisfacción del cliente,					
	c) ser medibles (si es posible)					
	d) tener en cuenta los requisitos aplicables,					
	e) supervisar,					
	f) comunicarse					
g) actualizarse según corresponda.						
20	La organización conservará información documentada sobre los objetivos de calidad	1				
21	Cuando se planifica la forma de lograr sus objetivos de calidad, la organización debe determinar:	1				
	a) qué se hará,					
	b) qué recursos serán necesarios (véase 7.1),					
	c) quien será responsable,					

	d) cuando se completara, y					
	e) cómo se evaluarán los resultados					
<b>6.3 Planificación de los cambios</b>						
22	La organización debe determinar las necesidades y oportunidades de cambio para mantener y mejorar el rendimiento del sistema de gestión de calidad.	1	2	2	100%	
	La organización debe llevar a cabo el cambio de una manera planificada y sistemática, la identificación de riesgos y oportunidades, y la revisión de las posibles consecuencias del cambio.	1				
<b>7 Soporte</b>			15	12	80%	
<b>7.1 Recursos</b>						
<b>7.1.1 Generalidades</b>						
23	La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema de gestión de calidad.	1	2	2	100%	
24	La organización debe tener en cuenta	1				
	a) cuales son los recursos internos existentes, las capacidades y limitaciones, y					
	b) que los bienes y servicios deben ser de origen externo.					
<b>7.1.2 Infraestructura</b>						
25	La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para su funcionamiento y para asegurar la conformidad de los bienes y servicios y la satisfacción del cliente.	0	1	0	0%	Este requisito es cumplido de manera parcial, hace falta profundizar más en este ítem.
	Nota: infraestructura puede incluir,					
	a) Los edificios y los servicios públicos asociados					
	b) equipos, incluyendo hardware y software, y					

	c) Los sistemas de transporte, la comunicación y la información.					
<b>7.1.3 Entorno del proceso</b>						
26	La organización debe determinar, proporcionar y mantener el entorno necesario para sus operaciones de proceso y para asegurar la conformidad de los bienes y servicios y la satisfacción del cliente.	0	1	0	0%	
<b>7.1.4 Los dispositivos de seguimiento y medición</b>			2	2	100%	
27	La organización debe determinar, proporcionar y mantener los dispositivos de seguimiento y medición necesarios para verificar la conformidad con los requisitos del producto y se asegurará de que los dispositivos son aptos para el propósito	1				
28	La organización conservará información documentada apropiada como prueba de aptitud para el uso de la vigilancia y los dispositivos de medición.	1				
<b>7.1.5 Conocimiento</b>			2	2	100%	
29	La organización debe determinar los conocimientos necesarios para el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad y sus procesos y asegurar la conformidad de los bienes y servicios y la satisfacción del cliente. se mantendrá este conocimiento, protegido y puesto a disposición en caso necesario	1				
30	La organización debe tener en cuenta su actual base de conocimientos dónde abordar las cambiantes necesidades y tendencias, y determinar la forma de adquirir o acceder a los conocimientos adicionales que sean necesarios. (Véase también 7.8)	1				
<b>7.2 Competencia</b>						
31	La organización debe:	1	1	1	100%	

	a) determinar la competencia necesaria de la persona (s) que hace el trabajo bajo su control que afecte a su rendimiento de calidad, y					
	b) asegurarse de que estas personas son competentes sobre la base de una educación adecuada, capacitación o experiencia;					
	c) en su caso, tomar las acciones para adquirir la competencia necesaria, y evaluar la eficacia de las acciones tomadas, y					
	d) retener la información documentada apropiada como evidencia de la competencia.					
<b>7.3 Conciencia</b>						
32	Las personas que realizan un trabajo bajo el control de la organización deben ser conscientes de:	0	1	0	0%	Aunque la política y los objetivos son difundidos en toda la organización, no hay un documento, formato, guía o instructivo que cumpla con el requisito de toma de conciencia.
	a) la política de calidad,					
	b) los objetivos de calidad pertinentes,					
	c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluyendo los beneficios de rendimiento de mejora de la calidad, y					
	d) las consecuencias de que no cumplan con los requisitos del sistema de gestión de calidad.					
<b>7.4 Comunicación</b>						
33	La organización debe determinar la necesidad de las comunicaciones internas y externas pertinentes para el sistema de gestión de calidad, incluyendo:	1	1	1	100%	La organización debe establecer e implementar acciones para promover la comunicación externa.

	a) en lo que se comunicará,					
	b) cuando para comunicarse, y					
	c) con el que comunicarse.					
<b>7.5 Información Documentada</b>						
<b>7.5.1 Generalidades</b>						
	Sistema de gestión de calidad de la organización debe incluir	1	1	1	100%	
34	a) la información documentada requerida por esta Norma Internacional,					
	b) información documentada determinada como necesario por la organización para la eficacia del sistema de gestión de calidad					
<b>7.5.2 Creación Y actualización</b>						
	Al crear y actualizar la información documentada de la organización debe asegurarse apropiada:	0	1	1	100%	La organización debe determinar un procedimiento para crear y actualizar la información documentada adaptada a las nuevas tecnologías, esto es una recomendación para ser más competitivos
35	a) la identificación y descripción (por ejemplo, un título, fecha, autor, o el número de referencia),					
	b) formato (por ejemplo, el idioma, la versión del software, gráficos) y de los medios de comunicación (por ejemplo, papel, electrónico),					
	c) la revisión y aprobación por la idoneidad y adecuación.					
<b>7.5.3 Control de la información</b>						
			2	2	100%	

	Información documentada requerida por el sistema de gestión de calidad y por esta norma internacional se deben controlar para garantizar:	1				
36	a) que esté disponible y adecuado para su uso, donde y cuando sea necesario, y					
	b) que esté protegido de forma adecuada (por ejemplo, de pérdida de confidencialidad, uso inadecuado, o la pérdida de la integridad).					
	Para el control de la información documentada, la organización debe responder a las siguientes actividades, según corresponda	1				
37	a) la distribución, acceso, recuperación y uso,					
	b) el almacenamiento y conservación, incluyendo la preservación de la legibilidad,					
	c) el control de cambios (por ejemplo, control de versiones), y					
	d) la retención y disposición.					
<b>8 Operación</b>			44			
<b>8.1 Planificación y Control operacional</b>						
38	La organización debe planificar, ejecutar y controlar los procesos necesarios para cumplir con los requisitos y para poner en práctica las acciones determinadas en el punto 6.1, por	0	3	0	0%	La organización plantea un mapa de procesos, pero para cumplir en su totalidad con este requisito se requiere determinar control operacional como lo establece la Norma.
	a) el establecimiento de criterios para los procesos					
	b) la aplicación de control de los procesos de acuerdo con los criterios, y					

	c) mantener la información documentada en la medida necesaria para tener confianza en que los procesos se han llevado a cabo según lo previsto.					
	La organización debe controlar los cambios planificados y examinar las consecuencias de los cambios no deseados, la adopción de medidas para mitigar los posibles efectos adversos, según sea necesario.	0				
	La organización debe asegurarse de que la operación de una función o proceso de la organización es controlado por un proveedor externo (véase 8.4).	0				
<b>8.2 REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS</b>						
<b>8.2.1 Comunicación Con el cliente</b>						
		1	1	1	100%	
39	La organización debe determinar e implementar disposiciones planificadas para la comunicación con los clientes, relativas a:					
	a) información de los bienes y servicios,					
	b) las consultas, contratos o atención de pedidos, incluyendo las modificaciones,					
	c) la retroalimentación del cliente, incluyendo sus quejas (ver 9.1),					
	d) el manejo de la propiedad del cliente, en su caso, y					
	e) los requisitos específicos para las acciones de contingencia, en su caso.					
<b>8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios</b>						
		0	1	0	0%	
40	La organización debe determinar en su caso					
	a) los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para la entrega y las					

	actividades posteriores a la entrega,					
	b) los requisitos no establecidos por el cliente pero necesarios para el uso especificado o previsto, cuando sea conocido,					
	c) los requisitos legales y reglamentarios aplicables a los bienes y servicios, y					
	d) cualquier requisito adicional considera necesario por la organización.					
<b>8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios</b>						
41	8.2.3.1 La organización debe asegurarse de que tiene la capacidad de cumplir los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a los clientes.	1	2	1	100%	
	La organización debe llevar a cabo una revisión antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a un cliente, para incluir:	0				
	a) los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma;					
	b) los requisitos no establecidos por el cliente, pero necesarios para el uso especificado o previsto, cuando sea conocido;					
	c) los requisitos especificados por la organización;					
	d) los requisitos legales y reglamentarios aplicables a los productos y servicios;					
	<b>8.2.3.2</b> La organización debe conservar la información documentada, cuando sea aplicable:	1	1	1	100%	
	a) sobre los resultados de la revisión;					

	b) sobre cualquier requisito nuevo para los productos y servicios.					
<b>8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicios</b>						
42	La organización debe asegurarse de que, cuando se cambien los requisitos para los productos y servicios, la información documentada pertinente sea modificada, y de que las personas pertinentes sean conscientes de los requisitos modificados.	0	1	0	0%	
<b>8.3 DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS</b>						
<b>8.3.1 Generalidades</b>						
42	La organización debe establecer, implementar y mantener un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurarse de la posterior provisión de productos y servicios.	0	1	0	0%	
<b>8.3.2 Planificación del diseño y desarrollo</b>						
43	Al determinar las etapas y controles para el diseño y desarrollo, la organización debe considerar:	0	1	0	0%	
	a) la naturaleza, duración y complejidad de las actividades de diseño y desarrollo;					
	b) las etapas del proceso requeridas, incluyendo las revisiones del diseño y desarrollo aplicables;					
	c) las actividades requeridas de verificación y validación del diseño y desarrollo;					
	d) las responsabilidades y autoridades involucradas en el proceso de diseño y desarrollo;					
	e) la necesidad de controlar las interfaces entre los individuos y las partes implicadas en el proceso de diseño y desarrollo;					

	e) las necesidades de recursos internos y externos para el diseño y desarrollo de los productos y servicios;					
	f) la necesidad de controlar las interfaces entre las personas que participan activamente en el proceso de diseño y desarrollo;					
	g) la necesidad de la participación activa de los clientes y usuarios en el proceso de diseño y desarrollo;					
	h) los requisitos para la posterior provisión de productos y servicios;					
	i) el nivel de control del proceso de diseño y desarrollo esperado por los clientes y otras partes interesadas pertinentes;					
	j) la información documentada necesaria para demostrar que se han cumplido los requisitos del diseño y desarrollo.					
<b>8.3.3 Entradas para el diseño y desarrollo</b>						
44	1. La organización debe determinar los requisitos esenciales para los tipos específicos de productos y servicios a diseñar y desarrollar. La organización debe considerar:	0	1	0	0%	
	a) los requisitos funcionales y de desempeño;					
	b) la información proveniente de actividades previas de diseño y desarrollo similares;					
	c) los requisitos legales y reglamentarios;					
	d) normas o códigos de prácticas que la organización se ha comprometido a implementar;					
	e) las consecuencias potenciales de fallar debido a la naturaleza de los productos y servicios.					

	2. Las entradas deben ser adecuadas para los fines del diseño y desarrollo, estar completas y sin ambigüedades.					
	3. Las entradas del diseño y desarrollo contradictorias deben resolverse.					
	4. La organización debe conservar la información documentada sobre las entradas del diseño y desarrollo.					
<b>8.3.4 Controles del diseño y desarrollo</b>						
45	La organización debe aplicar controles al proceso de diseño y desarrollo para asegurarse de que:	0	1	0	0%	
	a) se definen los resultados a lograr;					
	b) se realizan las revisiones para evaluar la capacidad de los resultados del diseño y desarrollo para cumplir los requisitos;					
	c) se realizan actividades de verificación para asegurarse de que las salidas del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de las entradas;					
	d) se realizan actividades de validación para asegurarse de que los productos y servicios resultantes satisfacen los requisitos para su aplicación especificada o uso previsto;					
	e) se toma cualquier acción necesaria sobre los problemas determinados durante las revisiones, o las actividades de verificación y validación;					
	f) se conserva la información documentada de estas actividades.					
<b>8.3.5 Salidas del diseño y desarrollo</b>			2	1	50%	

47	La organización debe asegurarse de que las salidas del diseño y desarrollo:	0				
	a) cumplen los requisitos de las entradas;					
	b) son adecuadas para los procesos posteriores para la provisión de productos y servicios;					
	c) incluyen o hacen referencia a los requisitos de seguimiento y medición, cuando sea apropiado, y a los criterios de aceptación;					
	d) especifican las características de los productos y servicios que son esenciales para su propósito previsto y su provisión segura y correcta.					
	La organización debe conservar información documentada sobre las salidas del diseño y desarrollo.	1				
<b>8.3.6 Cambios del diseño y desarrollo</b>			2	1	50%	
48	La organización debe identificar, revisar y controlar los cambios hechos durante el diseño y desarrollo de los productos y servicios, o posteriormente en la medida necesaria para asegurarse de que no haya un impacto adverso en la conformidad con los requisitos.	0				
	La organización debe conservar la información documentada sobre:	1				
	a) los cambios del diseño y desarrollo;					
	b) los resultados de las revisiones;					
	c) la autorización de los cambios;					
d) las acciones tomadas para prevenir los impactos adversos.						
<b>8.4 CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE</b>						
<b>8.4.1 Generalidades</b>			4	3	75%	

	La organización debe asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conformes a los requisitos.	1				
	La organización debe determinar los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente cuando:	0				
	a) los productos y servicios de proveedores externos están destinados a incorporarse dentro de los propios productos y servicios de la organización;					
	b) los productos y servicios son proporcionados directamente a los clientes por proveedores externos en nombre de la organización;					
49	c) un proceso, o una parte de un proceso, es proporcionado por un proveedor externo como resultado de una decisión de la organización.					
	La organización debe determinar y aplicar criterios para la evaluación, la selección, el seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos, basándose en su capacidad para proporcionar procesos o productos y servicios de acuerdo con los requisitos.	1				
	La organización debe conservar la información documentada de estas actividades y de cualquier acción necesaria que surja de las evaluaciones.	1				
<b>8.4.2 Tipo y alcance del control</b>			1	0	0%	

50	La organización debe asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios conformes de manera coherente a sus clientes. La organización debe:	0				
	a) asegurarse de que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad;					
	b) definir los controles que pretende aplicar a un proveedor externo y los que pretende aplicar a las salidas resultantes;					
	c) tener en consideración: 1) el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la organización de cumplir regularmente los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables; 2) la eficacia de los controles aplicados por el proveedor externo;					
	d) determinar la verificación, u otras actividades necesarias para asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente cumplen los requisitos.					
<b>8.4.3 Información para los proveedores externos</b>			2	1	50%	
51	La organización debe asegurarse de la adecuación de los requisitos antes de su comunicación al proveedor externo.	1				
	La organización debe comunicar a los proveedores externos sus requisitos para:	0				
	a) los procesos, productos y servicios a proporcionar;					

	b) la aprobación de: 1) productos y servicios;					
	2) métodos, procesos y equipos;					
	3) la liberación de productos y servicios;					
	c) la competencia, incluyendo cualquier calificación requerida de las personas;					
	d) las interacciones del proveedor externo con la organización;					
	e) el control y el seguimiento del desempeño del proveedor externo a aplicar por parte de la organización;					
	f) las actividades de verificación o validación que la organización, o su cliente, pretende llevar a cabo en las instalaciones del proveedor externo.					
<b>8.5 PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO</b>						
<b>8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio</b>			2	1	50%	
52	La organización debe implementar la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas.	1				
	Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable:	0				
	a) la disponibilidad de información documentada que defina: 1) las características de los productos a producir, los servicios a prestar, o las actividades a desempeñar; 2) los resultados a alcanzar;					
	b) la disponibilidad y el uso de los recursos de seguimiento y medición adecuados;					

	c) la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas para verificar que se cumplen los criterios para el control de los procesos o sus salidas, y los criterios de aceptación para los productos y servicios;					
	d) el uso de la infraestructura y el entorno adecuados para la operación de los procesos;					
	e) la designación de personas competentes, incluyendo cualquier calificación requerida;					
	f) la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados de los procesos de producción y de prestación del servicio, cuando las salidas resultantes no puedan verificarse mediante actividades de seguimiento o medición posteriores;					
	g) la implementación de acciones para prevenir los errores humanos;					
	h) la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.					
<b>8.5.2 Identificación y trazabilidad</b>			3	0	0%	
53	La organización debe utilizar los medios apropiados para identificar las salidas, cuando sea necesario, para asegurar la conformidad de los productos y servicios.	0				
	La organización debe identificar el estado de las salidas con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de la producción y prestación del servicio.	0				

	La organización debe controlar la identificación única de las salidas cuando la trazabilidad sea un requisito, y debe conservar la información documentada necesaria para permitir la trazabilidad.	0				
<b>8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos</b>			3	2	66.66%	
54	La organización debe cuidar la propiedad perteneciente a los clientes o a proveedores externos mientras esté bajo el control de la organización o esté siendo utilizado por la misma.	1				
	La organización debe identificar, verificar, proteger y salvaguardar la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación dentro de los productos y servicios.	1				
	Cuando la propiedad de un cliente o de un proveedor externo se pierda, deteriore o de algún otro modo se considere inadecuada para su uso, la organización debe informar de esto al cliente o proveedor externo y conservar la información documentada sobre lo ocurrido.	0				
<b>8.5.4 Preservación</b>			1	1	100%	
55	La organización debe preservar las salidas durante la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurarse de la conformidad con los requisitos.	1				
<b>8.5.5 Actividades posteriores a la entrega</b>			2	2	100%	
56	La organización debe cumplir los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios.	1				

	Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega que se requieren, la organización debe considerar:	1				
	a) los requisitos legales y reglamentarios;					
	b) las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a sus productos y servicios;					
	c) la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios;					
	d) los requisitos del cliente;					
	e) la retroalimentación del cliente.					
<b>8.5.6 Control de los cambios</b>			1	1	100%	
57	La organización debe conservar información documentada que describa los resultados de la revisión de los cambios, las personas que autorizan el cambio y de cualquier acción necesaria que surja de la revisión.	1				
<b>8.6 LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS</b>			3	2	66.66%	
58	La organización debe implementar las disposiciones planificadas, en las etapas adecuadas, para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios.	1				
	La liberación de los productos y servicios al cliente no debe llevarse a cabo hasta que se hayan completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas, a menos que sea aprobado de otra manera por una autoridad pertinente y, cuando sea aplicable, por el cliente.	0				
	La organización debe conservar la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios. La información documentada debe incluir:	1				

	a) evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación;					
	b) trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.					
<b>8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES</b>						
	<b>8.7.1</b> La organización debe asegurarse de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada.	0	4	0	0%	
59	La organización debe tomar las acciones adecuadas basándose en la naturaleza de la no conformidad y en su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios. Esto se debe aplicar también a los productos y servicios no conformes detectados después de la entrega de los productos, durante o después de la provisión de los servicios.	0				
	La organización debe tratar las salidas no conformes de una o más de las siguientes maneras:	0				
	a) corrección;					
	b) separación, contención, devolución o suspensión de provisión de productos y servicios;					
	c) información al cliente;					
	d) obtención de autorización para su aceptación bajo concesión.					
	Debe verificarse la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.	0				
	<b>8.7.2</b> La organización debe conservar la información documentada que:	1	1	1	100%	
60	a) describa la no conformidad;					

	b) describa las acciones tomadas;					
	c) describa todas las concesiones obtenidas;					
	d) identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.					
<b>9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO</b>		8	3	37.5%		
<b>9.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN</b>						
<b>9.1.1 Generalidades</b>						
61	La organización debe determinar:	0	1	0	0%	Se cumple parcialmente con este requisito.
	a) qué necesita seguimiento y medición;					
	b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos;					
	c) cuándo se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición;					
	d) cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición.					
	La organización debe evaluar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad.					
	La organización debe conservar la información documentada apropiada como evidencia de los resultados.					
<b>9.1.2 Satisfacción del cliente</b>						
62	La organización debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas. La organización debe determinar los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información.	1	1	1	100%	
<b>9.1.3 Análisis y evaluación</b>						

	La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición.	0	1	0	0%	Se cumple parcialmente con este requisito.
63	Los resultados del análisis deben utilizarse para evaluar:					
	a) la conformidad de los productos y servicios;					
	b) el grado de satisfacción del cliente;					
	c) el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad;					
	d) si lo planificado se ha implementado de forma eficaz;					
	e) la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades;					
	f) el desempeño de los proveedores externos;					
	g) la necesidad de mejoras en el sistema de gestión de la calidad.					
<b>9.2 AUDITORÍA INTERNA</b>						
64	<b>9.2.1</b> La organización debe llevar a cabo auditorías internas a intervalos planificados para proporcionar información acerca de si el sistema de gestión de la calidad:	1	1	1	100%	
	a) estas deben ser conforme con:					
	1) los requisitos propios de la organización para su sistema de gestión de la calidad;					
	2) los requisitos de esta Norma Internacional;					
b) se implementa y mantiene eficazmente.						
<b>9.2.2</b> La organización debe:						

65	a) planificar, establecer, implementar y mantener uno o varios programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes, que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de las auditorías previas;	0	1	0	0%	La organización no plantea ningún programa de auditoría, el ítem anterior se cumple debido a que solo tienen un formato de auditoría clínica.
	b) definir los criterios de la auditoría y el alcance para cada auditoría;					
	c) seleccionar los auditores y llevar a cabo auditorías para asegurarse de la objetividad y la imparcialidad del proceso de auditoría;					
	d) asegurarse de que los resultados de las auditorías se informen a la dirección pertinente;					
	e) realizar las correcciones y tomar las acciones correctivas adecuadas sin demora injustificada;					
	f) conservar información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y de los resultados de las auditorías.					
<b>9.3 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>						
<b>9.3.1 Generalidades</b>						
66	La alta dirección debe revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continuas con la dirección estratégica de la organización.	1	1	1	100%	
<b>9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección</b>						

	La revisión por la dirección debe planificarse y llevarse a cabo incluyendo consideraciones sobre:	0	1	0	0%	La organización plantea un procedimiento de revisión por la dirección pero no deja claro las entradas ni las salidas, incumpliendo los requisitos de entradas y salidas planteadas en esta norma internacional.
67	a) el estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas;					
	b) los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema de gestión de la calidad;					
	c) la información sobre el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidas las tendencias relativas a:					
	1) la satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes;					
	2) el grado en que se han logrado los objetivos de la calidad;					
	3) el desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios;					
	4) las no conformidades y acciones correctivas;					
	5) los resultados de seguimiento y medición;					
	6) los resultados de las auditorías;					
	7) el desempeño de los proveedores externos;					
	d) la adecuación de los recursos;					
	e) la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades (véase 6.1);					
	f) las oportunidades de mejora.					

<b>9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección</b>						
68	Las salidas de la revisión por la dirección deben incluir las decisiones y acciones relacionadas con:	0	1	0	0%	
	a) las oportunidades de mejora;					
	b) cualquier necesidad de cambio en el sistema de gestión de la calidad;					
	c) las necesidades de recursos.					
	La organización debe conservar información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones por la dirección.					
<b>10. MEJORA</b>			4	4	100%	
<b>10.1 Generalidades</b>						
69	La organización debe determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente. Éstas deben incluir:	1	1	1	100%	
	a) mejorar los productos y servicios para cumplir los requisitos, así como considerar las necesidades y expectativas futuras;					
	b) corregir, prevenir o reducir los efectos no deseados;					
	c) mejorar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad.					
<b>10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA</b>						
<b>10.2.1 Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe:</b>						
70	a) reaccionar ante la no conformidad y, cuando sea aplicable:	1	1	1	100%	

	1) tomar acciones para controlarla y corregirla;					
	2) hacer frente a las consecuencias;					
	b) evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, mediante:					
	1) la revisión y el análisis de la no conformidad;					
	2) la determinación de las causas de la no conformidad;					
	3) la determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente puedan ocurrir;					
	c) implementar cualquier acción necesaria;					
	d) revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada;					
	e) si fuera necesario, actualizar los riesgos y oportunidades determinados durante la planificación; y					
	f) si fuera necesario, hacer cambios al sistema de gestión de la calidad.					
	Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.					
<b>10.2.2</b> La organización debe conservar información documentada como evidencia de:						
71	a) la naturaleza de las no conformidades y cualquier acción tomada posteriormente;	1	1	1	100%	
	b) los resultados de cualquier acción correctiva.					
<b>10.3 MEJORA CONTINUA</b>						
72	La organización debe mejorar continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad.	1	1	1	100%	

La organización debe considerar los resultados del análisis y la evaluación, y las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades que deben considerarse como parte de la mejora continua.					
---	--	--	--	--	--

## ANEXO B

### Diagnostico de cumplimiento de requisitos de la norma OHSAS 18001/2007

REQUISITO NORMA NTC-OHSAS 18001:2007	CUMPLE	OBSERVACIONES
<b>4.2 POLITICA DE S Y SO</b>		
a) ¿se ha definido una política que enmarque la gestión de S y SO en la organización?	1	
b)¿ la política es aprobada por la alta dirección de la organización	0	
c) La política de S Y SO es:		
I.Es apropiada para la naturaleza y escala de los riesgos de la organización.	1	
II. Incluye compromiso con la prevención de lesiones, enfermedades y la mejora continua del sistema.	0	
III.cumple con los requisitos legales aplicables y otros requisitos que acceda la organización, relacionados con sus peligros de S Y SO	0	
IV.Se documenta implementa y mantiene	0	
V. Esta comunicada a todo el personal de la organización	0	
VI. Esta publicada en lugares visibles para todas las partes interesadas	0	
VII. Se revisa periódicamente	0	
<b>4.3 PLANIFICACION</b>		
<b>4.3.1 Identificación de peligros, valoración de riesgos y determinación de controles</b>		
a) ¿Cuenta con un procedimiento para la identificación de los peligros, valoración del riesgo y determinación de controles?	1	
<b>4.3.2 Requisitos legales y otros</b>		
a) ¿Cuenta con un procedimiento para la identificación de requisitos legales de S Y SO Se encuentra actualizada?	1	
<b>4.3.3 Objetivos y Programas</b>		
a) Tienes Establecidos, Implementados y documentados los objetivos de S Y SO	1	

b) Los objetivos son medibles y consistentes con la política S Y SO, Incluidos los compromisos con la prevención de lesiones y enfermedades, el cumplimiento de requisitos legales	1	
c) La organización estableció, implemento y mantiene un programa para el cumplimiento de los objetivos, donde están asignados las responsabilidades, los medios y plazos para el cumplimiento de estos	0	
<b>4.4 IMPLEMENTACION Y OPERACIÓN</b>		
<b>4.4.1 Recursos, Funciones, responsabilidades rendición de cuentas y autoridad</b>		
a) ¿La organización tiene establecido los recursos asignados con responsables y rendición de cuentas para realizar la gestión de S Y SO?	0	
b) ¿Existe un miembro designado por la alta dirección con responsabilidades en S Y SO, el cual asegure el cumplimiento del sistema de gestión de S Y SO de acuerdo con la norma OHSAS 18001 y presente informes sobre el desempeño?	0	
<b>4.4.2 Competencia, formación y toma de conciencia</b>		
a) ¿La organización se asegura que todo el personal que ejecute tareas que impactan la S Y SO, sea competentes y consientes de los riesgos asociados a ellos?	1	
b) ¿La organización identifica las necesidades de formación relacionada con los riesgos S Y SO y su sistema de gestión S Y SO?	1	
c) ¿La organización cuenta con un procedimiento para la toma de conciencia sobre las consecuencias, funciones y responsabilidades de S Y SO?	0	
<b>4.4.3 comunicación, participación y consulta</b>		
<b>4.4.3.1 Comunicación</b>		
a) ¿Se tiene establecido, implementado y se mantiene un procedimiento para comunicar los peligros asociados y el sistema de gestión de S Y SO a nivel interno y externo?	0	
<b>4.4.3.2 Participación y Consulta</b>		

A) se ha establecido, implementado y se mantiene un procedimiento donde el personal participe en identificación de peligros, valoración de riesgos, determinen controles, investigación de incidentes, desarrollo y revisan las políticas y objetivos de S Y SO?.	1	
b) ¿Los contratistas y partes interesadas participan donde existan cambios que afecten la S Y SO?	1	
<b>4.4.4 Documentación</b>		
a) ¿Existe documentación de la política, objetivos, Descripción del alcance, de los principales elementos del sistema, documentos y registros de la norma y otros que la organización considere necesarios en el sistema de gestión S Y SO?	0	
<b>4.4.5 Control de documentos</b>		
a) La organización debe establecer, implementar y mantener un procedimiento para aprobar los documentos antes de su emisión	0	
b) la organización revisa y actualiza los documentos cuando sea necesario aprobarlos nuevamente	0	
c) Asegura que se identifican los cambios y el estado actual de la revisión	0	
d) Asegurar que en la organización los documentos permanezcan legibles y fácilmente identificables, además de que estén disponibles	0	
e) La organización debe asegurar que estén identificados los documentos externos que sean necesarios para la planeación y operación de la S Y SO	0	
f) Prevenir el uso de documentos obsoletos e identificarlos		
<b>4.4.6 Control operacional</b>		
a) ¿La organización tiene implementado controles en las operaciones y actividades para gestionar los riesgos de S Y SO?	1	
<b>4.4.7 Preparación y respuesta ante emergencia</b>		

a) ¿La organización establece, implementa y mantiene un procedimiento para identificar y responder ante situaciones de emergencias?	0	
<b>4.5 VERIFICACION</b>		
a) ¿La organización tiene un procedimiento para realizar seguimiento y medición del desempeño de S Y SO, donde existan medidas cuantitativas, cualitativas, Seguimiento al grado del cumplimiento de los objetivos, eficacia de los controles y medidas reactivas de desempeño?	0	
b) ¿se tiene establecido algún procedimiento para la calibración y mantenimiento de equipos utilizados para medición y seguimiento?	0	
<b>4.5.1 Evaluación del cumplimiento legal y otros</b>		
a) ¿se ha establecido un procedimiento para evaluar el desempeño de los requisitos legales aplicables a la organización y se tienen registros de estas evaluaciones?	1	
<b>4.5.2 Investigación de incidentes. No conformidades y acciones correctivas y preventivas</b>		
a) ¿ se ha establecido, implementado y mantenido un procedimiento para registrar, investigar y analizar incidentes, con el fin de determinar las deficiencias S Y SO, necesidades de acciones correctivas, oportunidades de acciones preventivas, oportunidades de mejora continua y comunicaciones del resultado de estas investigaciones?	0	
<b>4.5.2.1 No conformidad, acción correctiva y acción preventiva</b>		
a) La organización ha establecido implementado y mantenido un procedimiento para tratar las no conformidades reales y potenciales, y tomar acciones correctivas y preventivas?	0	
b) ¿Este procedimiento identifica y corrige las no conformidades, determina sus causas y toma las acciones para mitigar sus consecuencias, investiga las no conformidades para determinar sus causas y toman acciones para que no repitan, se registran y se evalúan los resultados de este procedimiento?	0	

<b>4.5.4 Control de registros</b>		
a) ¿La organización debe establecer y mantener los registros necesarios para demostrar conformidad con los requisitos del sistema de gestión S Y SO OHSAS?	0	
b) La organización debe establecer, implementar y mantener un procedimiento para la identificación, el almacenamiento, protección, la recuperación, la retención y la disposición de los registros?.	0	
<b>4.5.5 Auditoría interna</b>		
a) ¿La organización debe asegurar que se realizan las auditorías internas del sistema de gestión S Y SO, para determinar el cumplimiento de las disposiciones planificadas, la política y objetivos?	0	
b) Se comunican los resultados de la información obtenida en las auditorias?		
<b>4.6 REVISION POR LA DIRECCION</b>		
a) ¿se realiza revisiones de la alta gerencia al sistema de gestión se S Y SO a intervalos definidos para asegurar su conveniencia, adecuación y eficacia continua?	1	
b) ¿ la alta dirección tiene elementos de entrada para la revisión por medio de: los resultados de las auditorías internas, evaluaciones de cumplimiento, comunicaciones, desempeño, cumplimiento de los objetivos, investigaciones de incidentes, acciones correctivas, acciones preventivas, seguimiento y requisitos legales?	1	
c) ¿las salidas de la revisión por la dirección son coherentes con el compromiso de la organización con la mejora continua e incluyen decisiones y acciones para los posibles cambios en el desempeño, política, objetivos, recursos y otros elementos del sistema de gestión de S Y SO?	0	
d) Las salidas pertinentes de la revisión por la dirección se encuentran para su comunicación y consulta	0	



	<b>CARACTERIZACION DEL PROCESO FISIOTERAPIA</b>	Código	MPO-1-01
		Página	2 de 4

EMISOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	RECEPTOR
Responsable del proceso	Entrega de información o datos que soliciten los procesos internos	<b>H</b> Realizar el tratamiento del paciente Realizar la calibración de equipos Solicitud de insumos para la atención del paciente Cumplimientos de los lineamientos de la seguridad del paciente Revisión de la historia clínica para conocer el problema que presenta el paciente	Responsable del proceso	Remisión especialista	Fisioterapeuta
	Historia Clínica			Adquisición de bienes y servicios	
	Plan anual de adquisiciones del grupo de trabajo			Solicitud de insumo mediante requerimiento según necesidad	Talento humano
EMISOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	RECEPTOR
		<b>V</b> Verificación del desempeño por atención al paciente Seguimiento a indicadores del gestión del grupo de trabajo	Responsable del Proceso	Paciente Recuperado	EPS
				Factura de pago por procedimiento	Hospital

	<b>CARACTERIZACION DEL PROCESO FISIOTERAPIA</b>	Código	MPO-1-01
		Página	3 de 4

		Verificar que el tratamiento sea el adecuado mediante el Seguimiento al paciente			Consulta externa
--	--	--	--	--	------------------

EMISOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	RECEPTOR
		<b>A</b>	Responsable del proceso	Revisión de estrategias de mejoramiento continuo	
				Comprobar la satisfacción del cliente después del tratamiento	Informe de desempeño

RECURSOS		
TALENTO HUMANO	INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE DE TRABAJO	TECNOLOGICOS
Gerente, responsable del proceso, fisioterapia, auxiliares	Consultorio, equipo de ejercicio (pesas, caminadora) piscina	Computador

Documentación	Recursos	Indicadores
Manual de Fisioterapia Portafolio de Servicios Documentación de equipos	Instalaciones, centro terapéutico, maquinas, profesional competente, servicios públicos, presupuesto.	Numero de terapias mensuales, semestrales anuales. Mantenimiento de las maquinas.
Procesos de Soporte	Requisitos	Responsables
Almacén, secretarías, facturación, servicios generales	Legales (establecidos en el nomograma), Requisitos de las Normas ISO.	Fisioterapeuta, gerente

## ANEXO D

	<p><b>PROCESO DE FISIOTERAPIA</b></p> <p><b>LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS</b></p>	
<p><b>Código MPO-1-02</b></p>	<p><b>VERSION 01</b></p>	<p><b>Fecha de actualización 15-04-2017</b></p>

## CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	VERSIÓN	RAZÓN DEL CAMBIO
15/04/17	2	Versión original

## LISTA DE DISTRIBUCIÓN

VERSIÓN	CARGO	FIRMA	FECHA
1			
2			

**1. OBJETIVO:**

Establecer el procedimiento a seguir para la adecuada administración de los listados maestros de documentos del Sistema de Gestión de la Calidad del Centro Terapéutico del Norte.

**2. ALCANCE:**

Aplicable a los listados maestros de documentos y registros del Sistema de Gestión de Calidad del Centro Terapéutico del Norte.

**3. REALIZACIÓN:**

**3.1 Listado maestro de documentos de cada manual:**

Cada uno contiene los documentos que componen su respectivo manual. Poseen la siguiente estructura:

**ENCABEZADO**

	<b>PROCESO DE FISIOTERAPIA</b>	
<b>Código</b>	<b>VERSION</b>	<b>Fecha de actualización 15-04-2017</b>

--	--	--

3.2 Codificación de los listados:

<i>NOMBRE</i>	<b>CÓDIGO</b>	<b>LOCALIZACIÓN</b>
Listado maestro de documentos y registros del Manual de Procesos Operativos.	MPO-1-02	

3.3 Contenido de los listados:

Cada Listado maestro de documentos debe contener un cuadro con las siguientes características:

<i>DOCUMENTOS</i>				<b>REGISTROS</b>			
CÓDIGO	TÍTULO	VERSIÓN	FECHA	IDENTIFICACIÓN	ADMINISTRACIÓN	ALMACENAMIENTO O RECUPERACIÓN	CONSERVACIÓN

				Código	Título	Ver si ón	Fe ch a	Reco lecta  los Dato s	Resp onsa ble  de Alma cena r	Indi zac ión	Clas ifica ción	Ret enc ión	Dis pos ición

Incluya en este cuadro el código, el título, la versión actualizada de documentos y registros así como la fecha de aprobación.

### 3.4 Inclusión de nuevos documentos y/o registros:

Cada vez que sea aprobado un nuevo documento y/o registro para el Sistema de Gestión de la Calidad y salud ocupacional, hay que incluirlo dentro del Listado maestro de documentos y registros del manual al cual pertenece.

### 3.5 Actualización de versiones:

Cada vez que un documento y/o registro ya existente cambie de versión, actualice el listado maestro de documentos y registros del manual al cual pertenece, con el fin de llevar un adecuado control de las versiones que se encuentran vigentes de cada documento y/o registro.

### 3.6 Eliminación de documentos y/o registros:

Cuando se decida excluir un documento o registro del Sistema de Gestión de Calidad y salud ocupacional por obsolescencia o por cualquier otra razón, elimínelos también del Listado maestro de documentos y registros del respectivo manual, ya que éstos sólo deben contener los documentos de aplicación actual con versiones actualizadas.

## 4. DOCUMENTOS DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DE FISIOTERAPIA

DOCUMENTO	CÓDIGO	REVISIÓN
Caracterización del proceso de fisioterapia.	MPO-1-01	Semestral
Insumos	MPO-1-02-1	Semanal
Almacenamiento de Insumos	MPO-1-02-2	Semanal
Manual de bioseguridad	MPO-1-02-3	Semestral
PGIRSH	MPO-1-02-4	Anual
Gestión de infraestructura	MPO-1-02-5	Semestral
Satisfacción del cliente	MPO-1-02-6	Semestral
Auditoría	MPO-1-02-7	Anual
Asignación de citas	MPO-1-02-8	Trimestral
Planes de mejora	MPO-1-02-9	Semestral
Enfermedades profesionales	MPO-1-02-10	Anual
Revisión del Sistema	MPO-1-02-11	Anual
Revisión y difusión de la política y objetivos	MPO-1-02-12	

## PROCEDIMIENTOS

### GESTIÓN DE INSUMOS

	PROCESO DE FISIOTERAPIA  GESTIÓN DE INSUMOS	
Código: MPO-3-03-1	VERSIÓN 02	Fecha de actualización 15-04-2017

#### CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	VERSION	RAZÓN DEL CAMBIO
26/07/04	1	Versión original

#### LISTA DE DISTRIBUCIÓN

VERSION	CARGO	FIRMA	FECHA
2			
2			

<b>ELABORO:</b> Jefe de almacén	<b>REVISO:</b> Gerente	<b>APROBO:</b> Gerente
------------------------------------	---------------------------	---------------------------

**1. OBJETIVO:**

Establecer el procedimiento a seguir para llevar a cabo la gestión de compras mediante la selección y evaluación de proveedores, que asegure la calidad, continuidad y disponibilidad de los materiales, insumos y servicios, de la manera más oportuna y económica posible.

**2. ALCANCE:**

Aplicable a la compra de materiales, insumos y servicios que condicionen riesgos en la prestación del servicios y/o que inciden en la calidad de los servicios prestados por el Centro Terapéutico del Norte.

**3. RESPONSABLES:**

Gerente, Jefe de almacén, líder del proceso.

**4. DESARROLLO:**

	<b>PROCESO DE FISIOTERAPIA</b> <b>GESTION DE INSUMOS</b>	
Código: MPO-1-02-1	VERSIÓN 02	Fecha de actualización: 15-04-2017

1.3

ACTIVIDAD	DETALLE	DOCUMENTO O REGISTRO
<b>1. IDENTIFICAR LAS CARACTERÍSTICAS DE COMPRAS DE MATERIALES Y SERVICIOS</b>	<p>➤ Identifique los materiales, insumos y servicios que condicionen riesgos en la prestación del servicio y/o que inciden en la calidad de los servicios prestados por el Centro.</p> <p>➤ Registre en el formato "Listado de materiales, insumos y servicios que inciden en la calidad" los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre y/o especificaciones de compra del material, insumo o servicio.</li> <li>• Registro INVIMA.</li> <li>• Tiempo mínimo de vencimiento con el que se puede recibir el material o insumo (si aplica).</li> <li>• Stock mínimo y máximo a mantener (para materiales e insumos).</li> <li>• Las características que se deben verificar al momento de recibirlos, (tales como fechas de vencimiento, estado, etc.), y el método de verificación.</li> <li>• Los cuidados de manipulación: condiciones de manejo, descarga, ubicación y/o transporte.</li> <li>• Los cuidados de almacenamiento: condiciones en las que se debe depositar, acopiar y/o almacenar, tales como: Temperatura, Humedad, Ventilación, Segregación, Seguridad, etc., definidas por el fabricante; además de las condiciones necesarias para una adecuada conservación y protección del material o insumo.</li> <li>• Reutilización autorizada por el INVIMA.</li> </ul>	<p>"Listado de materiales, insumos y servicios que inciden en la calidad"</p> <p>Líder del proceso</p>
<b>2. DEFINIR CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PROVEEDORES</b>	<p>➤ Defina los criterios, ponderación y escala que será utilizada para seleccionar a los proveedores, y regístrelos en el formato de "Selección y evaluación de proveedores de materiales y/o servicios"</p> <p>➤ Recuerde que en el formato "Selección y evaluación de proveedores de materiales y/o servicios" contiene algunos ejemplos que puede modificar o cambiar si así lo considera pertinente.</p>	<p>"Selección, evaluación y re-evaluación de proveedores de materiales, insumos y/o servicios"</p> <p>Gerente</p>



	<b>PROCESO DE FISIOTERAPIA</b>  <b>GESTIÓN DE INSUMOS</b>	
Código: MPO-3-03-1	VERSION 02	Fecha de actualización: 15-04-2017

ACTIVIDAD	DETALLE	DOCUMENTO O REGISTRO
<b>7. FORMALIZAR RESULTADOS</b>	<p>➤ Formalice los resultados obtenidos, registre en el "Listado de materiales, insumos y servicios que inciden en la calidad" los proveedores que han sido aprobados para suministrar el producto y/o servicio.</p> <p>➤ Elabore o actualice, según corresponda, la "Hoja de vida del proveedor", registrando allí todos los datos necesarios para identificar al proveedor, el tipo de información proporcionada por él, el puntaje obtenido en la evaluación, etc., con el fin de contar con información actualizada permanentemente.</p> <p>➤ Registre en el "Listado maestro de proveedores" la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos del proveedor y materiales, insumos y/o servicios que suministra.</li> <li>• Fecha y puntaje obtenido en la última evaluación.</li> <li>• Fecha o etapa planeada para la próxima evaluación.</li> </ul>	<p>"Listado de materiales, insumos y servicios que inciden en la calidad"</p> <p>Líder del proceso</p>
<b>8. DETECTAR Y PLANIFICAR LAS NECESIDADES DE COMPRA</b>	<p>➤ Detecte las necesidades de compra de materiales comparando la información de existencia en inventarios con el stock mínimo y máximo a mantener de cada uno de los materiales e insumos, (los cuales se encuentra definidos en el "Listado maestro de materiales, insumos y servicios que inciden en la calidad"); tenga en cuenta además: las ofertas y demandas de temporada, y las demás variables que puedan afectar las compras.</p> <p>➤ También puede pasar una solicitud interna de cualquier material que requiera que sea comprado, a través del formato "solicitud interna de materiales, insumos o servicios", recuerde que si el motivo de la solicitud es un incumplimiento o anomalía en el suministro del mismo, debe registrarlo inmediatamente y definir las acciones a seguir.</p> <p>➤ Registre en la "Revisión de inventarios, programación y control de compra de materiales y/o servicios" la manera como proyecta realizar las compras, tanto las programadas como las no programadas, con el fin de asegurar su disponibilidad y el stock mínimo requerido.</p>	<p>"Solicitud interna de materiales, insumos o servicios"</p> <p>Líder del proceso</p> <p>"Revisión de inventarios, programación y control de compra de materiales, insumos y/o servicios"</p>

## ALMACENAMIENTO DE INSUMOS

	<b>PROCESO DE FISIOTERAPIA ALMACENAMIENTO DE INSUMOS</b>	
Código: MPO 1-03-2	VERSION 02	Fecha de actualización 15-04-2017

### CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	VERSION	RAZON DEL CAMBIO
26/07/04	1	Versión original

### LISTA DE DISTRIBUCIÓN

VERSION	CARGO	FIRMA	FECHA
2			

ELABORO: Gerencia	REVISO: Gerente	APROBO: Gerente
----------------------	--------------------	--------------------

#### 1. OBJETIVO:

Establecer el procedimiento para recibir, verificar, almacenar adecuadamente y controlar la distribución de insumos y materiales.

#### 2. ALCANCE:

Aplicable a los insumos y materiales destinados para su uso durante la prestación del servicio del Centro Terapéutico del Norte y/o que afecten la calidad de los mismos.

#### 3. RESPONSABLES:

Gerente, Jefe de almacén, área contabilidad.

#### 4. DEFINICIONES:

- > Conformidad: Cumplimiento de los requisitos.

	<b>PROCESO DE FISIOTERAPIA ALMACENAMIENTO DE INSUMOS</b>	
Código MPO 1-02-2	VERSION 02	Fecha de actualización 15-04- 2017

➤ **No Conformidad:** Incumplimiento de los requisitos.

#### 5. DESARROLLO:

ACTIVIDAD	DETALLE	DOCUMENTO O REGISTRO
<b>1. RECIBIR Y VERIFICAR LOS PRODUCTOS</b>	<p>➤ Reciba y verifique los insumos y/o materiales, recuerde que debe inspeccionar las características y aplicar el método de Inspección establecido en el "Listado maestro de materiales, insumos y servicios que inciden en la calidad".</p> <p>➤ Revise cuidadosamente los productos recibidos, verifique su conformidad tanto con la remisión o factura como con la orden de compra, y su estado general.</p> <p>➤ Registre en la "orden de compra" la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de la remisión o factura y fecha.</li> <li>• Fecha de llegada de los materiales, y demora, es decir, la diferencia en días entre la fecha de llegada y la fecha pactada de entrega.</li> <li>• Verificación realizada, y estado de conformidad de cada material; en cuanto al pedido, estado y/o especificaciones.</li> </ul> <p>No olvide que la conformidad en cuanto a la orden de compra y la remisión consiste en que las cantidades tanto de la orden de compra, como de la remisión y el conteo físico deben coincidir; además de que deben coincidir las especificaciones contempladas en la orden de compra. Con las de la remisión y éstas a su vez, con los productos que usted está recibiendo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La conformidad en cuanto al estado consiste en que los materiales deben estar en buenas condiciones de: limpieza, alteración de sellos, fechas de vencimiento, etc.</li> </ul>	"Orden de compra" Área de contabilidad.
<b>2. ESTABLECER LAS ACCIONES A SEGUIR</b>	<p>➤ Una vez verificados los productos comprados mediante el método establecido, establezca las acciones a seguir, las cuales pueden ser, separar los productos no conformes, devolverlos al proveedor, etc. y/o almacenar los productos recibidos conformes, los cuales debe registrar en la "Orden de compra".</p>	"Orden de compra" Área de contabilidad

	<b>PROCESO DE FISIOTERAPIA ALMACENAMIENTO DE INSUMOS</b>	
Código: MPO 1-03-2	VERSION 02	Fecha de actualización 15-04-2017

ACTIVIDAD	DETALLE	DOCUMENTO O REGISTRO
3. IDENTIFICAR EL PRODUCTO NO CONFORME	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cuando detecte un producto No Conforme, aislelo y/o identifíquelo con el rótulo de producto no conforme, con el objeto de evitar su uso no intencionado.</li> <li>➤ Recuerde que debe disponer de un sitio para el almacenamiento temporal de los productos no conformes, y tenerlo bien identificado o demarcado.</li> </ul>	Material No Conforme identificado
4. REALIZAR LA ENTRADA Y ALMACENAR MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realice la entrada de los productos recibidos conformes, registre en el formato "Control de entrada y salida de Insumos y materiales":               <ul style="list-style-type: none"> <li>• El número (consecutivo) de entrada y la fecha,</li> <li>• Número de la orden de compra,</li> <li>• Número de la factura o remisión y nombre del proveedor, y</li> <li>• Cantidad recibida conforme,</li> <li>• Las observaciones que considere necesarias, y</li> <li>• Saldo disponible del producto a la fecha.</li> </ul> </li> <li>➤ Registre en la orden de compra la fecha y el número de entrada correspondiente.</li> <li>➤ Recuerde que debe marcar los insumos / materiales que así lo requieran con el número de la orden de compra o el número de factura o remisión, con el objeto de lograr una adecuada trazabilidad de los productos comprados.</li> </ul>	<p>"Control de entrada y salida de insumos y materiales"</p> <p>"Orden de compra" Área contabilidad</p>

	<b>PROCESO DE FISIOTERAPIA ALMACENAMIENTO DE INSUMOS</b>	
Código MPO 1-02-2	VERSION 02	Fecha de actualización 15-04-2017

ACTIVIDAD	DETALLE	DOCUMENTO O REGISTRO
5. DISTRIBUIR LOS INSUMOS / MATERIALES REQUERIDOS POR CADA AREA	<p>➤ Realice y controle la distribución de materiales e insumos, registrando en el "control de entrada y salida de insumos y materiales" la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El número (consecutivo) de salida y la fecha,</li> <li>• No. de la orden de compra ó numero de factura o remisión,</li> <li>• Cantidad que está entregando,</li> <li>• Destino del producto, terapeuta, consultorio, etc.,</li> <li>• Nombre de la persona que revisa los productos entregados,</li> <li>• Nombre y firma de la persona que los recibe,</li> <li>• Las observaciones que considere necesarias, y</li> <li>• Saldo disponible del producto a la fecha.</li> </ul>	<p>"Control de entrada y salida de insumos y materiales"</p> <p>Jefe De <del>almacen</del></p>

#### DOCUMENTOS RELACIONADOS

CODIGO	NOMBRE
MPO-1-02-1	Gestión de insumos

## GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE DE TRABAJO

	<p>PROCESO DE FISIOTERAPIA</p> <p>GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE DE TRABAJO</p>	
Código: MPD-1-02-05	VERSION 02	Fecha de actualización: 15-04-2017

### CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	VERSION	RAZÓN DEL CAMBIO
08-02-05	1	Versión original

### LISTA DE DISTRIBUCIÓN

VERSION	CARGO	FIRMA	FECHA
2			

ELABORO:	REVISO:	APROBO:

#### 1. OBJETIVO:

Establecer el procedimiento a seguir para asegurar la adecuación, mantenimiento y conservación de la Infraestructura y ambiente de trabajo del Centro Terapéutico del Norte.

#### 2. ALCANCE:

Aplicable a la Infraestructura y ambiente de trabajo requerido para la adecuada prestación de servicios del Centro Terapéutico del Norte.

3. RESPONSABLE: Gerente, Jefe de Calidad de Gestión.

#### 4. DESARROLLO:

	<p>PROCESO DE FISIOTERAPIA</p> <p>GESTION DE INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE DE TRABAJO</p>	
Código: MPO-1-03-05	VERSIÓN 02	Fecha de actualización 15-04-2017

ACTIVIDAD	DETALLE	DOCUMENTO O REGISTRO
1. IDENTIFICAR Y/O ACTUALIZAR LA INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE REQUERIDO POR SERVICIO	<p>&gt; Identifique y/o actualice periódicamente la infraestructura y ambiente de trabajo requerido para garantizar la calidad en la prestación de cada uno de los servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• -</li> </ul> <p>Recuerde tener en cuenta todos los requisitos reglamentarios aplicables para garantizar su cumplimiento.</p>	Área de mantenimiento
2. PROGRAMAR INSPECCIONES DE INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE DE TRABAJO	<p>&gt; Programe las inspecciones de infraestructura y ambiente de trabajo según la frecuencia que considere necesario, Registre la(s) fecha(s) de realización en el "Cronograma semestral de actividades"</p>	Gerencia y Área de mantenimiento
3. REALIZAR INSPECCIONES DE INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE DE TRABAJO	<p>✓ Realice la inspección de infraestructura y ambiente de trabajo según la periodicidad establecida en el "Cronograma de actividades".</p> <p>✓ Registre en el formato "Inspección de infraestructura y ambiente de trabajo" la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Área o consultorio a inspeccionar,</li> <li>• Aspectos revisados, los cuales se encuentran codificados de la siguiente manera:</li> </ul> <p>PI - Pisos.  PP - Paredes y Pintura.  IE - Instalaciones Eléctricas.  HU - Humedad.  IL - Iluminación.  VE - Ventilación.  TE - Techos.  SH - Instalaciones Sanitarias e Hidráulicas.  PV - Puertas y Ventanas.  ME - Muebles y Enseres.  ES - Escaleras.</p>	Área de mantenimiento

	<b>PROCESO DE FISIOTERAPIA</b> <b>GESTION DE INFRAESTRUCTURA Y</b> <b>AMBIENTE DE TRABAJO</b>	
Código: MP0-1-02-05	VERSION 02	Fecha de actualización 15-04-2017

ACTIVIDAD	DETALLE	DOCUMENTO O REGISTRO
	LG = Limpieza General.	
3. REALIZAR INSPECCIONES DE INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE DE TRABAJO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marque el estado de los aspectos revisados, según lo observado, con una X debajo de la columna respectiva:  <b>B = Bueno    R = Regular    M = Malo</b></li> <li>✓ Así mismo, verifique los requerimientos definidos para cada servicio en la "Planeación y seguimiento de la Infraestructura y ambiente de trabajo requerido por servicio", registre el cumple o no con cada uno de los requerimientos aplicables al área o consultorio inspeccionado.</li> <li>✓ Registre las observaciones o hallazgos que considere pertinentes.</li> </ul>	Área de mantenimiento
4. REALIZAR EL SEGUIMIENTO A LA INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE DE TRABAJO REQUERIDO POR SERVICIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realice el seguimiento a la Infraestructura y ambiente de trabajo requerido por servicio, con el fin de mejorar continuamente la adecuación de los mismos.</li> <li>✓ Registre en la "Planeación y seguimiento de la Infraestructura y ambiente de trabajo requerido por servicio" la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número y fecha de la Inspección realizada,</li> <li>• Resultados o hallazgos obtenidos en las inspección,</li> </ul> </li> <li>✓ Tome las acciones que considere necesarias a partir del resultado de la Inspección realizada.</li> </ul>	Área de mantenimiento
5. PROGRAMAR ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO O MEJORAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Programe las actividades de mantenimiento o mejoramiento de la Infraestructura y/o ambiente de trabajo a partir de las necesidades identificadas mediante la inspección; registre en el formato "Programa de mantenimiento / mejoramiento de Infraestructura y ambiente de trabajo" las actividades a realizar por cada área del Centro, frecuencia, responsable de su ejecución y semana en la que debe ejecutarse.</li> </ul>	Área de mantenimiento

	<p style="text-align: center;"><b>PROCESO DE FISIOTERAPIA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>GESTION DE INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE DE TRABAJO</b></p>	
<p>Código: MPO-1-02-05</p>	<p style="text-align: center;">VERSION 02</p>	<p style="text-align: right;">Fecha de actualización: 15-04-2017</p>

ACTIVIDAD	DETALLE	DOCUMENTO O REGISTRO
<p><b>6. VERIFICAR LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS</b></p>	<p>➤ Verifique la ejecución de las actividades de mantenimiento / mejoramiento programadas registrando en el programa cuales han sido ejecutadas y cuáles no.</p>	<p>Gerencia y Área de mantenimiento</p>



## MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

	<p>PROCESO DE FISIOTERAPIA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE</p>	
Código MPO-1-02-8	VERSION 02	Fecha de actualización 15-04-2017

### CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	VERSIÓN	RAZÓN DEL CAMBIO
07-07-04	1	Versión original

### LISTA DE DISTRIBUCIÓN

VERSIÓN	CARGO	FIRMA	FECHA
2			
2			
2			
2			

	<b>PROCESO DE FISIOTERAPIA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE</b>	
Código MPO-3-03-8	VERSION 02	Fecha de actualización 15-04-2017

<b>ELABORO:</b> Líder del proceso	<b>REVISÓ:</b> Líder del proceso	<b>APROBO:</b> Gerente
--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------

**1. OBJETIVO:**

Establecer el procedimiento de evaluación para la medición de la satisfacción tanto de clientes como de usuarios del Centro Terapéutico del Norte.

**2. ALCANCE:**

Aplicable al servicio de fisioterapia por el Centro Terapéutico del Norte.

**3. RESPONSABLES:**

Gerente, líder del proceso y fisioterapeutas.

**4. DEFINICIONES:**

❖ **CLIENTE:**

❖ **USUARIO:**

**5. DESARROLLO:**

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTO O REGISTRO
<b>1. DISEÑAR LAS ENCUESTAS (Clientes y usuarios)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Uno de los métodos para retroalimentar el Sistema de Gestión de Calidad del Centro es a través de la evaluación por los clientes y usuarios a través de encuestas, las cuales tienen por objetivo, determinar el nivel de aceptación de los servicios prestados por el Centro Terapéutico del Norte.</li> <li>✓ Las preguntas de las encuestas deben ser específicas, con el propósito de que toda la información que se recolecte se pueda medir. Para así determinar acciones y metas concretas a cumplir.</li> </ul>	





	PROCESO DE FISIOTERAPIA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE	
Código MPO-1-02-6	VERSIÓN 02	Fecha de actualización 15-04-2017

## 6. ENCUESTA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE:

Como parte de nuestro trabajo hacia asegurar la total satisfacción de nuestros clientes, lo invitamos a tomar parte en nuestra breve Encuesta de Satisfacción al Cliente. Le agradecemos por usar nuestros servicios y esperamos que responda la encuesta con confianza.

¿Por cuánto tiempo ha estado usando nuestro servicio?

Menos de un mes  1-12 meses  1-3 años  Más de 3 años  Nunca lo usé

¿Con qué frecuencia usa nuestro servicio?

Todos los días  En promedio, 3 veces por semana  Una vez a la semana  Una vez al mes  Menos de una vez al mes

¿Cuán satisfecho se encuentra con el servicio?

Muy satisfecho  Satisfecho  Neutral  Insatisfecho  Muy Insatisfecho

¿Qué lo impresionó más acerca servicio?

Calidad  Precio  Experiencia  Instalación o Primer uso  Uso  Servicio al cliente

¿Qué lo decepcionó de nuestro o servicio?

Calidad  Precio  Experiencia de  Instalación o Primer uso  Uso  Servicio al cliente

Comparado con productos similares ofrecidos por otras compañías, ¿cómo considera nuestro servicio?

Mucho mejor  Algo mejor  Más o menos igual  Algo peor  Mucho peor  No sé

¿Usaría nuestro servicio en el futuro?

Definitivamente  Probablemente  No estoy seguro  Probablemente no  Definitivamente no

¿Recomendaría nuestro servicio a otra gente?

Definitivamente  Probablemente  No estoy seguro  Probablemente no  Definitivamente no

## AUDITORIA

	<p>PROCESO DE FISIOTERAPIA</p> <p>AUDITORIA</p>	
Código: MPO-1-02-7	VERSIÓN 02	Fecha de actualización: 15-04-2017

<b>ELABORO:</b>	<b>REVISO:</b>	<b>APROBO:</b>
AUDITOR	AUDITOR	GERENCIA

### 1. OBJETO:

Establecer el procedimiento a seguir para la planeación, ejecución y seguimiento de la Auditoría del proceso de fisioterapia con el fin de mejorar la calidad del servicio.

### 2. ALCANCE:

Aplicable a la Planeación, ejecución y control de las Auditorías clínicas realizadas en el CENTRO TERAPEUTICO DEL NORTE LTDA. Sobre el proceso de fisioterapia.

### 3. DEFINICIONES:

♦ **Auditoría:** Es un proceso de evaluación retrospectivo que cubre la totalidad de la prestación de un servicio de salud dado, en sus tres componentes: estructura, proceso y resultado.

### 4. RESPONSABLES:

Gerente y Auditor

### 5. DESARROLLO:

ACTIVIDAD	DETALLE	DOCUMENTO O REGISTRO
-----------	---------	----------------------

	<b>PROCESO DE FISIOTERAPIA</b>  <b>AUDITORIA</b>	
Código MPO-1-02-7	VERSION 02	Fecha de actualización 15-04-2017

ACTIVIDAD	DETALLE	DOCUMENTO O REGISTRO
<b>1.</b> <b>PLANEAR</b> <b>CRITERIOS DE</b> <b>SEGUIMIENTO /</b> <b>MEDICIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Inicie el proceso de Auditoría clínica realizando la planeación de criterios de seguimiento / medición que serán utilizados en cada una de las actividades, procesos o etapas a auditar, con el fin de tener estándares de calidad que permitan comparar la calidad esperada con la calidad observada de los procesos y/o servicios de la entidad,</li> <li>•</li> </ul>	Programa de auditoría
<b>2.</b> <b>PROGRAMAR</b> <b>LA</b> <b>AUDITORIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realice la programación de la Auditoría</li> <li>✓ Recuerde tener en cuenta los resultados de Auditorías realizadas anteriormente, con el fin de hacer énfasis en aquellos aspectos, procesos o servicios en donde se debe mejorar la calidad,</li> <li>✓ Registre en el formato Programa de Auditoría la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número (consecutivo de la actividad a realizar),</li> <li>• Actividad a realizar,</li> <li>• Frecuencia con la que se debe realizar la actividad,</li> <li>• Objetivo,</li> <li>• Metodología,</li> <li>• Instrumentos a utilizar, y,</li> <li>• Fecha programada de ejecución.</li> </ul> </li> </ul>	"Programa de Auditoría"

	<b>PROCESO DE FISIOTERAPIA</b>  <b>AUDITORIA</b>	
Código: MPO-1-02-7	VERSION 02	Fecha de actualización: 15-04-2017

ACTIVIDAD	DETALLE	DOCUMENTO O REGISTRO
<b>3. RECOLECTAR INFORMACIÓN PRELIMINAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Recolecte información preliminar durante el tiempo o periodo programado de la Auditoria,</li> <li>✓ Registre los hallazgos o anomalías encontrados en el formato "Lista de chequeo y/o anomalías", el cual debe relacionar con el informe de auditoria correspondiente,</li> <li>✓ Recuerde que esta información debe ser recolectada durante el periodo que cubre el programa y servirá como información de apoyo al momento de realizar la Auditoria al proceso o actividad de manera específica, así mismo podrá llevar el historial de anomalías o hallazgos por actividad.</li> </ul>	
<b>4. EJECUCIÓN DE LA AUDITORIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realice la auditoria según las disposiciones planeadas en la etapa de programación,</li> <li>➤ Tenga en cuenta las siguientes recomendaciones que puede aplicar según el objetivo, metodología e instrumentos planeados para cada actividad.</li> </ul>	<b>PROCEDIMIENTO O ASIGNACION DE CITAS</b>
	<b>AUDITORIA EN ASIGNACION DE CITAS</b>	

	<b>PROCESO DE FISIOTERAPIA</b>  <b>AUDITORIA</b>	
Código MPO-1-02-7	VERSION 02	Fecha de actualización 15-04-2017

ACTIVIDAD	DETALLE	DOCUMENTO O REGISTRO
4.	<p>➤ Registre en el "Instrumento de evaluación para asignación de citas" la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número (consecutivo de las citas analizadas)</li> <li>• Fecha de evaluación de la cita,</li> <li>• Nombre del usuario o paciente que solicita la cita,</li> <li>• Número de historia clínica o cédula,</li> <li>• Hora de llegada del paciente o usuario a solicitar cita,</li> <li>• Hora en la que fue atendido por el personal de citas,</li> <li>• Fecha para la cual se le programó la cita,</li> </ul> <p>➤ Una vez recolectada la información, obtenga o calcule los datos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oportunidad de la asignación de la cita, es decir, la diferencia entre la fecha de la solicitud y la fecha en que se le programó cita al paciente,</li> <li>• Demora en tiempo de atención, es decir, diferencia entre la hora de llegada del usuario o paciente al área de citas y la hora en que fue atendido,</li> <li>• Registre las observaciones que considere necesarias.</li> </ul> <p>➤ Al final de la Auditoría, obtenga los valores promedio de oportunidad y tiempo de atención, recuerde que éstos son indicadores que serán analizados con el fin de mejorar la calidad del servicio a nuestros usuarios.</p>	
	<b>AUDITORIA</b>	



	<b>PROCESO DE FISIOTERAPIA</b>  <b>AUDITORIA</b>	
Código MPO-1-02-7	VERSION 02	Fecha de actualización 15-04-2017

ACTIVIDAD	DETALLE	DOCUMENTO O REGISTRO
	<b>EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL USUARIO</b>	
	<p>&gt; Realice la Auditoria de la satisfacción del usuario con la calidad del servicio prestado, recuerde que esta actividades es de vital importancia para verificar la veracidad de los datos analizados hasta el momento y confrontarlos con la perspectiva real de los pacientes o usuarios sobre la calidad de nuestros servicios,</p> <p>&gt; Utilice el "Instrumento de evaluación de la satisfacción del usuario" y obtenga todos los indicadores de satisfacción del usuario que considere importantes para lograr el mejoramiento continuo de nuestros procesos y servicios.</p>	
	<b>EVALUACIÓN DEL PROFESIONALES</b>	
	<p>&gt; Para realizar la evaluación de profesionales, defina los aspectos que serán evaluados, la forma y escala de calificación que será utilizada y regístrela en el "Instrumento de evaluación para el control de profesionales"</p> <p>&gt; Al realizar la evaluación registre la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre, apellido y área del profesional evaluado,</li> <li>• Puntajes / resultados obtenidos por cada aspecto evaluado,</li> <li>• Calificación promedio obtenida, y,</li> <li>• Las observaciones que considere necesarias</li> </ul> <p>&gt; Recuerde que esta información podrá ser tomada en cuenta para realizar la evaluación del desarrollo de los profesionales, con el objetivo de mejorar la calidad del servicio prestado por ellos.</p>	<b>"Instrumento de evaluación para el control de profesionales"</b>
5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	<p>✓ Analice toda la información recolectada de todos los aspectos, proceso y servicios auditados, obtenga los indicadores que considere pertinentes y demás datos complementarios para presentar la información a la autoridad competente.</p>	

	<b>PROCESO DE FISIOTERAPIA</b>  <b>AUDITORIA</b>	
Código MPC-3-02-7	VERSIÓN 02	Fecha de actualización 15-04-2017

ACTIVIDAD	DETALLE	DOCUMENTO O REGISTRO
<b>6. REALIZAR Y PRESENTAR INFORME</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Elabore y presente el informe de Auditoría según la frecuencia establecida,</li> <li>✓ Registre en el formato "Informe de Auditoría" la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número (consecutivo) y fecha del informe,</li> <li>• Actividades realizadas,</li> <li>• Objetivo específico y descripción de la actividad realizada,</li> <li>• Resultados u observaciones generales, y,</li> <li>• Las sugerencias que considere necesarias.</li> </ul> </li> <li>• Presente de manera grafica los resultados más sobresalientes de la auditoría.</li> </ul>	"Informe de Auditoría"
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Registre en el "Programa de Auditoría" la fecha de ejecución de la auditoría, fecha y número del informe correspondiente a cada actividad ejecutada, y, las observaciones o resultados alcanzados.</li> </ul>	"Programa de Auditoría"
<b>7. ANALIZAR INFORME Y TOMAR ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Analice el informe de Auditoría, recuerde que el principal objetivo es tomar acciones que permitan mejorar continuamente la calidad de los procesos y servicios de la entidad,</li> <li>✓ Registre en el "Informe de auditoría" la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad, proceso o aspecto a mejorar,</li> <li>• Resultado obtenido de la Auditoría,</li> <li>• Interpretación del resultado.</li> </ul> </li> <li>➤ A partir del análisis de los aspectos, procesos o actividades a mejorar, tome las acciones que considere pertinentes, registre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acción a seguir,</li> <li>• Responsable de su ejecución y fecha límite.</li> </ul> </li> </ul>	"Informe de Auditoría"
<b>8 REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES TOMADAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Una vez transcurrido el plazo establecido para la ejecución de las acciones planeadas, proceda a realizar el respectivo seguimiento, con el fin de verificar su adecuado cumplimiento,</li> <li>✓ Registre en el "Informe de auditoría" : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado de cumplimiento de la acción,</li> <li>• Registre si ha o no mejorado el proceso, actividad o aspecto, y,</li> <li>• Las observaciones o resultados logrados.</li> </ul> </li> </ul>	"Informe de Auditoría"

## ASIGNACIÓN DE CITAS

	PROCESO DE FISIOTERAPIA ASIGNACIÓN DE CITAS	
Código MPO 1-02-B	VERSION 01	Fecha de actualización 15-04-2017

### CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	VERSIÓN	RAZÓN DEL CAMBIO
25-04-03	1	

### LISTA DE DISTRIBUCIÓN

VERSIÓN	CARGO	FIRMA	FECHA

ELABORO:	REVISO:	APROBO:
----------	---------	---------

1. **OBJETIVO:** Establecer un proceso adecuado para la asignación de citas

2. **ALCANCE:** Proceso de fisioterapia

3. **DEFINICIONES:**

4. **RESPONSABLES:**  
Recepción y secretaria.

5. **DESARROLLO:**

ACTIVIDAD	DETALLE	DOCUMENTO O REGISTRO
El proceso que de asignación de citas es:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La cita se da cuando el paciente llama por teléfono o personalmente.</li> <li>• Cuando va personalmente el paciente debe traer la orden medica, orden de servicio generada por la entidad, 2 fotocopias del carnet, 2 de documentos de identidad.</li> <li>• Se toma los siguientes datos:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre y apellidos completos</li> <li>• Teléfono</li> <li>• Día, mes, y año de asignada la cita.</li> </ul> </li> </ul>	Libro de control de citas. Asignación de citas

	<b>PROCESO DE FISIOTERAPIA ASIGNACIÓN DE CITAS</b>	
Código MPO 1-02-8	VERSION 01	Fecha de actualización 15-04-2017

	* Generar el dato de accesibilidad (Días).	
	<p>De esta manera se ha asignado la cita y le da la hora , fecha y terapeuta que se le registra en una tarjeta de control de asistencia</p> <p>Cuando el paciente le corresponde venir a la cita asignada se le debe llenar la siguiente Información:</p>	
Toma de datos del pacientes	<p>En este formato se llenan los datos del paciente que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombres completos</li> <li>• Documento de identidad</li> <li>• Numero de HCL</li> <li>• Numero Interno</li> <li>• Edad del paciente</li> <li>• Sexo</li> <li>• Dirección completa</li> <li>• Teléfono</li> <li>• Fecha de Ingreso del paciente</li> <li>• Escolaridad</li> <li>• Fecha de nacimiento y lugar de nacimiento.</li> <li>• Estado civil</li> <li>• Ocupacional, Nombre de la Empresa donde labora y teléfono.</li> <li>• Datos completos de la persona responsable del paciente (si es menor de edad )</li> <li>• Tipo de usuario</li> <li>• Entidad a la que pertenece</li> <li>• Tipo de vinculación</li> <li>• Numero de Carnet</li> <li>• Terapia que se le va a realizar</li> <li>• Numero de sesiones programadas</li> </ul>	
Control de archivo	<p>Después de que se tiene los datos del paciente se llena es registro en donde se llena con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre completo</li> </ul>	

	<b>PROCESO DE FISIOTERAPIA ASIGNACIÓN DE CITAS</b>	
Código MPO 1-02-8	VERSIÓN 01	Fecha de actualización 15-04-2017

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero de identificación</li> <li>• Fecha de Ingreso</li> <li>• Numero de Historia</li> <li>• Entidad</li> </ul>	
Inventario de Historias Clínicas	<p>Después de tener la historia clínica con todos los datos se procede a darle el consecutivo de Historia Clínica llenando los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero de consecutivo Interno</li> <li>• Fecha de Ingreso</li> <li>• Nombre del paciente</li> <li>• Teléfono</li> <li>• Numero de Documento de Identidad ( Clase de Documento)</li> <li>• Nombre del acudiente ( si es menor de edad )</li> <li>• Entidad del afiliado</li> <li>• Ubicación en el archivo</li> </ul>	
Control de Recepción de documentos	<p>En este Registro se llena con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha de Ingreso</li> <li>• Nombre y apellidos completos del paciente</li> <li>• Numero de identificación</li> <li>• Se marca con una x cuando: <ul style="list-style-type: none"> <li>^ Datos Personales</li> <li>^ Fotocopia de la Cédula</li> <li>^ Fotocopia del Camé</li> <li>^ Orden de servicio</li> <li>^ Otros</li> </ul> </li> </ul> <p>De esta manera se puede saber cual es el documento pendiente del paciente.</p>	
	De esta manera el paciente da el Visto Bueno paciente la secretaria y Gerente dejando constancia que la documentación requerida esta completa.	

	<b>PROCESO DE FISIOTERAPIA ASIGNACIÓN DE CITAS</b>	
Código MPO 1-02-E	VERSION 01	Fecha de actualización 15-04-2017

	<p>En este registro nos da la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entidad a la que corresponde</li> <li>• Fecha de Ingreso</li> <li>• Numero de Historia Clínica</li> <li>• Nombre de Paciente</li> <li>• Nombre del Acudiente ( Si es menor de edad )</li> <li>• Teléfono</li> <li>• Numero de Informe</li> <li>• Sesión</li> <li>• Terapia a la que Asistió el paciente</li> <li>• Nombre de La Dra. que lo atendió</li> <li>• Hora y Fecha en la que fue atendido el paciente</li> <li>• Visto Bueno por parte del paciente</li> </ul> <p>Así queda registrado un control de <del>capa</del> aceptación del Paciente</p>	
--	---	--

## PLAN DE MEJORA, ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

	PROCESO DE FISIOTERAPIA PLANES DE MEJORA	
Código MPO-01-02-09	VERSION 02	Fecha de actualización 15-04-2017

<b>ELABORO:</b> Líder del proceso	<b>REVISO:</b> Gerente	<b>APROBO:</b> Gerente
--------------------------------------	---------------------------	---------------------------

### 1. OBJETIVO:

Establecer el procedimiento a seguir para realizar los Planes de Mejora que permitan aumentar la eficacia del Sistema de Gestión Integrado y mejorar el desempeño de los procesos y del servicio en relación con los requisitos del cliente.

### 2. ALCANCE:

Aplicable al proceso de fisioterapia del Sistema de Gestión Integrado del Centro Terapéutico del Norte.

### 3. RESPONSABLES:

Gerente y líder del proceso

	PROCESO DE FISIOTERAPIA PLANES DE MEJORA	
Código MPO-01-02-09	VERSION 02	Fecha de actualización 15-04-2017

#### 4. DESARROLLO:

ACTIVIDAD	DETALLE	DOCUMENTO O REGISTRO
1. IDENTIFICAR OPORTUNIDADES DE MEJORA	<p>➤ Identifique las oportunidades de mejora que podrían aplicarse a su trabajo, ya sean referentes al proceso, servicio ó en general al Sistema de Gestión Integrado, algunos ejemplos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación y eliminación de desperdicios.</li> <li>• Mejoras en el proceso de prestación del servicio.</li> <li>• Organización de puestos de trabajo.</li> <li>• Mejoras en la calidad de los servicios.</li> <li>• Mejoras en el ambiente físico de trabajo.</li> <li>• Mantenimiento.</li> <li>• Ahorro de energía y otros gastos de la entidad.</li> <li>• Servicios de atención al cliente.</li> <li>• Cualquier otra sugerencia que su creatividad le permita hacer.</li> </ul> <p>➤ Incentive a todo el personal para que realice sugerencias y participe de esta manera en la Cultura de Mejoramiento Continuo de la Empresa.</p> <p>➤ Identifique y analice las oportunidades de mejora para lograr la eficacia y la mejora continua de los servicios, procesos y en general del Sistema de Gestión a partir de la información arrojada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivos Resultados de las auditorías.</li> <li>• Análisis de datos.</li> <li>• Seguimiento de las Acciones Correctivas y Preventivas.</li> <li>• Seguimiento y Medición de los Procesos.</li> <li>• Revisiones por la Dirección.</li> <li>• Encuestas a los clientes y usuarios.</li> <li>• Quejas y Reclamos de los clientes y/o usuarios.</li> </ul>	-

	<b>PROCESO DE FISIOTERAPIA PLANES DE MEJORA</b>	
Código MFC-01-02-09	VERSION 02	Fecha de actualización 15-04-2017

ACTIVIDAD	DETALLE	DOCUMENTO O REGISTRO
2. DISEÑAR ACCIONES CORRECTIVAS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. IDENTIFIQUE EL PROBLEMA Y SUS POSIBLES CAUSAS</li> <li>2. PROPONGA LA ACCIÓN CORRECTIVA</li> <li>3. EVALÚE LA ACCIÓN CORRECTIVA</li> <li>4. IMPLEMENTE LA ACCIÓN CORRECTIVA</li> <li>5. REALICE EL SEGUIMIENTO</li> <li>6. CIERRE DE LA ACCIÓN CORRECTIVA</li> </ol>	
3. DISEÑAR ACCIONES PREVENTIVAS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. IDENTIFICAR EL PROBLEMA POTENCIAL Y SUS POSIBLES CAUSAS</li> <li>2. PROPONER LA ACCIÓN PREVENTIVA</li> <li>3. EVALUAR LA ACCIÓN PREVENTIVA PROPUESTA.</li> <li>4. IMPLEMENTAR LA ACCIÓN PREVENTIVA</li> <li>5. REALIZAR EL SEGUIMIENTO</li> <li>6. CERRAR LA ACCIÓN PREVENTIVA</li> </ol>	
4. REALIZAR EL PLAN SEMESTRAL DE MEJORA	<p>➤ Realice el "Plan de Mejora" con el fin de asegurar la disponibilidad de recursos necesarios para desarrollar cada una de las actividades planificadas, registre en él la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha en la que se aprobó el plan</li> <li>• Descripción de la inversión a realizar, valor y fecha planeada del desembolso.</li> <li>• Las justificaciones que sean necesarias.</li> </ul>	"Plan de Mejora"
5. REALIZAR EL SEGUIMIENTO	<p>➤ Realice el seguimiento a las sugerencias de mejoramiento aprobadas registrando en el formato "Seguimiento Ideas de Mejoramiento Continuo" el estado de avance de las mismas.</p>	
6. ANALIZAR LOS RESULTADOS OBTENIDOS	<p>➤ Analice el porcentaje de cumplimiento del Plan de Mejora y el porcentaje de ideas implementadas exitosamente,</p> <p>➤ Así mismo, haga un reconocimiento público a aquellas personas que realizaron sugerencias de mejoramiento.</p>	

## ENFERMEDADES PROFESIONALES Y SG-SST

	PROCESO DE FISIOTERAPIA ENFERMEDADES PROFESIONALES SG-SST	
Código MPO-01-03-10	VERSION 01	Fecha de actualización 15-04-2017

ELABORÓ: Asesores externos.	REVISÓ: Gerente	APROBÓ: Gerente
--------------------------------	--------------------	--------------------

1. **OBJETIVO:** Establecer un procedimiento para implementar un sistema de salud ocupacional que aborde como factor principal las enfermedades profesionales y evite los accidentes laborales.

2. **ALCANCE:** Planificar las actividades para el proceso de fisioterapia.

3. **RESPONSABLES:** Asesores externos, gerente, líderes de proceso.

Actividad	Detalle	Documento
1. Planear	<p>Planear actividades de toma de conciencia y sensibilización en todo el personal.</p> <p>Definir responsables.</p> <p>Diseñar una matriz de riesgos para priorizar los riesgos que atentan contra la integridad de los trabajadores del Centro.</p> <p>Diseñar un sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo teniendo en base la nueva legislación.</p> <p>Gestionar la adquisición de EPP para garantizar la integridad física de los empleados.</p>	

	<b>PROCESO DE FISIOTERAPIA ENFERMEDADES PROFESIONALES SG-SST</b>	
Código MPO-01-02-10	VERSION 01	Fecha de actualización 15-04-2017

2. Hacer	<p>Ejecutar el Sistema, SG-SST que aplique en todo el proceso de fisioterapia de la entidad.</p> <p>Priorizar los riesgos y tomar las medidas necesarias con acciones preventivas para evitar cualquier accidente.</p>	Documento del SG-SST en físico y virtual disponible para toda la organización.
3. Verificar	<p>Tomar las acciones necesarias para mejorar y abordar los riesgos identificados.</p> <p>Ejecutar un plan de mejora para corregir las deficiencias del sistema.</p>	Plan de mejora
4. Actuar	<p>Realizar las mediciones, en el caso de que los resultados no se ajustan a las expectativas y objetivos predefinidos, se realizan las correcciones y modificaciones necesarias. Por otro lado, se toman las decisiones y acciones pertinentes para mejorar continuamente el desarrollo del proceso</p>	Informes de cumplimiento

## REVISIÓN DEL SISTEMA

	<p>PROCESO DE FISIOTERAPIA REVISIÓN DEL SISTEMA</p>	
<p>Código MPO-1-02-11</p>	<p>VERSION 02</p>	<p>Fecha de actualización 15-04-2017</p>

### CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	VERSION	RAZON DEL CAMBIO
01/06/04	1	Versión original

### LISTA DE DISTRIBUCIÓN

VERSION	CARGO	FIRMA	FECHA
1			
1			

	<b>PROCESO DE FISIOTERAPIA REVISIÓN DEL SISTEMA</b>	
Código MPO-1-02-11	VERSIÓN 02	Fecha de actualización 15-04-2017

<b>ELABORO:</b> Gerente	<b>REVISO:</b> Gerente	<b>APROBO:</b> Gerente
----------------------------	---------------------------	---------------------------

**1. OBJETIVO:**

Realizar un proceso de mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de la Calidad y salud ocupacional mediante la revisión periódica por parte de la Gerencia del Centro Terapéutico del Norte.

**2. ALCANCE:**

Sistema de Gestión de Calidad y salud ocupacional proceso fisioterapia

**3. RESPONSABLE:** Gerencia

**4. DESARROLLO:**

ACTIVIDAD	DETALLE	DOCUMENTO O REGISTRO
-----------	---------	----------------------



	<b>PROCESO DE FISIOTERAPIA REVISIÓN DEL SISTEMA</b>	
Código MPO-1-03-11	VERSIÓN 02	Fecha de actualización 15-04-2017

ACTIVIDAD	DETALLE	DOCUMENTO O REGISTRO
<b>3. DETERMINAR LAS ACCIONES A SEGUIR.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Determine las acciones a seguir (correctivas, preventivas y de mejora tanto de la eficacia del Sistema de Gestión Integrado como del producto en relación con los requisitos del cliente) y los recursos necesarios para su implementación.</li> <li>✓ Registre todas y cada una de las decisiones tomadas o</li> </ul>	
<b>4. FORMALIZAR LAS ACCIONES A SEGUIR Y REALIZAR SEGUIMIENTO</b>	Elaboración de planes de mejora y formalizar acciones para ejecutar este plan.	
<b>5. COMUNICAR A LA ORGANIZACIÓN.</b>	Comuníquese a todo el personal los resultados del proceso de revisión, así como las acciones a seguir para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corregir las posibles fallas.</li> <li>• Mejorar el sistema de Gestión</li> <li>• Afrontar los cambios que puedan afectar el sistema</li> </ul>	

## REVISIÓN Y DIFUSIÓN POLITICA Y OBJETIVOS

	PROCESO DE FISIOTERAPIA REVISIÓN Y DIFUSIÓN POLITICA Y OBJETIVOS	
Código: MPO-01-02-12	VERSION 02	Fecha de actualización 15-04-2017

### CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	VERSIÓN	RAZÓN DEL CAMBIO
01/06/04	1	Versión original

### LISTA DE DISTRIBUCIÓN

VERSION	CARGO	FIRMA	FECHA

ELABORÓ: Jefe de Gestión de Calidad	REVISÓ: Gerente	APROBO: Gerente
--	--------------------	--------------------

#### 1. OBJETIVO:

Establecer el procedimiento a seguir para realizar la revisión y difusión de la política de calidad y salud ocupacional así como para establecer y controlar los Objetivos del sistema de gestión integrado del Centro Terapéutico del Norte.

#### 2. ALCANCE:

Aplicable a la Política y Objetivos establecidos para el Sistema de Gestión de la Calidad Y Salud ocupacional del Centro Terapéutico del Norte.

#### 3. RESPONSABLE:

Gerente

#### 4. DESARROLLO:

ACTIVIDAD	DETALLE	DOCUMENT
-----------	---------	----------

	<b>PROCESO DE FISIOTERAPIA REVISIÓN Y DIFUSIÓN POLÍTICA Y OBJETIVOS</b>	
Código MPO-01-02-12	VERSION 02	Fecha de actualización 15-04-2017

		REGISTRO
<b>1. ESTABLECER Y/O REVISAR LA POLÍTICA.</b>	<p>Realice periódicamente (dos veces al año) la revisión de la política y asegúrese de que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Es coherente con las expectativas y estrategias de la alta dirección para el futuro de la organización.</li> <li>✓ Incluye el compromiso de cumplir con los requisitos y mejorar continuamente.</li> <li>✓ Proporciona un marco de referencia para establecer los objetivos de calidad.</li> </ul> <p>Si como resultado de la revisión encuentra que efectivamente la política cumple los requisitos planteados, proceda a establecer los Objetivos, de lo contrario elabore una nueva política y objetivos que se ajusten a los mismos.</p>	Documento proyecto
<b>2. ESTABLECER Y/O REVISAR LOS OBJETIVOS DE CALIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Establezca los objetivos para la entidad a partir de la revisión de la política, teniendo en cuenta que debe escoger aquellos que representen valor agregado para nuestros clientes,</li> <li>➢ Asegúrese de que los objetivos establecidos cumplen con los siguientes requisitos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se establecen en las funciones y niveles pertinentes dentro de la organización,</li> <li>• Son medibles, alcanzables y coherentes con la política,</li> <li>• Son análogos a los intereses de la organización,</li> <li>• Mejoran continuamente el Sistema de Gestión</li> </ul> </li> </ul>	Documento proyecto
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>DETALLE</b>	<b>DOCUMENT O O REGISTRO</b>
<b>3. DIFUNDIR LA POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD.</b>	<p>Si encuentra que efectivamente la política y Objetivos de cumplen con los requisitos planteados, realice la difusión, la cual puede hacerse a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Entrega por escrito de la política y Objetivos a cada miembro de la organización.</li> <li>✓ Publicación en cartelera.</li> <li>✓ Reunión con todo el personal, donde el Gerente explica detalladamente el contenido de la política y los objetivos, las metas propuestas, cómo serán medidos y quiénes serán los responsables de medirlos.</li> </ul>	Publicación en cartelera

	PROCESO DE FISIOTERAPIA REVISIÓN Y DIFUSIÓN POLÍTICA Y OBJETIVOS	
Código: MPO-01-02-12	VERSION 02	Fecha de actualización 15-04-2017

<b>4. EVALUAR LA COMPRENSIÓN DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD</b>		
<b>5. MEDIR LOS OBJETIVOS DE CALIDAD</b>	Mida los objetivos de calidad según lo planificado en el documento "Objetivos"	
<b>6. ANALIZAR LOS RESULTADOS</b>	Consolide, mediante técnicas estadísticas, los resultados arrojados por la medición de los objetivos en un periodo determinado en el formato "Presentación de resultados"	
<b>7. DETECTAR CAUSAS Y TOMAR ACCIONES CORRECTIVAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Una vez analizados los resultados arrojados verifique el cumplimiento de las metas establecidas para cada objetivo, Si encuentra que no se están cumpliendo detecte las posibles causas y tome las acciones pertinentes, ya sean de carácter correctivo, preventivo o de cualquier otro tipo, comuníquelas decisiones tomadas en los niveles pertinentes y, si es necesario, difunda nuevamente los objetivos de calidad.</li> <li>✓ Si detecta que se están cumpliendo las metas propuestas y la tendencia se mantiene, establezca nuevos objetivos y/o metas de calidad, recuerde que éstos deben revisarse y/o modificarse periódicamente (una vez al año).</li> </ul>	

## ANEXO E

### NORMOGRAMA

TIPO NORMA	NUMERO	EMISOR	OBJETO	CUMPLE
CONSTITUCION POLITICA	CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA	ASAMBLEA	ART. 25 Derecho al trabajo en condiciones dignas y justas	X
	Código Sustantivo del Trabajo	Congreso de la Republica	El empleador está en obligación de prestar primeros auxilios, Asistencia médica en caso de accidente, el empleador puede contratar asistencia médica con medico graduado en salud ocupacional	X
	Código Sustantivo del Trabajo	Congreso de la Republica	Es obligación de los empleadores brindar protección y seguridad a sus trabajadores (Art. 56)	x
Ley	Ley 9 del 79	Congreso de la Republica	Es la Ley marco de la Salud Ocupacional en Colombia (TITULO III - SALUD OCUPACIONAL) Todos los trabajadores están obligados a: ambiente de trabajo, PSO, adopción de medidas efectivas, registrar y notificar ATEP, programas educativos, prevención en trabajadores independientes, cumplir disposiciones de la ley, usar y mantener los dispositivos de control, colaborar y participar con las medidas de intervención de riesgos (art 85)	x
Resolución	Resolución 1016 de 1989	Ministerio de Trabajo	Se reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los Programas de Salud Ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país	x
Circular	Circular Unificada de 2004	Ministerio de la Protección Social.	Instrucciones para los empleadores: Mercadeo, comportamiento de empleadores y ARP's, Exámenes Médicos SO (Inicio, periódicos y retiro), Solicitud de asesorías en SO a ARP, Retracción, medidas de seguridad personal.(suministro de EPP) (Apartado A)	x
Resolución	Resolución 2346 de 2007	Ministerio de la Protección Social	Se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales	x
Ley	Ley 100 de 1993	Congreso de la Republica	Sistema de seguridad social integral consta de tres componentes: - Atención en salud - Régimen de pensiones - Sistema general de riesgos laborales SGRL	x

Resolución	Resolución	Ministerio de Trabajo	Se establecen algunas disposiciones sobre vivienda, higiene y seguridad en los establecimientos de trabajo -Disposiciones Generales - De los inmuebles destinados a establecimientos de trabajo - Normas generales sobre riesgos físicos, químicos y biológicos en los establecimientos de trabajo - De la ropa de trabajo y EPP - De los colores de seguridad - De la prevención y extinción de incendios - Disposiciones finales	x
Decreto	Decreto ley 1295 de 1994	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.	Se determinan las obligaciones del empleador y el trabajador en el SGRL (Art. 21 y 22) Sanción a los trabajadores y empleador Art. 91	x
Ley	Ley 1562 de 11 de Julio de 2012	Congreso de la Republica	Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional	x
Resolución	Resolución 1401 de 2007	Ministerio de la Protección Social.	Investigación de accidentes e incidentes	x
Resolución	Resolución 2646 de 2008	Ministerio de la Protección Social.	Por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional	x
Decreto	Decreto 1772 de 1994	Presidencia de la Republica	Afiliación y cotizaciones Sistema General de Riesgos Profesionales	x
Decreto	Decreto 0723 de 15 de abril de 2013	Presidente de la República de Colombia	Por el cual se reglamenta la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de las personas vinculadas a través de un contrato formal de prestación de servicios con entidades o instituciones públicas o privadas y de los trabajadores independientes que laboren en actividades de alto riesgo y se dictan otras disposiciones	x
Reglamento Interno	Reglamento Interno de Trabajo	Centro Terapéutico del norte	Reglamento Interno de Trabajo del Centro terapéutico del Norte LTDA	x
Decreto	Decreto 1011 de 2006	Presidente de la República de Colombia	General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), establece cuatro (4) componentes: Sistema Único de Habilitación. Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención de salud. Sistema Único de Acreditación. Sistema de Información para la Calidad	x

Resolución	Resolución 1043 DE 2006	Ministerio de la Protección Social.	Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud, para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría, para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones	x
Decreto	Decreto 0723 de 15 de abril de 2013	Presidente de la República de Colombia	Por el cual se reglamenta la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de las personas vinculadas a través de un contrato formal de prestación de servicios con entidades o instituciones públicas o privadas y de los trabajadores independientes que laboren en actividades de alto riesgo y se dictan otras disposiciones	x
Norma	ANSI/TIA-1179	CommScope, Inc.	Healthcare Facilities Telecommunications Infrastructure Standard (la Norma sobre Infraestructura de Telecomunicaciones en Instalaciones Sanitarias) o TIA-1179 (en adelante mencionada como la “Norma”), trata sobre el cableado en instalaciones sanitarias. La Norma especifica cableado, topologías de cableado, distancias de cableado, tramos, áreas de trabajo y demás requisitos complementarios.	—
Resolución	Resolución 1995 de 1999	Ministro de Salud	Por el cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica. Artículo 14.	x
Decreto	Decreto 4747 de 2007	Ministro de la Protección Social	Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.	x
Sentencia	septiembre de 1993, M. P. Carlos Gaviria Díaz	Corte Constitucional	Reserva, ya sea por autorización del atendido o por autoridad competente, “su uso debe limitarse al objeto y al sentido de la autorización dada por el paciente. De lo contrario, los datos extraídos de la historia clínica de un paciente sin su autorización, no pueden ser utilizados válidamente como prueba en un proceso judicial”.	x
Ley	Ley 1164 de 2007 (octubre 3)	El Congreso de la República de Colombia	Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud	x

Decreto	Decreto 2943 de 2013	El Ministerio de Salud y Protección Social	En el Sistema General de Seguridad Social en Salud serán a cargo de los respectivos empleadores las prestaciones económicas correspondientes a los dos (02) primeros días de la incapacidad originada por enfermedad general y que a partir del tercer (03) día, la cancelación estará a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS); la normatividad modifica el Decreto 1406 de 1999, donde se establece que el pago por parte de las EPS se realizaba a partir del cuarto día. Así mismo, se establece que el pago de la incapacidad temporal por parte de las Administradoras del Riesgos Laborales como consecuencia de un accidente de trabajo, se realiza desde el día siguiente de ocurrido el evento.	x
Resolución	Resolución 2013 De 1986	Ministros de Trabajo y Seguridad Social y de Salud	Reglamenta los COPASO Comité Paritario de Salud Ocupacional. Por la cual se reglamenta la organización y funcionamiento de los Comités de Medicina, Higiene y Seguridad Industrial en los lugares de trabajo.	x
Decreto	Decreto 2566 de 2009	Presidencia de la república	Tabla de enfermedades laborales	x
Decreto	Decreto 1108 de 1994	Presidencia de la república	Art 38. Prohíbe a todos los empleados presentarse al sitio de trabajo bajo el influjo de estupefacientes o sustancias psicotrópicas, consumirlas o incitarlas a consumirlas en dicho sitio. La violación de esta prohibición constituirá justa causa para la terminación unilateral del contrato de trabajo Art 39. En el reglamento interno de trabajo es obligación del empleador consagrar las prohibiciones indicadas en el artículo anterior.	x
	Código Sustantivo del Trabajo	Congreso de la Republica	La finalidad primordial de este Código es la de lograr la justicia en las relaciones que surgen entre empleadores y trabajadores, dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.	x

## REGISTRO FOTOGRAFICO



GIMNASIO



PISCINA



FISIOTERAPEUTA- LIDER DEL PROCESO



CONSULTORIOS



INSTALACIONES CENTRO TERAPEUTICO

## ANEXO ENTREVISTA

### Entrevista conocimientos Sistemas Integrados de Gestión HSEQ

#### Saludo y consentimiento informado

Muy buenos días, nosotros somos estudiantes del posgrado en Sistemas Integrados de Gestión de la Universidad de Pamplona. En este semestre realizaremos nuestro trabajo de grado (DISEÑO DE UN SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN BAJO LAS NORMAS ISO 9001:2015 Y OSHAS 18001:2007 EN EL PROCESO DE FISIOTERAPIA DE LA EMPRESA CENTRO TERAPÉUTICO DEL NORTE) acá en la institución, por lo tanto estamos recolectando información por medio de una entrevista programada para saber los conocimientos sobre sistemas integrados de gestión.

Si está de acuerdo y no hay ninguna molestia, podemos proceder a responder unas preguntas de manera voluntaria. La información recolectada es para uso académico y no se va a utilizar ningún nombre que ocasione algún percance. Si le parece incomodo esta en todo el derecho de no responder las preguntas que aquí le realizamos.

Ya informando todas las pautas, empezamos con la entrevista.

1. Sabe usted que es un sistema de gestión?, puede nombrar alguno *Si. Calidad, medio ambi-  
ente, y SST.*
2. Ha tenido alguna experiencia laboral trabajando bajo las funciones y requisitos de un Sistema de Gestión. *NO.*
3. Describa brevemente, que es calidad, gestión ambiental y salud ocupacional?
4. Para Usted que es una Norma técnica Colombiana y que beneficios trae dentro de una organización. *Son reglamentos o lineamientos a seguir, sobre el tema, mejora la calidad de los del empleador y empleado.*
5. Dentro de esta entidad ha trabajado alguna vez teniendo como base alguna Norma? *NO.*
6. En el tiempo que lleva laborando dentro de esta entidad, ¿ha sentido compromiso por parte de la gerencia para ejecutar acciones de mejora y cumplimiento de objetivos? *SI.*
7. Usted ha sido capacitado dentro del último año? Y si ha sido así cuantas veces lo ha hecho y como se ha sentido en el cumplimiento de sus funciones con esas capacitaciones? *SI. una vez.*
8. Al momento de usted empezar en su puesto de trabajo, usted fue informado o le fue entregado algún manual de funciones? *NO.*
9. Usted es evaluado constantemente en su puesto de trabajo o sobre el cumplimiento de sus funciones? *NO.*
10. Adquiriría usted sin ningún problema el diseño de un sistema integrado y el cumplimiento de nuevos requisitos y funciones?

3. *Calidad: Realizar las cosas bien, según los procedimientos realizados.*

• *medio ambiente: evitar la contaminación ambiental, clasifi-  
cando los desechos.*

• *Salud ocupacional: Evitar accidentes y enfermedades laborales en los trabajadores.*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Implementación de un SIG. (Internet). Consultado 17 de Abril de 2017. Disponible en: <http://www.implementacionsig.com/index.php/norma-ohsas-180012007>
2. Propuesta de un sistema integrado de gestión para la empresa SGS ETSA, Montealegre D, 2013. (Internet) Consultado 17 de Abril de 2017. Disponible en: <http://repositorio.escuelaing.edu.co/bitstream/001/139/1/PROPUESTA%20DE%20UN%20SISTEMA%20INTEGRADO%20DE%20GESTI%C3%93N%20PARA%20LA%20EMPRESA%20SGS%20ETSA.pdf>
3. ENVIRA. Estructura de alto nivel ISO. (Internet). Consultado 19 de Abril de 2017. Disponible en: <http://www.adaptaiso.com/nueva-estructura-alto-nivel-hls-en-iso-90012015-iso-140012015-e-iso-45001/>
4. NTC – ISO 9001: 2015 Sistema De Gestión De Calidad
5. NTC- OSHAS: 2007 Sistema De Gestión De Seguridad Y Salud En El Trabajo
6. ESCUELA COLOMBIANA DE INGENIERÍA JULIO GARAVITO. Memorias de la especialización QHSE. 2013. Disponible en: <http://www.escuelaing.edu.co/es/programas/especializacion/Gesti%C3%B3n+Integrada+QHSE/presentacion>
7. ICONTEC. Normas ISO. (Internet) Consultado 25 de Abril de 2017. Disponible en [http:// www.incontec.org.co](http://www.incontec.org.co)