

**ACTUALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN,
BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2015, DEL ÁREA
ADMINISTRATIVA (GESTIÓN FINANCIERA) DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS,
PAMPLONA-NORTE DE SANTANDER.**

DALJY YARECNY CÁRDENAS ESCOBAR



**UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE INGENIERÍAS Y ARQUITECTURA
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍAS MECÁNICA, MECATRÓNICA E
INDUSTRIAL
PROGRAMA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
PAMPLONA**

2018

**ACTUALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN,
BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC ISO 9001:2015, DEL ÁREA
ADMINISTRATIVA (GESTIÓN FINANCIERA) DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS,
PAMPLONA-NORTE DE SANTANDER.**

DALJY YARECNY CÁRDENAS ESCOBAR

**Trabajo de grado como requisito para optar por el título de
INGENIERO INDUSTRIAL**

Director

SAURY JOSÉ THOMAS MANZANO

P.H D



UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

FACULTAD DE INGENIERÍAS Y ARQUITECTURA

DEPARTAMENTO DE INGENIERÍAS MECÁNICA, MECATRÓNICA E

INDUSTRIAL

PROGRAMA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

PAMPLONA

2018

NOTA DE ACEPTACIÓN

Leonor Jaimes Cerveleón

Sandra Castro Escobar

Pamplona, 12 de junio de 2018

DEDICATORIA

Le dedico este trabajo a Dios por guiarme, llenarme de sabiduría y por sostenerme en los momentos más críticos de mi vida.

A mi Madre querida, por su esfuerzo, dedicación, inmenso amor y apoyo incondicional para lograr esta meta, por creer siempre en mí y por su compañía absoluta.

A mi Padre, por las oportunidades que me ha dado para culminar este proceso.

A mi ángel Sofía, por impulsar mis sueños cuando me iba rindiendo.

A mi familia por su amor, cariño y comprensión incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por sostener mi espíritu en los momentos de desfallecimiento, por darme la valentía de perseguir mis sueños y la fuerza para superar los obstáculos.

Al Hospital San Juan de Dios de Pamplona por permitirme realizar mi proyecto en sus instalaciones, Al personal administrativo por brindarme su tiempo y conocimientos para la ejecución de mi proyecto.

Al Ingeniero Iván García por su constante asesoría, tiempo y disposición en la etapa de implementación del proyecto.

Al P.h Saury José Tomás Manzano director de este proyecto, por acogerme y brindarme sus conocimientos para la culminación de este documento.

RESUMEN

A continuación, Se presenta un proyecto enfocado a la actualización de la documentación del sistema de gestión de calidad, mediante la implementación de herramientas de la Ingeniería de la calidad a través del cumplimiento de la norma NTC ISO 9001:2015, para el área administrativa (Gestión financiera) del Hospital San Juan de Dios del municipio de Pamplona - Norte de Santander, como herramienta de mejoramiento para una prestación de servicio eficiente.

El Hospital San Juan de Dios de Pamplona en pro del mejoramiento continuo está comprometido con la actualización de sus procesos y procedimientos existentes, bajo los lineamientos de la norma NTC ISO 9001:2015, tomándola como una herramienta para la satisfacción de sus usuarios/clientes.

En este proyecto se desarrolló en tres (3) etapas, las cuales fueron:

Diagnóstico inicial: que se realizó en una serie de actividades para la recolección de información y cuyo fin era evaluar el nivel de cumplimiento de los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2015.

Actualización de la documentación: en la que se desarrolló la estructura actualizada del sistema de gestión de la calidad.

Estudio económico de la implementación de la actualización de la documentación.

1.1. Palabras clave:

Sistema de gestión de calidad, NTC ISO 9001:2015, Indicador, E.S.E, Riesgo.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	VI
JUSTIFICACIÓN	1
1. INTRODUCCIÓN.....	2
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Formulación del problema.....	3
1.3 Objetivos	3
1.3.1 Objetivo General.....	3
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4 Delimitación del proyecto	4
1.5 Diseño Metodológico	4
1.5.1 Tipo de investigación.....	4
1.5.2 Fuente de información	5
1.5.3 Etapas de Desarrollo	5
2. MARCO REFERENCIAL	8
2.1 Antecedentes	8
2.1.1 Antecedentes nacionales:.....	8
2.1.2 Antecedente internacional:	10
2.2 Marco Teórico	11
2.2.1 Principios de gestión de la calidad.....	12
2.2.2 CICLO PHVA: Planificar- Hacer-Verificar-Actuar	13
2.2.3 Contenido de la norma iso 9001:2015	15
2.3 Marco Conceptual	16
3. MARCO CONTEXTUAL	19
3.1 Contexto de la organización	19
3.1.1 Ubicación	19
3.2 Objeto de la organización.....	20
3.3 Reseña Histórica.....	20
3.4 Antecedentes Históricos	20
3.5 Principios Empresariales	23
3.5.1 Misión	23
3.5.2 Visión.....	23
3.5.3 Valores	23
3.5.4 Política de Calidad	24
3.5.5 objetivos de calidad	25
3.6 Organización del hospital.....	26
3.6.1 Estructura organizacional.....	26
4. RESULTADOS	26
4.1 DIAGNÓSTICO DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMA NTC ISO 9001 :2015	26
4.1.1 Revisión de Documentación existente	26
4.1.2 Lista de chequeo de la norma iso 9001:2015.....	31
4.1.3 Análisis de la lista de chequeo de cumplimiento de requisitos ISO 9001:2015	33
4.1.4 Plan de Mejora	39
4.2 ACTUALIZACIÓN Y DISEÑO DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA.....	41

4.2.1 Diseño de la documentación	41
4.2.2 Direccionamiento Estratégico	41
4.2.2.6	44
4.2.3 Modelo de operación por procesos	44
4.2.4 Mapa de Procesos	45
4.2.5 Caracterización	45
4.2.6 Procedimiento	48
4.2.7 Instructivos.....	49
4.2.7 Formatos	49
4.2.8 Manual de funciones.....	49
4.2.9 Registros	49
4.3 ESTUDIO ECONÓMICO.....	64
4.3.1 Inversión Inicial	64
4.3.2 Egresos.....	65
4.3.3 Ingresos	67
4.3.4 Evaluación Económica.....	68
CONCLUSIONES	72
RECOMENDACIONES.....	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75

LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 1 Criterio de calificación de lista de chequeo de la norma iso 9001:2015.</i> -----	32
<i>Tabla 2 Acciones a realizar según porcentaje obtenido</i> -----	32
<i>Tabla 3 Resultado obtenido de implementación y Acciones a realizar</i> -----	34
<i>Tabla 4 Plan de Acción de mejora</i> -----	40
<i>Tabla 5 Ficha Técnica Caracterización</i> -----	46
<i>Tabla 6 Contexto Estratégico</i> -----	50
<i>Tabla 7 Tabla de probabilidad</i> -----	52
<i>Tabla 8 Niveles de Impacto de Ocurrencia del Riesgo</i> -----	53
<i>Tabla 9 Tipos de Impacto</i> -----	54
<i>Tabla 10 Matriz de calificación, evaluación y respuesta a los riesgos</i> -----	55
<i>Tabla 11 Medidas de respuesta a los riesgos</i> -----	55
<i>Tabla 12 Clases de control</i> -----	55
<i>Tabla 13 Criterios de Valoración del Riesgo</i> -----	56
<i>Tabla 14 Análisis del Riesgo Residual</i> -----	57
<i>Tabla 15 Ficha Técnica Indicador</i> -----	62
<i>Tabla 16 Tablero indicadores de Gestión</i> -----	63
<i>Tabla 17 Activos Fijos</i> -----	64
<i>Tabla 18 Tarifas ISOTools</i> -----	65
<i>Tabla 19 Tarifa Mano de Obra.</i> -----	66
<i>Tabla 20 Valor otros</i> -----	66

<i>Tabla 21 Total Egresos</i> -----	67
<i>Tabla 22 Flujo Bruto de Caja</i> -----	68
<i>Tabla 23 Flujo Neto de Caja</i> -----	68
<i>Tabla 24 TIR</i> -----	69
<i>Tabla 25 Valor TIR en Excel</i> -----	69

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1 Representación de la estructura de esta norma internacional con el ciclo PHVA.....</i>	<i>14</i>
<i>Figura 2 Ubicación geográfica del Hospital San Juan de Dios de Pamplona, fuente:</i>	<i>19</i>
<i>Figura 3 Estructura organizacional E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona.</i>	<i>26</i>
<i>Figura 4 Mapa de Procesos de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona V.02.....</i>	<i>27</i>
<i>Figura 5 Caracterización actual de Presupuesto.....</i>	<i>28</i>
<i>Figura 6 Caracterización actual de Tesorería.</i>	<i>29</i>
<i>Figura 7 Caracterización actual proceso de Contabilidad.</i>	<i>30</i>
<i>Figura 8 Porcentaje obtenido de implementación de la NTC ISO 9001:2015.....</i>	<i>33</i>
<i>Figura 9 Porcentaje de cumplimiento: Contexto de la organización.....</i>	<i>34</i>
<i>Figura 10 Porcentaje de cumplimiento: Liderazgo.....</i>	<i>35</i>
<i>Figura 11 Porcentaje de cumplimiento: Planificación.....</i>	<i>36</i>
<i>Figura 12 Porcentaje de cumplimiento: Apoyo.....</i>	<i>37</i>
<i>Figura 13 Porcentaje de cumplimiento: Operación.....</i>	<i>37</i>
<i>Figura 14 Porcentaje de cumplimiento: Operación.....</i>	<i>38</i>
<i>Figura 15 Porcentaje de cumplimiento: Operación.....</i>	<i>39</i>
<i>Figura 16 Propuesta: Mapa de Procesos E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona.</i>	<i>45</i>
<i>Figura 17 Metodología: Administración del riesgo,</i>	<i>50</i>

JUSTIFICACIÓN

La competitividad de las organizaciones productoras y prestadoras de servicio depende de la satisfacción de las expectativas y requerimientos de los usuarios/clientes. Esto las obliga a ser eficientes y eficaces en los procesos, buscando siempre cumplir con los estándares de calidad.

La actualización de la documentación del sistema integrado de gestión según las normas NTC ISO 9001:2015, ayudará a la:

- Renovación de los procesos y procedimientos en el área administrativa.
- Estandarización en sus procedimientos logrando una mayor productividad.
- Mejora de la imagen corporativa del Hospital ante las partes interesadas.
- Prestación de servicios más eficientes, efectivos y eficaces.
- Mejora de servicios que cumplan con la total satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios/clientes.

1. INTRODUCCIÓN

Hoy en día, las entidades prestadoras de servicios en salud han decidido aceptar el reto de certificar sus procesos con el fin de generar confianza a sus clientes/usuarios.

En el sector salud existen varias definiciones de calidad, según el Dr. Avedis Donabedi, la calidad es “Proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes, esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores) con su cosmovisión y formación académica”. (Suño, Net, & Net, Àlvar . Suñol, 1991).

La E.S.E Hospital San Juan de Dios, es una Entidad Social del Estado, dedicada a la prestación de servicios de Salud en la Ciudad de Pamplona y su área de influencia, enfocada siempre en la búsqueda de la mejora continua en la prestación de sus servicios. En el momento del proyecto se halló, que, aunque tenía información documentada, estaba desactualizada, este proyecto empleará una serie de pasos para cumplir con los requisitos y expectativas de las partes interesadas del proceso de Gestión Financiera, mediante la actualización de la documentación del sistema de gestión de calidad de la entidad.

1.1 Planteamiento del problema

Al ser el Hospital San Juan de Dios una de las entidades prestadoras en servicios de salud más importantes del departamento de Norte de Santander, trae consigo una alta demanda en la prestación de servicios, lo cual hace que se genere un problema interno de carácter

administrativo, todo esto debido a que el hospital no cuenta con información documentada de los procesos del área administrativa, de acuerdo a la NTC ISO 9001:2015:

Aunque el personal está siendo capacitado para la prestación de un buen servicio, no cuenta con todas las herramientas necesarias, además, la desactualización de la documentación según el lineamiento de la norma genera deficiencia en los procesos que se llevan a cabo en el área administrativa.

1.2 Formulación del problema

¿Cómo actualizar la documentación del sistema de gestión, bajo los lineamientos de la norma NTC ISO 9001:2015, del área administrativa (gestión financiera) del Hospital San Juan de Dios, Pamplona-Norte de Santander?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Actualizar la documentación del sistema de gestión de calidad bajo los lineamientos de las normas NTC ISO 9001:2015, para el área administrativa (Proceso de Gestión Financiera) del Hospital San Juan de Dios de Pamplona-Norte de Santander, como herramienta de mejoramiento para una prestación de servicio eficiente.

1.3.2 Objetivos específicos

- Analizar la documentación existente en cada proceso, según los requisitos de la NTC ISO 9001:2015.

- Ejecutar la actualización de la documentación del sistema de gestión de calidad según las normas NTC ISO 9001:2015, que contribuyan a la prestación de un mejor servicio.
- Realizar el estudio económico de la implementación de la actualización de la documentación del sistema de gestión de calidad.

1.4 Delimitación del proyecto

La actualización de la documentación del sistema de gestión de calidad bajo los lineamientos de las normas NTC ISO 9001:2015, se desarrolla en el área administrativa, específicamente al proceso de Gestión financiera del Hospital San Juan de Dios en la ciudad de Pamplona – Norte de Santander.

El proyecto se realiza en un periodo de cuatro (4) meses.

1.5 Diseño Metodológico

1.5.1 Tipo de investigación

Para el desarrollo del trabajo de grado titulado “Actualización de la documentación del sistema de gestión bajo los lineamientos de la norma NTC ISO 9001:2015, del área administrativa (Gestión financiera) del Hospital San Juan De Dios, Pamplona-Norte de Santander”, se utilizó el tipo de investigación descriptiva, ya que se aplicaron métodos cualitativos y cuantitativos.

Población y muestra

Para la actualización de la documentación del sistema de gestión de calidad se tomó como población al personal del área administrativa, y como muestra se tomaron los procesos de la

oficina de gestión financiera del Hospital San Juan De Dios, ubicado en Pamplona, Norte de Santander.

1.5.2 Fuente de información

Fuentes primarias: Para la recolección de información se necesitará principalmente del personal administrativo del Hospital San Juan de Dios, que mediante técnicas como observación y entrevistas suministraron información para el proyecto.

Fuentes secundarias: se basará en la documentación disponible en artículos de internet, libros, información del Hospital, tesis realizadas por otros autores, además de la norma NTC ISO 9001:2015 que será el eje de la investigación.

1.5.3 Etapas de Desarrollo

Las fases que componen la actualización de la documentación del sistema de gestión de las oficinas que constituyen al proceso de Gestión Financiera están basadas en los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2015, lo que implicó el desarrollo de las siguientes actividades:

1.5.3.1 Diagnostico

Se recolectó la información documentada del proceso de Gestión Financiera que tenía disponible el Área de Calidad de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona, después con la ayuda de los líderes de cada oficina (Cartera, Contabilidad, Facturación, Presupuesto y Tesorería), se realizó el análisis de la información recopilada.

Se procedió a la aplicación de la lista de chequeo diseñada para conocer el estado actual de la documentación, obteniendo los porcentajes de cumplimiento por cada capítulo de la norma NTC ISO 9001:2015, para su respectivo análisis.

1.5.3.2 Actualización y Diseño

Cuando se realizó el análisis a la información documentada existente en la E.S.E se diseñó un plan de mejora con el fin de abarcar todos los capítulos que obtuvieron un porcentaje menor al 50% de implementación, de esta manera se procedió a la actualización de la documentación del proceso de Gestión Financiera.

En entrevista con el Jefe de Talento Humano se logró modificar la misión, visión, política y objetivos de calidad acordes a la NTC ISO 9001:2015.

Identificando los macro procesos se actualizó el modelo de operación por procesos; en reunión con los subdirectores de la E.S.E Hospital San Juan de Dios se hizo revisión de este y de del Mapa de procesos propuesto, obteniendo así la aprobación de las dos propuestas.

Se diseñó una plantilla general para las caracterizaciones de cada subproceso, la cual se aplicó a cada uno de los subprocesos establecidos del macro proceso de Gestión Financiera.

Se identificaron los riesgos, se analizaron y se les estableció un tratamiento con el fin de mitigar el impacto y la probabilidad de ocurrencia. Estos riesgos se plasmaron en una matriz de riesgos basados en la guía para la administración del riesgo.

Con el fin de que el sistema de Gestión de Calidad sea adaptable a la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona, se realizó una Matriz Legal, que refleje todas las normas y requisitos legales aplicables a los procesos de Gestión Financiera. Con esta matriz se logró establecer los procedimientos que se debían actualizar, eliminar o diseñar.

Para garantizar una mejora continua de los procesos se diseñaron indicadores de gestión para cada subproceso involucrado en el estudio.

1.5.3.3 Estudio Económico

Con el fin de conocer los costos de la actualización del sistema de gestión de Calidad para la E.S.E Hospital San Juan de Dios, se determinó la inversión inicial, los egresos, ingresos, con los cuales se pudo hallar el valor presente neto, la tasa interna de retorno, el periodo de recuperación de la inversión y la relación beneficio-costos.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 Antecedentes

A continuación, se detallan algunas investigaciones que sirvieron de referencia para el desarrollo del siguiente proyecto:

2.1.1 Antecedentes nacionales:

1. Título: *“DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD, BAJO LOS REQUERIMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA NORMA ISO 9001:2015 EN LA EMPRESA LUMICENTRO PEREIRA”*

Autor: Oscar David Sepúlveda Garcés, Daniela Villegas Mejía.

Año: 2014

En él se consideró que el documentar un sistema de gestión de calidad en LUMICENTRO le permitirá establecer los lineamientos para lograr una adecuada prestación de su servicio y así la satisfacción de sus clientes tanto internos como externos. (Sepulveda Garces, Oscar & Villegas Mejía, 2014)

Este trabajo sirvió como referencia al autor para el desarrollo del proyecto, brindando una base de la documentación necesaria para el SGC, según la NTC ISO 9001:2015.

2. Título: *“DIAGNÓSTICO INICIAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMA ISO 9001:2015 EN REMARQ S.A.S”*

Autor: Nelson Eduardo Ruiz Melo

Año: 2017

El objetivo principal de este proyecto es el de realizar el diagnóstico inicial para la implementación de la Norma ISO 9001:2015 en REMARQ S.A. la metodología para su ejecución se enfocó en la elaboración del diagnóstico, para conocer el grado de implementación actual del sistema de Gestión de Calidad, bajo los parámetros establecidos en la norma NTC ISO 9001:2015 frente a la actualidad de la empresa REMARQ S.A.S. El diagnóstico se realizó bajo la modalidad de Lista de chequeo. (Eduardo & Melo, 2017)

De este proyecto se utilizó el formato para el diagnóstico del nivel de cumplimiento de la Norma NTC ISO 9001:2015, para implementarlo en la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

3. Título: *“DOCUMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD, BAJO LOS REQUERIMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA NORMA ISO 9001:2015 EN LA EMPRESA TOSTADORA DE CAFÉ Y CACAO DE MI TIERRA SAS.”*

Autores: Luis Felipe Aguirre Gómez, Roosbelth Cuellar Fierro.

Año: 2016

El objetivo de este proyecto es el documentar bajo los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2015 en la empresa TOSTADORA DE CAFÉ Y CACAO DE MI TIERRA SAS, para realizarlo se siguió la siguiente metodología: Diagnóstico a la empresa para determinar el grado de cumplimiento de la Norma, Documentación de los requisitos mediante un manual de calidad, Identificación y tratamiento de los riesgos y oportunidades. (“No Title,” 2017)

4. **Título:** *“PROPUESTA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMA NTC – ISO 9001:2015 PARA LA EMPRESA MAEQUICON S.A.S.”*

Autor: Nair Estefani Murillo Zamora, Manuel Antonio Riaño

Año: 2018

El principal objetivo es el de diseñar Sistema de Gestión de la Calidad bajo la norma NTC ISO 9001:2015 para la empresa Maequicon S.A.S. (“No Title,” 2018)

5. **Título:** *DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD EN EL HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES DE LA JAGUA DE IBÍRICO, BASADO EN LOS LINEAMIENTOS DE LA NORMAS NTC ISO 9001:2015*

Autor: Kevin Leonardo genes parody, José miguel Arévalo bayona

Año: 2017

Documentar el sistema gestión de calidad en el Hospital Jorge Isaac Rincón Torres de La Jagua de Ibérico, basado en los lineamientos de la norma NTC ISO 9001:2015 (Hoja, Para, & Academico, 2012)

2.1.2 Antecedente internacional:

1. **Título:** *“PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015 PARA LA MEJORA DE LA COMPETITIVIDAD EN LA EMPRESA RELANSA S.A.C, LIMA PERÚ”*

Autor: Saulo Jorge Ocampo Donayre.

Año: 2017

El objetivo principal de este proyecto es el de determinar como la implementación de un sistema de gestión de calidad mejora la competitividad de la empresa RELANSA S.A.C. Para la implementación se elaboró un diagnóstico de la organización sobre los requisitos exigidos por la norma NTC ISO 9001:2015, utilizando herramientas como la matriz FODA y un Ishikawa, después se elaboró el plan de implementación donde se indica las fases, responsables, recursos y tiempo que tomará la implementación. (Hospinal E, 2013)

2. Título: *“PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS Y CALIDAD EN LA EMPRESA O&C METALS S.A.C.”*

Autor: Antonio Franco Coaguila Gonzales

Año: 2017

Este proyecto buscaba plantear una propuesta de implementación de un modelo de gestión por procesos y calidad en la empresa O&C Metals S.A.C para lograr cumplir con los requerimientos del cliente, en cuanto a calidad intrínseca, disponibilidad y precio/coste. (Coaguilla Gonzales, 2017)

2.2 Marco Teórico

En la norma iso 9000:2015 se define el sistema de gestión de la calidad como “el conjunto de elementos de una organización que están interrelacionados o que interactúan para establecer políticas, objetivos, y procesos de calidad para alcanzar dichos objetivos de calidad” (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, 2015)

Los requisitos para la actualización, aborda diversos temas, incluyendo el compromiso de la alta gerencia con la calidad, su enfoque a la satisfacción del cliente, la competencia de los

empleados y la gestión de procesos, en este caso la prestación de servicios por parte del proceso de Gestión financiera del área administrativa, para poder así tomar acciones correctivas/preventivas para la mejora continua del sistema.

2.2.1 Principios de gestión de la calidad

El sistema de gestión de la calidad se basa en siete (7) principios fundamentales, descritos en la norma ISO 9000: (Jimenez, 2014)

2.2.1.1 Enfoque al cliente

El enfoque principal de la gestión de la calidad es satisfacer las necesidades de los clientes y esforzarse en exceder sus expectativas.

2.2.1.2 Liderazgo

Los dirigentes de todos los niveles establecen la unidad de propósito y dirección y crean las condiciones en que las personas se involucran en el logro de los objetivos de la calidad de la organización.

2.2.1.3 Compromiso de las Personas

Es esencial para la organización que todas las personas sean competentes, capacitadas y se comprometan en la entrega de valor.

Las personas competentes, empoderadas y comprometidas en toda la organización ayudan a mejorar su capacidad de crear valor.

2.2.1.4 Enfoque a procesos

Resultados consistentes y predecibles se alcanzan de manera más eficaz y eficiente cuando se entienden y gestionan actividades como procesos interrelacionados que funcionan como un sistema coherente.

2.2.1.5 Mejora

Las organizaciones exitosas tienen un enfoque continuo en la mejora.

2.2.1.6 La toma de decisiones basada en la evidencia

Las decisiones basadas en el análisis y evaluación de los datos y la información son más propensas a producir los resultados deseados.

2.2.1.7 La gestión de las relaciones

Para el éxito sostenido, las organizaciones deben gestionar sus relaciones con las partes interesadas, tales como los proveedores.

2.2.2 CICLO PHVA: Planificar- Hacer-Verificar-Actuar

El ciclo PHVA permite a la organización asegurarse de que sus procesos cuenten con recursos y se gestionen adecuadamente, y que las oportunidades de mejora se determinen y se actúen en consecuencia. (Cortez)

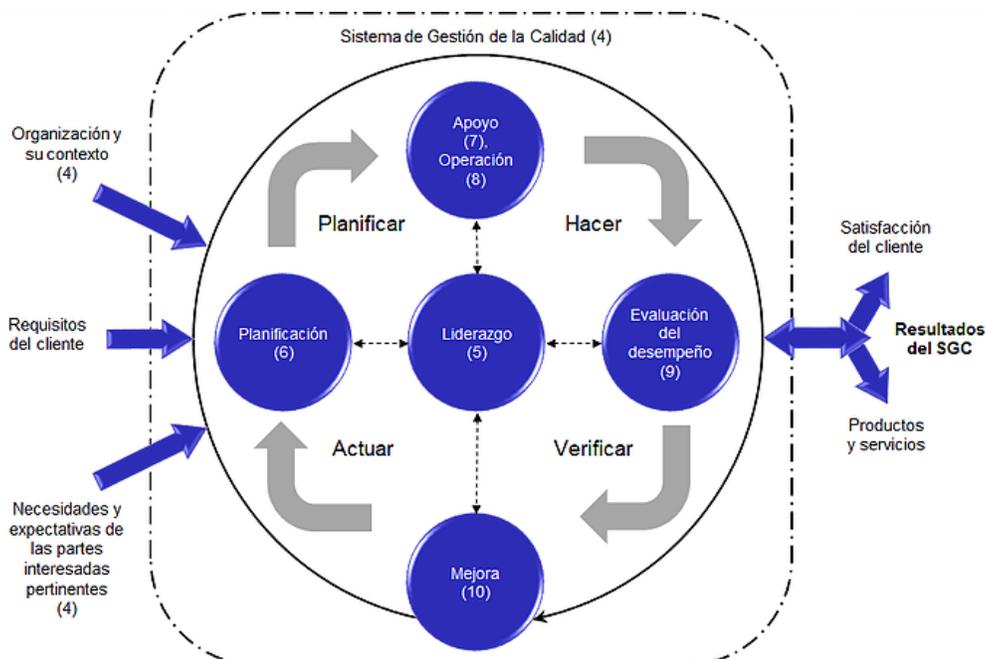


Figura 1 Representación de la estructura de esta norma internacional con el ciclo PHVA. Fuente: (Cortez)

Planificar (P): En esta etapa se han de establecer los objetivos y procesos necesarios para Describe requisitos a cumplir en cuanto a la definición de las acciones para abordar riesgos y oportunidades, los objetivos de la calidad y la planificación para lograrlos y la planificación de los cambios

La norma ISO 9001:2015 inicia este paso con el apartado No. 6.0. Planificación, donde la cuestión inicial de la que parte son las acciones para abordar los riesgos y las oportunidades. La planificación será la base para alcanzar los objetivos

Hacer (H): Es la etapa donde se pone en marcha el plan definido anteriormente, además se implementan nuevos procesos. Es importante la documentación de las acciones ejecutadas.

Esta fase del ciclo, está representada en la norma ISO 9001:2015, principalmente en el requisito No. 8, Operación. La misión de este apartado es llevar de la mano a la organización en el día a día para desarrollar correctamente el plan propuesto.

Verificar (V): realizar el seguimiento y (cuando sea aplicable) la medición de los procesos y los productos y servicios resultantes respecto a las políticas, los objetivos, los requisitos y las actividades planificadas, e informar sobre los resultados.

Esta fase del ciclo, está alineada con el requisito No. 9, Evaluación del Desempeño, de la norma.

Actuar (A): fase importante que permite identificar las causas por la cuales un proceso dado no haya logrado o alcanzado los resultados esperados para posteriormente tomar las acciones pertinentes que reduzcan o eliminen dichas causas.

Esta parte del ciclo está representada en la norma en su requisito No. 10, Mejora.

2.2.3 Contenido de la norma iso 9001:2015

“La estructura de los capítulos pretende proporcionar una presentación coherente de los requisitos, más que un modelo para documentar las políticas, objetivos y procesos de una organización” (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, 2015)

Esta norma especifica los requisitos que debe cumplir el Sistema de Gestión de cualquier organización, está establecida en 10 capítulos, los cuales especifican lo que la organización necesita para demostrar su capacidad para proporcionar productos que cumplan y satisfagan las necesidades de sus clientes.

La organización debe determinar los procesos necesarios para su sistema de Gestión, la norma se enfoca en los procesos, es decir, busca que se identifiquen las actividades, sus interacciones y resultados, permitiéndole a la organización tener un mejor desempeño de manera global.

Según la norma, la organización debe:

- Asegurarse de que los procesos tengan las entradas necesarias para que los resultados sean los esperados
- Mantener información documentada y actualizada.
- Tener asignadas los roles y responsabilidades en los procesos.
- Garantizar el seguimiento a sus procesos.
- Vincular a la alta dirección en las decisiones de la organización.
- Planificar acciones para abordar los riesgos y oportunidades.

2.3 Marco Conceptual

El marco conceptual está basado en la norma NTC ISO 9000: SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. FUNDAMENTOS Y VOCABULARIO. (ICONTEC, 2005)

Acción correctiva: acción para eliminar la causa de una no conformidad y evitar que vuelva a ocurrir.

Acción preventiva: acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable.

Alta dirección: Persona o grupo de personas que dirige y controla una organización al más alto nivel.

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

Auditor: Persona que lleva a cabo una auditoría.

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

Cliente: Persona u organización que podría recibir o que recibe un producto o un servicio destinado a esa persona u organización o requerido por ella.

Conformidad: Cumplimiento de un requisito.

Contexto de la organización: Combinación de cuestiones internas y externas que pueden tener un efecto en el enfoque de la organización para el desarrollo y logro de sus objetivos.

Documento: Información y el medio en el que está contenida.

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

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

Gestión: Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.

Gestión de la calidad: Gestión con respecto a la calidad.

Información documentada: Información que una organización tiene que controlar y mantener, y el medio que la contiene.

Infraestructura: Sistema de instalaciones, equipos y servicios necesarios para el funcionamiento de una organización.

Manual de calidad: Especificación para el sistema de gestión de la calidad de una organización

Mejora continua: Actividad recurrente para mejorar el desempeño.

No conformidad: Incumplimiento de un requisito.

Objetivo: Resultado a lograr.

Objetivos de calidad: Objetivo relativo a la calidad.

Organización: Persona o grupo de personas que tiene sus propias funciones con responsabilidades, autoridades y relaciones para lograr sus objetivos.

Parte interesada: Persona u organización que puede afectar, verse afectada o percibirse como afectada por una decisión o actividad.

Política: Intenciones y dirección de una organización, como las expresa formalmente su alta dirección.

Política de calidad: Política relativa a la calidad.

Procedimiento: Forma especificada de llevar a cabo una actividad o un proceso.

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto.

Proveedor: Organización que proporciona un producto o un servicio.

Requisito: Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

Riesgo: Efecto de la incertidumbre.

Satisfacción del cliente: Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido las expectativas de los clientes.

Servicio: Salida de una organización con al menos una actividad, necesariamente llevada a cabo entre la organización y el cliente.

Trazabilidad: Capacidad para seguir el histórico, la aplicación o la localización de un objeto.

3. MARCO CONTEXTUAL

3.1 Contexto de la organización

3.1.1 Ubicación



Figura 2 Ubicación geográfica del Hospital San Juan de Dios de Pamplona, fuente: Google maps

NOMBRE: Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

DIRECCION: Carrera 9 Número 5 – 01. Barrio Ursúa. Pamplona – Norte de Santander

NIT: 890.501.019-9

Teléfonos: +7 5682486, +7 5680893 y +7 5680493

Telefax: +7 5682486 y +7 5681431

3.2 Objeto de la organización

La E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona es una entidad Pública prestadora de Servicios Públicos en Salud con talento humano calificado, tecnología y dotación adecuada para el desarrollo de sus actividades.

3.3 Reseña Histórica

La empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Pamplona, es una institución prestadora de servicios de salud.

Fue fundado por la orden hospitalaria de San Juan de Dios el 9 de enero de 1661, manejado por la junta de beneficencia desde el 02 de enero de 1881, se dejó en manos de las hermanas de la caridad en 1882; a partir de 1913 hace parte de la beneficencia del Departamento por la ordenanza número 092, adquirió su personería jurídica con la resolución número 42 de 1961, y es transformado en EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO por la Ordenanza Departamental número 060 del 29 de diciembre de 1995. Ubicado inicialmente en la carrera 4 entre 6a y 7a, ocupa la actual sede desde febrero de 1957. (Hospital San Juan de Dios Pamplona)

3.4 Antecedentes Históricos

El hospital tiene un origen puramente eclesiástico, fue fundado por los hermanos hospitalarios de San Juan de Dios que se habían establecidos en Panamá, Tunja, Pasto, Medellín, Bogotá y otros lugares.

Por ese tiempo se suprimieron los conventos, excepto los hospitalarios, es así como los hermanos de San Juan de Dios no tenían el carácter de orden monástica ni apologista si no de enfermos u hospitalarios, por ello continuaron tranquilos en su establecimiento, por largo tiempo,

hasta que motivos diversos a la persecución religiosa los hizo abandonar la casa hospitalaria fundada por ellos.

El hospital San Juan de Dios sin perder su origen y nombre continuo como entidad autónoma y su administración quedó bajo la inspección y vigilancia de las autoridades civiles.

El hospital no era de propiedad del estado ni del municipio, sino que había venido conservando a través del tiempo, su carácter de propiedad de origen eclesiástico.

El hospital San Juan de Dios estaba situado en el antiguo local de los hermanos de San Juan de Dios, en la carrera 4ta entre Calles 6a y 7a (actual Colegio Rafael Afanador y Cadena); en donde dejó de funcionar por falta de personal.

Siguió funcionando por la organización de la autoridad civil y no por hermanos hospitalarios, su existencia vino a ser desde entonces puramente nominal, una anciana cuidaba de uno que otro enfermo con las limosnas que recogían.

El ilustrísimo Señor Torres mandó a edificar un local más adecuado, pero el destierro le impidió darle una organización estable. Su sucesor el ilustrísimo Señor José Luis Niño reunió un grupo de señoras bajo el nombre de anúnciales, para que cada una de ellas interviniese alternativamente en el servicio del hospital; este esfuerzo terminó con la vida de su iniciador.

Más tarde el ilustrísimo Señor Parra confió la organización a una junta de ocho caballeros de los cuales dos eran sacerdotes y se nombró de capellán al presbítero Colmenares, quien terminó con la anterior empresa llamando a las Reverendas Religiosas Hermanas de la Presentación de Tours.

Una vez creado el Hospital logró sostenerse con el trabajo de las hermanas, limosnas y alguna cantidad de parte del gobierno.

La primera superiora fue la Reverenda Madre Agustina María, quién organizó el servicio de los enfermos, la escuela gratuita, el orfanato y el colegio.

El Hospital San Juan de Dios funcionaba donde actualmente es el colegio Rafael Afanador y Cadena y parte de la escuela anexa Normal de señoritas.

La fachada del Hospital fue levantada por el Doctor José María Peña con limosnas que recogió, lo demás se edificó con dinero dado por el reverendo Padre San Pablo y limosnas del Capellán.

Los conventos que hubo en el país fundados por los hermanos de San Juan de Dios, eran exclusivamente dedicados a hospitales.

"Al tiempo de la revolución de 1.810 había algunos conventos mayores y menores de comunícamos, Franciscanos, Agustinos y Hospitalarios de San Juan de Dios y varios monasterios de monjas..."

Los Hospitales de San Juan de Dios fueron mandados a establecer por la Real Cédula del 6 de octubre de 1.805 y fue el mismo gobierno español quien suprimió el de San Juan de Dios establecido en Panamá, todos los demás hospitales siguieron funcionando normalmente incluyendo el de Pamplona.

El general Mosquera en 1.861 decretó la desamortización de las comunidades religiosas, acabando así de eliminar la comunidad de los fundadores de nuestro hospital, pero no alcanzaron a comprender el establecimiento.

3.5 Principios Empresariales

3.5.1 Misión

ESE San Juan de Dios de Pamplona es una IPS de mediana complejidad que presta servicios de salud eficientes, eficaces y de calidad, contribuyendo al mejoramiento del nivel de salud de la comunidad de su área de influencia, con sostenibilidad financiera, en beneficio de clientes, usuarios y proveedores, promoviendo el desarrollo científico a través de convenios docencia, servicio e investigación.

3.5.2 Visión

La ESE San Juan de Dios-Pamplona, en el año 2023 será una institución que presta servicios de salud con rentabilidad social y sostenibilidad financiera, proyectada a la acreditación en la vigencia 2030.

3.5.3 Valores

COMPROMISO SOCIAL: Tener como responsabilidad que este Hospital luche por encontrar un crecimiento técnico y profesional, por tener un hospital agradable para el paciente, donde recibirá un trato cálido y personalizado, en un entorno confortable, para que el Hospital sea un lugar de trabajo estable, cómodo y estimulante a los profesionales que laboran en él, con el fin de que se sientan partícipes de los logros y resultados conjuntos

CALIDAD: Excelencia en la prestación de Servicios.

EFICIENCIA: Como la mejor utilización de los recursos Humanos, Tecnológicos, Materiales y Financieros.

ÉTICA PROFESIONAL: Conlleva a que todos los profesionales trabajen con rectitud honorabilidad y responsabilidad en todos los actos propios de la medicina. Considerar de forma tolerante la opinión y acciones de otras personas, en cuanto estas se sustentan sobre un válido y sólido fundamento que facilite la convivencia pacífica.

TALENTO HUMANO: Se debe contar con personal integro.

ACCESIBILIDAD: Que los Usuarios que solicitan servicios de la E.S.E y pertenezcan a ella, tenga la oportunidad de acceder a la sección o servicio de la que requieran atención.

INFRAESTRUCTURA: Tener una Infraestructura adecuada que facilite la accesibilidad del personal que labora para la prestación de servicios a los usuarios como su principal objetivo.

TECNOLOGÍA: Gestionar recursos para contar con los suficientes equipos médicos en buen estado, equipos con nueva tecnología para brindar una mejor atención en el servicio a sus usuarios.

ATENCIÓN Y SERVICIO AL CLIENTE: Contar con un buen servicio de SIAUT donde el usuario o paciente en cualquier urgencia, o en caso de que requiera de una información, encuentre una atención adecuada, guías y lograr su satisfacción por el servicio y la atención.

3.5.4 Política de Calidad

La Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios, tiene el compromiso de prestar los servicios de salud de forma integral y humanizada con profesionales idóneos, tecnología adecuada y teniendo en cuenta el Mejoramiento Continuo de Procesos, para garantizar la satisfacción de los usuarios y el cumplimiento de los requisitos legales.

3.5.5 objetivos de calidad

- Fortalecer el SIAU (sistema de información y atención al usuario) para brindar apoyo y asesoría al usuario desde su ingreso hasta el egreso.
- Fortalecer las relaciones interdisciplinarias y el trabajo en equipo en pro de la atención integral y humanizada de los usuarios.
- Salvaguardar desde el punto de vista legal y científico el ejercicio de profesionales técnicos y auxiliares colaboradores en la prestación de los servicios.
- Diseñar e implementar proceso de selección e inducción de personal que garanticen la idoneidad del recurso humano de la institución.
- Generar procesos y actividades de actualización y capacitación continua con el fin de mejorar la ejecución de los procedimientos a nivel clínico y administrativo.
- Gestionar recursos para inversión en dotación de tecnología adecuada a las necesidades de cada servicio.
- Establecer directrices para ejecución de mantenimiento preventivo a los equipos biomédicos que garanticen su funcionamiento adecuado, confiabilidad y oportunidad en el servicio.
- Diseñar e implementar el proceso de seguimiento y minimización a riesgos en la prestación de los servicios.
- Fomentar y desarrollar una cultura de mejoramiento continuo mediante la realización de actividades de control, seguimiento, evaluación y auditoría a los servicios de salud.
- Diseñar un plan de comunicaciones que permita la retroalimentación permanente con clientes externos e internos de la ESE Hospital San Juan de Dios y su área de influencia.

- Medición, análisis y acciones de mejoramiento para el cumplimiento de los estándares de habilitación.

3.6 Organización del hospital

3.6.1 Estructura organizacional



Figura 3 Estructura organizacional E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona. Fuente: E.S.E

4. RESULTADOS

4.1 DIAGNÓSTICO DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMA NTC ISO 9001 :2015

Se necesita conocer el estado actual del sistema de gestión con el fin de evidenciar el cumplimiento de los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2015, y poder dar una dimensión a los directivos de las debilidades y fortalezas del área administrativa del Hospital San Juan de Dios de pamplona.

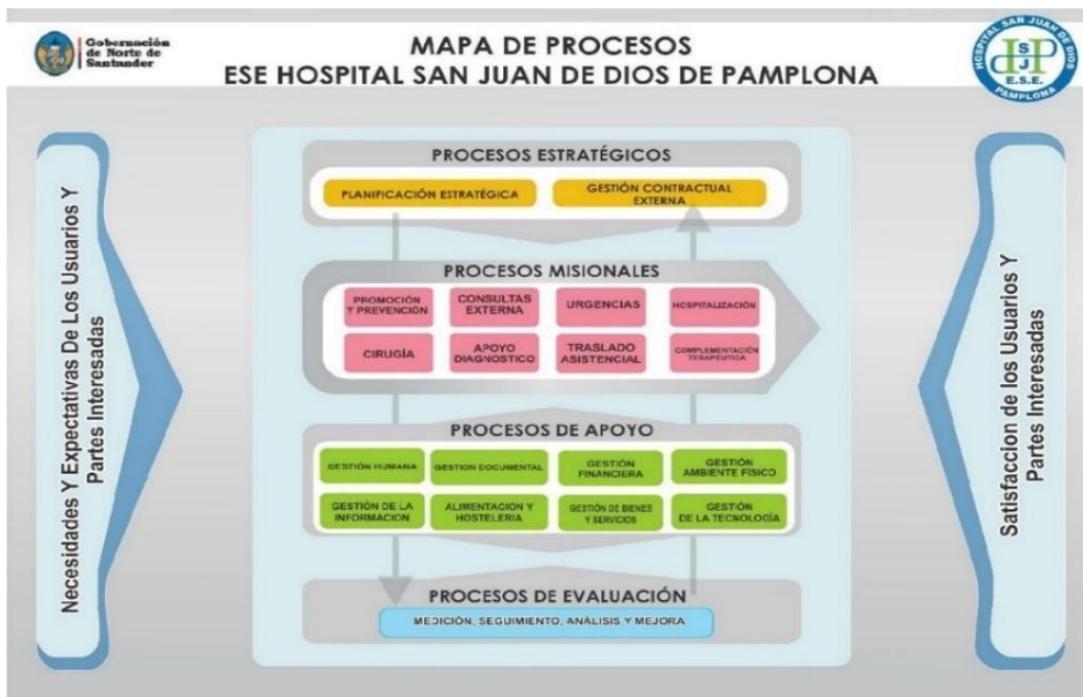
4.1.1 Revisión de Documentación existente

Con el fin de conocer la información documentada existente en la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona, se realizó una revisión de la documentación proporcionada por la oficina de la Subdirección Administrativa.

4.1.1.1 Mapa de procesos

La E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona, cuenta con un mapa de procesos, realizado el día 09 de septiembre de 2014, en una segunda versión.

Figura 4 *Mapa de Procesos de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona V.02. Fuente: E.S.E*



4.1.1.2 Caracterización de procesos

Cada subproceso de gestión financiera cuenta con la caracterización, la última modificación se realizó en el año 2015.

4.1.1.2.1 Caracterización de presupuesto

Su objetivo es planear la administración del recurso financiero para el cumplimiento de compromisos; se establecen sus entradas, actividades, salidas, parámetros de medición y seguimiento, documentos aplicables y recursos necesarios para la ejecución del proceso de presupuesto.

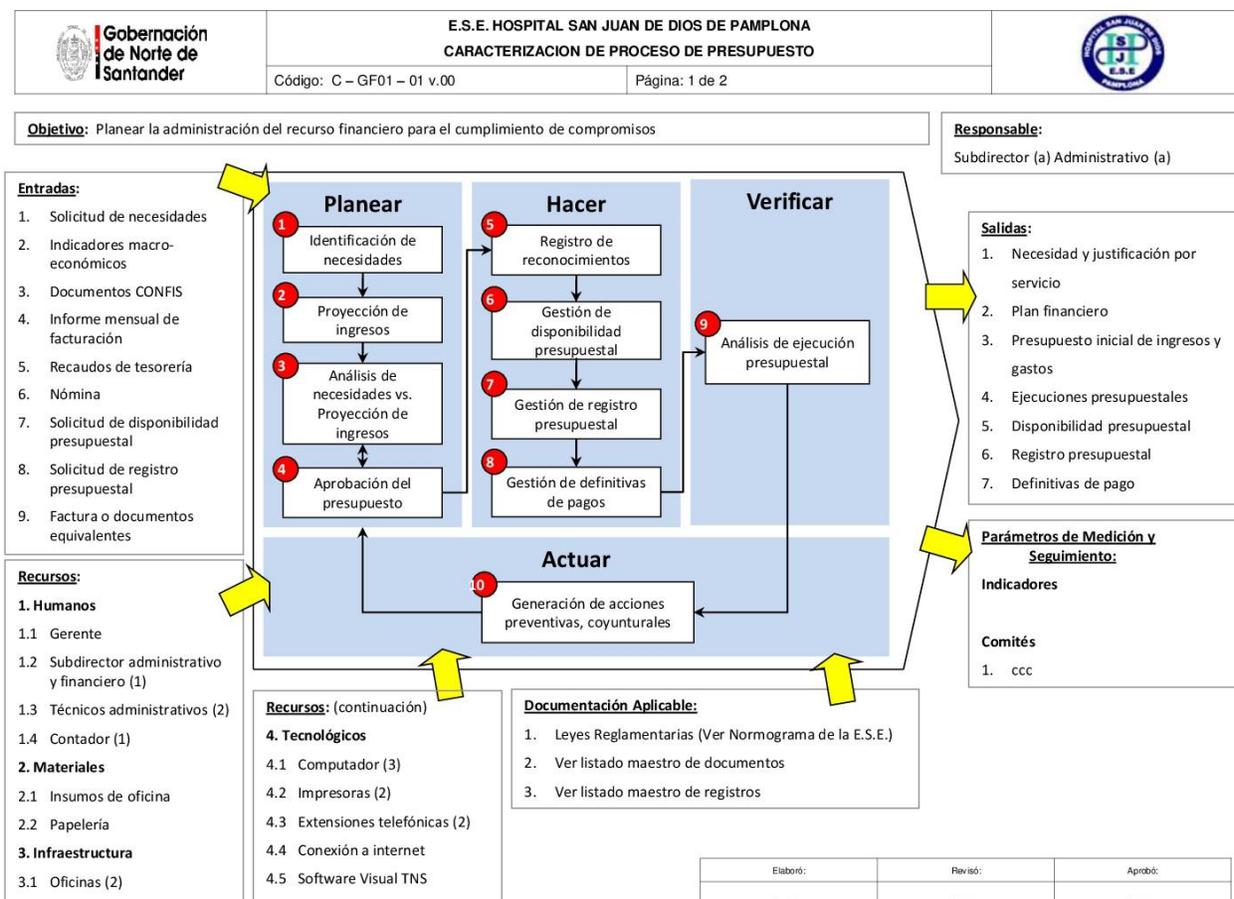


Figura 5 Caracterización actual de Presupuesto. fuente: E.S.E

4.1.1.2.2 Caracterización de Tesorería y Cartera

Su objetivo es garantizar la disponibilidad y control de efectivo, mediante el recaudo oportuno de la venta de servicios para cumplir con los compromisos adquiridos por la E.S.E; se establecen sus entradas, actividades, salidas, parámetros de medición y seguimiento, documentos aplicables y recursos necesarios para la ejecución del proceso de Tesorería y cartera. En el año 2015 el

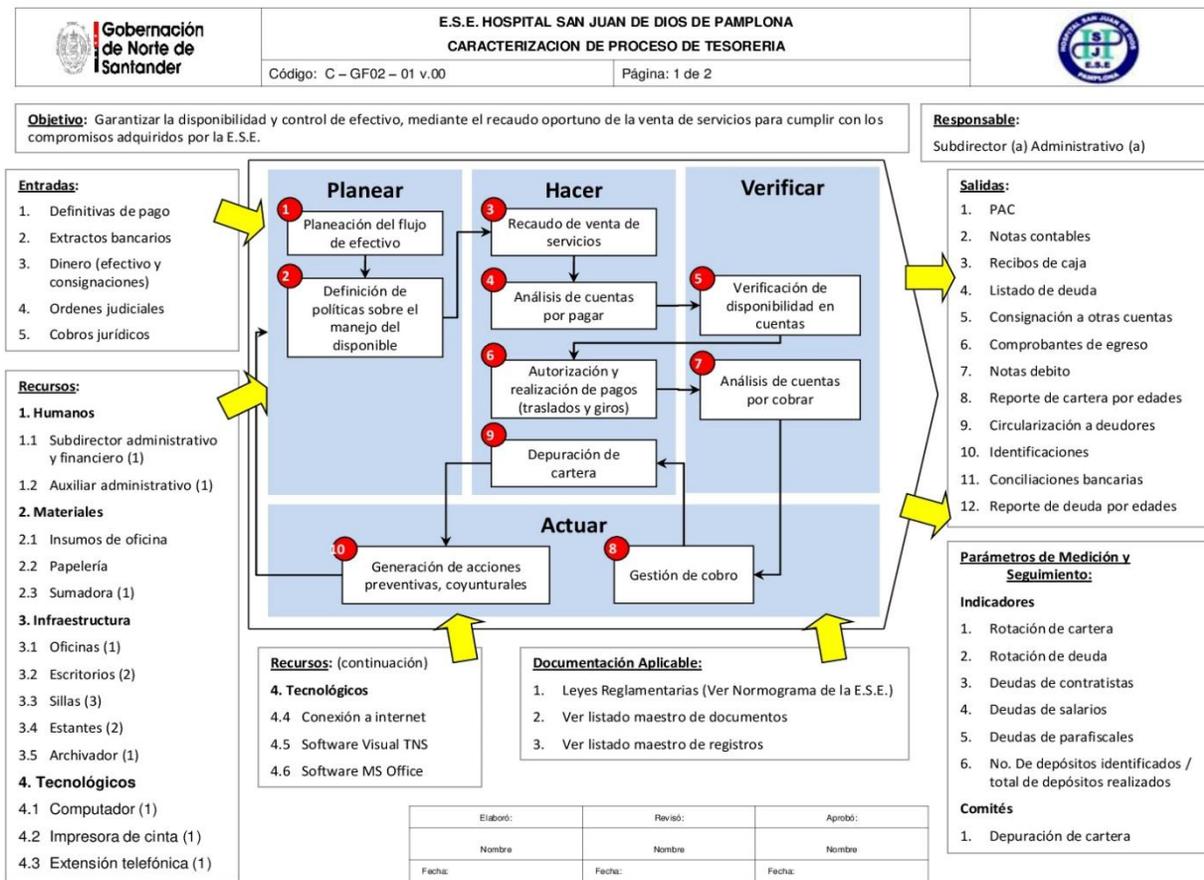
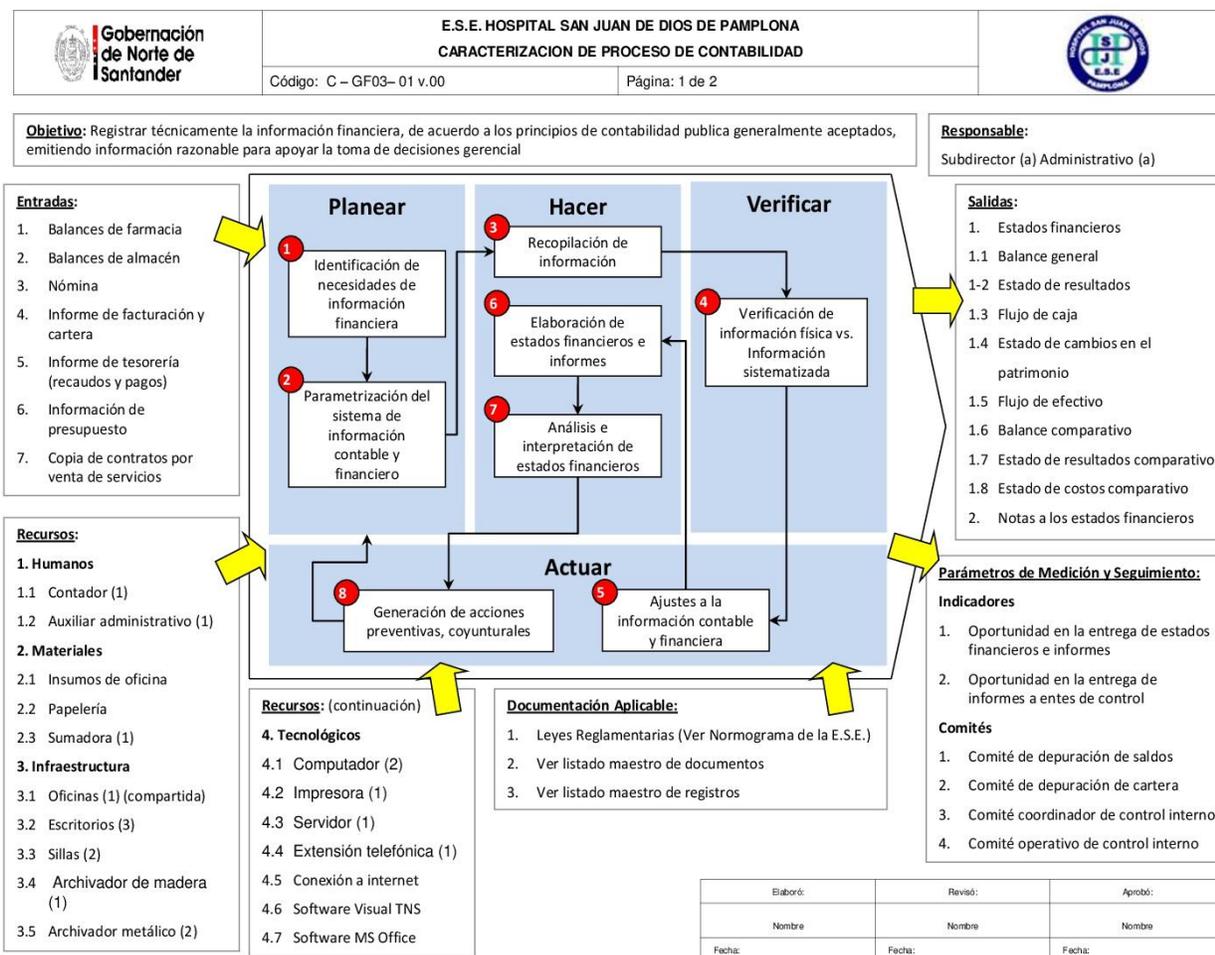


Figura 6 Caracterización actual de Tesorería. Fuente: E.S.E

proceso de Cartera y Tesorería se ejecutaban en uno solo.

4.1.1.2.3 Caracterización de Contabilidad

Su objetivo es Registrar técnicamente la información financiera, de acuerdo a los principios de contabilidad pública generalmente aceptados, emitiendo información razonable para apoyar la toma de decisiones gerencial; se establecen sus entradas, actividades, salidas, parámetros de medición y seguimiento, documentos aplicables y recursos necesarios para la ejecución del



proceso de Contabilidad.

Figura 7 Caracterización actual proceso de Contabilidad. Fuente: E.S.E

4.1.2 Lista de chequeo de la norma iso 9001:2015

“Las listas de chequeo permiten realizar un primer inventario o verificación de las características de la empresa, pueden aplicarse también a conglomerados empresariales y pueden acondicionarse de acuerdo con la estructura objeto de chequeo. Este instrumento permite identificar puntos débiles, así como oportunidades de mejora a través de la verificación de un listado de aspectos presentes o no en el área a revisar. Las listas de chequeo están compuestas por una serie de preguntas que permiten identificar los posibles problemas, causas y medidas apropiadas en los ámbitos temáticos que maneja cada lista. (ronaldrey)

Con el objetivo de realizar un diagnóstico inicial sobre la documentación del sistema de gestión del área administrativa del Hospital San Juan De Dios, se diseñó un formulario (**Ver anexo A**) con preguntas sobre cada uno de los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2015, para comparar el nivel de cumplimiento de los requisitos de la norma.

La lista de chequeo aplicada en el presente proyecto fue tomada de la tesis: DIAGNÓSTICO INICIAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMA ISO 9001:2015 EN REMARQ S.A.S, pero para hacer un chequeo completo se le agregaron algunas preguntas.

Este formulario tiene un sistema de evaluación integral, ya que cuenta con criterios de calificación cualitativos y cuantitativos, que serán una herramienta confiable al momento de concluir la situación actual del área administrativa del Hospital con respecto al sistema de gestión de calidad.

Cuenta con un criterio de calificación cuantitativo y cualitativo, cuantitativo ya que se ha otorgado un valor al nivel de cumplimiento de los requisitos:

Tabla 1 Criterio de calificación de lista de chequeo de la norma iso 9001:2015.

CRITERIO	DE PUNTAJ
CALIFICACIÓN	E
Cumple completamente	10
B. cumple parcialmente	5
C. Cumple con el mínimo	3
D. No cumple	0

Al final de cada principio serán sumados los valores de cada columna, para hallar el porcentaje (%) de implementación de los requisitos en el Área administrativa del Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

Y cualitativo, ya que evaluará este porcentaje concluyendo la acción a realizar en cada principio:

realizar	según	PORCENTAJE	ACCIÓN	A
		OBTENIDO	REALIZAR	
		>=80%	MANTENER	
		>=50%	MEJORAR	
		< 50%	IMPLEMENTAR	

Tabla 2 Acciones a porcentaje obtenido

Con esta lista de chequeo se concluirá el nivel de cumplimiento con respecto a la norma.

4.1.3 Análisis de la lista de chequeo de cumplimiento de requisitos ISO 9001:2015

La lista de chequeo se aplicó al área administrativa del Hospital San Juan de Dios de Pamplona y permitió visualizar el nivel de cumplimiento de la entidad con los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2015.

Esta lista de chequeo se realizó por medio de entrevista y de un análisis a la documentación suministrada por el Hospital, de forma general se muestra el porcentaje obtenido de cumplimiento mediante la siguiente gráfica.

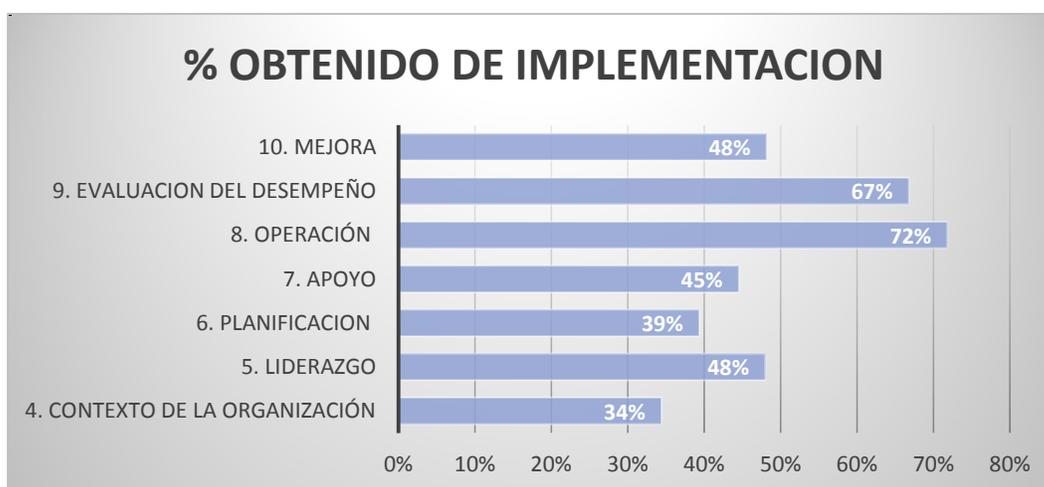


Figura 8 Porcentaje obtenido de implementación de la NTC ISO 9001:2015. Fuente: autor

En la tabla se hace un resumen del resultado de la lista de chequeo, donde se presenta el porcentaje de implementación por capítulo. Se concluye que el área administrativa (Gestión financiera) del Hospital San Juan de Dios de Pamplona, presenta mayores debilidades en los capítulos de contexto de la organización (4), Liderazgo (5), Planificación (6), Apoyo (7) y Mejora (10) ya que, según los resultados no superan el 50% de cumplimiento de los requisitos. En términos generales, el hospital no supera el 51% de los requerimientos de la norma NTC ISO 9001:2015, debido principalmente a que, no existe información documentada que evidencie el cumplimiento de la norma.

Tabla 3 Resultado obtenido de implementación y Acciones a realizar

NUMERAL DE LA NORMA	% OBTENIDO DE IMPLEMENTACION	ACCIONES POR REALIZAR
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	34%	IMPLEMENTAR
5. LIDERAZGO	48%	IMPLEMENTAR
6. PLANIFICACION	39%	IMPLEMENTAR
7. APOYO	45%	IMPLEMENTAR
8. OPERACIÓN	72%	MEJORAR
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO	64%	MEJORAR
10. MEJORA	48%	IMPLEMENTAR

A
continuaci
ón, se
detalla de
manera

específica los ítems:

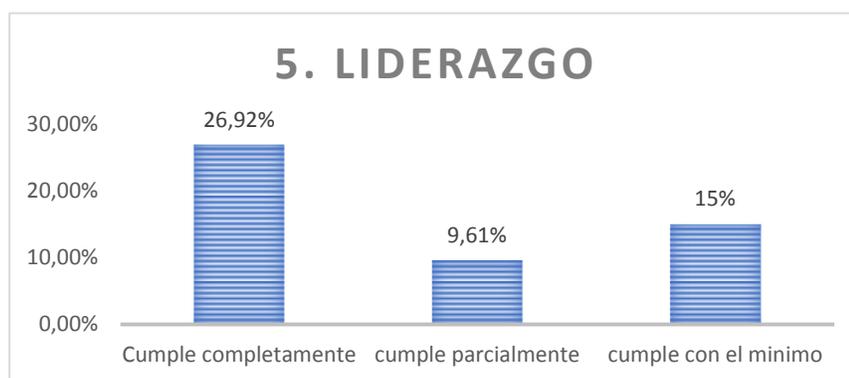
4.1.3.1 Capítulo 4: CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN



Figura 9 Porcentaje de cumplimiento: Contexto de la organización. Fuente: autor

En este capítulo se evidencia el desconocimiento de la importancia del Sistema de Gestión, de conocer el entorno en el que se presta el servicio, no se cuenta con documentación completa de procedimientos, registros, ni instructivos del área administrativa, en la oficina de gestión financiera se debe actualizar estos procedimientos, ya que la información está obsoleta; aunque el Hospital ha tratado de iniciarlo, no se ha logrado concretar el manual de gestión de calidad. No se cuenta con personal calificado en la norma NTC ISO 9001:2015.

4.1.3.2



Capítulo 5: **LIDERAZGO**

Figura 10 *Porcentaje de cumplimiento: Liderazgo. Fuente: Autor*

Este capítulo corresponde al compromiso de la Dirección con el sistema de la gestión de la calidad, el resultado general de los requerimientos de este es de un cumplimiento de 48%, atribuyendo que la Dirección no provee los recursos necesarios para implementar un sistema de gestión de calidad, no promueve el SGC enfocado en sus procesos, ni en pensamiento basado en los riesgos; la política de calidad se creó en el 2008 y no han sido actualizados según el contexto actual del Hospital, no se hace énfasis en la comunicación de las políticas a sus partes interesadas, ni se hace seguimiento de que el SGC logre los resultados previstos.

4.1.3.3 Capítulo 6: PLANIFICACIÓN

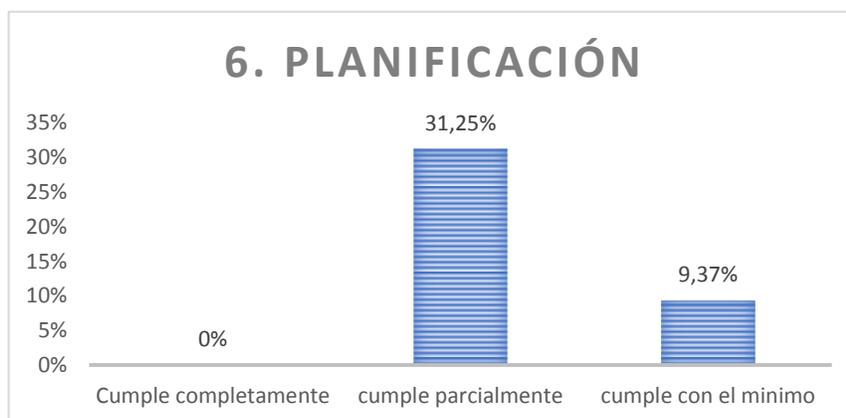


Figura 11 Porcentaje de cumplimiento: Planificación

Las acciones para abordar riesgos y oportunidades dado el tamaño de la organización y complejidad de los servicios que se prestan no son adecuadas, ya que se tienen actualizados de acuerdo al entorno y a las normas vigentes, esto pone en riesgo el ofrecer un servicio de calidad que como organización se busca.

En el ítem 6,2 se concluye que los objetivos de calidad no están bien establecidos, ya que no aborda todos los niveles de organización, ni los procesos necesarios para el SGC. No se han actualizado desde el 2008 y no se comunican a las partes interesadas.

Con un porcentaje de 39%, se analiza que la organización no está planificando cambios en el sistema de gestión de la calidad.

4.1.3.4 Capítulo 7: APOYO

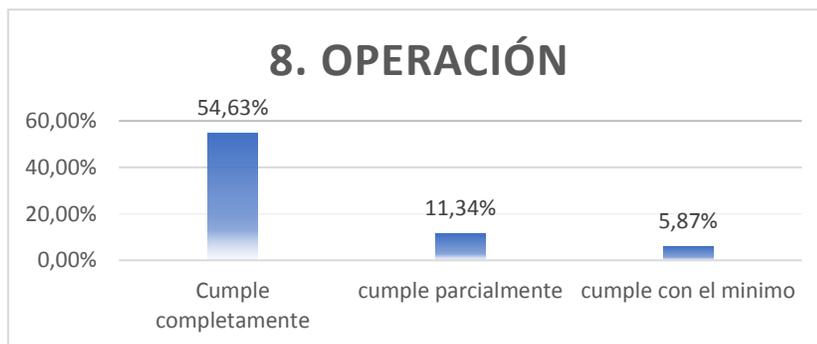


Figura 12 *Porcentaje de cumplimiento: Apoyo. Fuente: autor*

En el Capítulo 7 se refleja el nivel de apoyo de la alta gerencia de la organización con los recursos necesarios para el correcto funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, se evidencia que se cuenta con personal calificado, pero no informado de las expectativas y requerimientos de la norma NTC ISO 9001:2015, no se mantiene una infraestructura adecuada para la operación de los procesos administrativos y de nuevo la falta de información documentada refleja una falla en el SGC.

Con un cumplimiento del 45% en este capítulo, se concluye que se debe implementar la actualización de la documentación.

4.1.3.5



Capítulo 8:
OPERACIÓN

Figura 13 *Porcentaje de cumplimiento: Operación. Fuente: Autor*

Se tienen canales de comunicación con los clientes, para mantener una retroalimentación de los servicios, se evidencia la falta de información documentada de los resultados de revisiones, la organización se asegura de que los servicios contratados externamente sean acordes a sus

necesidades. Cumple con un 72% de cumplimiento de los requisitos de la norma, pero debe mejorar la documentación.

4.1.3.6 Capítulo 9: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

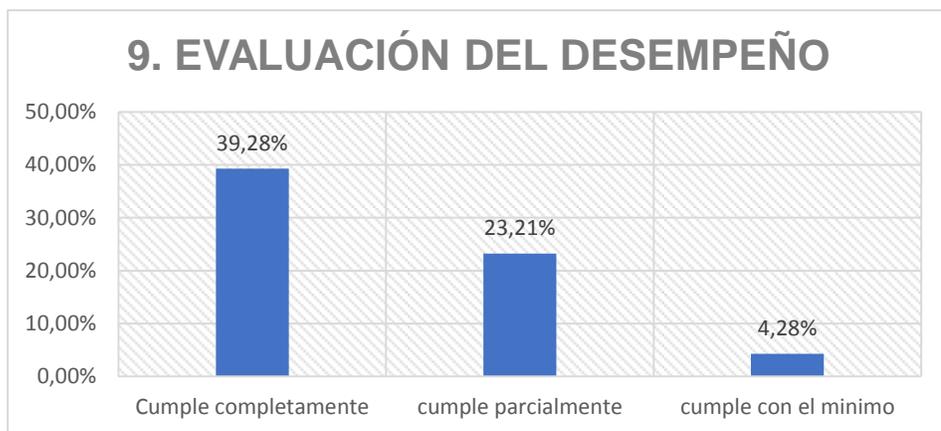


Figura 14 Porcentaje de cumplimiento: Operación. Fuente: Autor

La alta dirección está comprometida con el diseño e implementación de procesos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para determinar la conformidad de sus servicios, se realizan cada tres meses informes del nivel de satisfacción del usuario, la alta dirección se interesa por revisar niveles de eficiencia, de cumplimiento de las normas vigentes en el sector salud, pero no se tienen en cuenta la documentación requerida por la norma ISO 9001:2015.

En este capítulo, se obtuvo un 67% de cumplimiento, se concluye que se debe actualizar la documentación del sistema de gestión de la calidad.

4.1.3.7 Capítulo 10: MEJORA

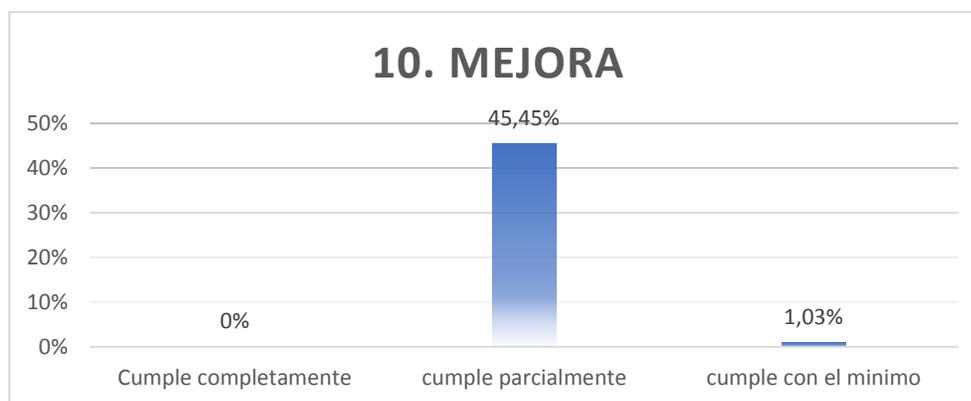


Figura 15 Porcentaje de cumplimiento: Operación. Fuente: Autor

El hospital considera las no conformidades y las oportunidades de mejora, pero no toma acciones correctivas para mejorar, cumple parcialmente con los requisitos de la norma ISO 9001:2015, con un porcentaje de cumplimiento del 48% se concluye que se debe implementar la actualización de la documentación del sistema de gestión de la calidad.

4.1.4 Plan de Mejora

Con los resultados obtenidos en la etapa de diagnóstico del cumplimiento de los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2015, y del análisis de los resultados, se diseñó el plan de mejora con el fin de lograr la actualización total de la documentación del proceso de Gestión Financiera.

Tabla 4 Plan de Acción de mejora

 Gobernación de Norte de Santander		SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD								
		PLAN DE ACCIÓN DE MEJORA								
		Código:								
		Versión: V.00								
PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA										
OBJETIVO		Disponer de un plan de las acciones a desarrollar para el mejoramiento continuo del proceso de Gestión Financiera de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona.								
ALCANCE		Subprocesos de Gestión Financiera								
TIPO DE HALLAZGO	ORIGEN	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO, NO CONFORMIDAD, OPORTUNIDAD DE MEJORA	ANÁLISIS DE LA CAUSA	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN	META	INDICADOR	CRONOGRAMA		RESPONSABLE DE LA ACCIÓN
								Fecha inicio	Fecha terminación	
OPORTUNIDAD DE MEJORA	E.S. E	El mapa de procesos está desactualizado.	Mapa de Procesos modificado en el 2014.	MEJORA	1. Establecer el modelo de operación por procesos. 2. Diseñar el nuevo mapa de proceso. 3. Presentar el mapa de procesos en junta.	Mapa de procesos actualizado	Mapa de procesos	3/03/2018	25/05/2018	E.S. E
OPORTUNIDAD DE MEJORA	Subdirección Administrativa	Los documentos existentes reflejan que no hay una documentación adecuada, esto genera una inseguridad en la planificación, la operación correcta del proceso y en el control eficaz. Los procedimientos y formatos con los que cuenta son obsoletos. Los roles y responsables de los procesos en Gestión Financiera no están correctamente asignados. No hay suficiente información documentada.	Desactualización de la información documentada de Gestión Financiera.	CORRECTIVA	1. Actualización de la información documentada de los siguientes subprocesos: Contabilidad Presupuesto Facturación Tesorería Cartera 2. Analizar con los responsables de cada subproceso las Modificaciones 3. Presentar la documentación a las oficinas de: Subdirección Administrativa, Calidad y a Control Interno para su revisión. 4. Aprobación de Gerencia	Información documentada actualizada	%actualización= (Procedimientos actualizados/Tot al de procedimientos) *100	5/03/2018	25/05/2018	Subdirección Administrativa, Gestión Financiera.

OPORTUNIDAD DE MEJORA	Subdirección Administrativa	El proceso de gestión Financiera no tiene una caracterización de sus procesos actualizada ni completa. La caracterización que tienen está obsoleta, su última actualización fue en el año 2014. Cuenta con una sola caracterización, la del proceso, pero no tiene por subprocesos, así que la información es un poco confusa. No se evidencia quién la diseñó, la revisó o si está aprobada.	Falta de Caracterizaciones de subprocesos.	CORRECTIVA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar documentación de los procedimientos, para conocer responsables, entradas y salidas de los subprocesos. 2. Crear formato de caracterización por subproceso. 3. Ajustar la información en cada formato de caracterización según el Ciclo PHVA. 4. Analizar con el responsable de cada subproceso la caracterización correspondiente. 5. Presentar los formatos actualizados a las oficinas de: Subdirección Administrativa, Calidad y a Control Interno para su revisión. 6. Aprobación por la Gerencia. 	Caracterización por Subproceso de Gestión Financiera.	$\% \text{Caracterización} = \left(\frac{\text{N}^\circ \text{ caracterizaciones}}{\text{Total de subprocesos}} \right) * 100$	9/04/2018	25/05/2018	Gestión Financiera: Contabilidad, Tesorería, Presupuesto, Cartera y Facturación.
OPORTUNIDAD DE MEJORA	Subdirección Administrativa	El Proceso Gestión Financiera no cuenta con indicadores suficientes que reflejen el nivel de cumplimiento de sus actividades en el Plan de Desarrollo POA.	Falta de Evaluaciones periódicas al Cumplimiento del POA.	MEJORA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Generar Indicadores de cumplimiento. 2. Hacer evaluaciones trimestrales de cumplimiento. 3. Realizar informes de análisis de los indicadores y entregarlos a Control Interno para su revisión. 4. Implementar Acciones Mejora según decida Subdirección Administrativa y gerencia durante cada evaluación. 5. Evaluación final en diciembre con su análisis final del nivel de cumplimiento del plan de Desarrollo. 	Cumplimiento del 100% de las actividades del POA.	$\text{Porcentaje del nivel de cumplimiento del Plan de desarrollo: } \left(\frac{\text{Actividades cumplidas}}{\text{Total de actividades}} \right) * 100$	5/05/2018	dic-18	Gestión Financiera: Contabilidad, Tesorería, Presupuesto, Cartera y Facturación. Subdirección administrativa, Control Interno.
OPORTUNIDAD DE MEJORA	Subdirección Administrativa	No se tiene Información documentada de las normas que rige al proceso de gestión Financiera.	No existe Normograma	CORRECTIVA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Investigar leyes, decretos, resoluciones, circulares que influyan en el funcionamiento del proceso de Gestión financiera. 2. Realizar formato de Normograma para la E.S.E. 3. Diligenciar formato. 4. Revisión del Normograma por parte de control interno, subdirección administrativa y de calidad. 	Normograma del proceso de Gestión Financiera	$\text{Normograma} = \left(\frac{\text{n}^\circ \text{ de subprocesos incluidos en el Normograma}}{\text{total de subprocesos}} \right) * 100$	1/05/2018	25/05/2018	Gestión Financiera: Contabilidad, Tesorería, Presupuesto, Cartera y Facturación. Subdirección administrativa, Control Interno, comité.

4.2 ACTUALIZACIÓN Y DISEÑO DE LA DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA

En la norma NTC ISO 9001:2015, se especifica que información debe estar documentada, es por ello que la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona, decide actualizar su documentación con apoyo de la autora de este proyecto.

4.2.1 Diseño de la documentación

Cada Documento se diseñó o actualizó, conforme al procedimiento **P-EGQ-01** “**Procedimiento para la elaboración y Control de Documentos**” Establecido para toda la E.S.E Hospital San Juan de Dios de pamplona, con el fin de unificar criterios. (Ver Anexo B)

Este procedimiento define el proceso para:

- Necesidad de creación.
- Elaboración de los documentos.
- Codificación.
- Edición de Documentos.
- Revisión de Documentos.
- Aprobación de Documentos.

4.2.2 Direccionamiento Estratégico

Con base en los resultados del diagnóstico realizado al área administrativa del Hospital San Juan de Dios, se actualiza y se propone el siguiente direccionamiento estratégico:

4.2.2.1 Misión propuesta

La E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona, es una institución prestadora de servicios de salud, de mediana complejidad, que, bajo un enfoque de promoción de salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación busca la satisfacción de sus clientes, usuarios y proveedores, a través de la atención humanizada, transparente y responsable, prestada por un equipo profesional comprometido con la excelencia y la eficiencia, que cuenta con la tecnología adecuada y con sostenibilidad financiera.

4.2.2.2 Visión propuesta

La E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona, será un referente a nivel regional por ser líder en la prestación de servicios de salud, enfocados a la satisfacción de las necesidades y expectativas de sus usuarios, proveedores y la comunidad, a través de servicios accesibles, eficientes, universales y oportunos, para lograr una rentabilidad social y sostenibilidad financiera.

4.2.2.3 Política de calidad

La E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Pamplona, está comprometido con la excelente prestación de servicios de salud de forma integral y humanizada, para la satisfacción total de las necesidades de los usuarios, proveedores, empleados y directivos, a través del uso eficiente de tecnología, el mejoramiento continuo de sus procesos, promoviendo la protección del medio ambiente, el cuidado de la salud y seguridad de todas las partes interesadas, el cumplimiento de los requisitos legales, garantizando la sostenibilidad financiera y el posicionamiento de la institución en el departamento de Norte de Santander.

4.2.2.4 Objetivos de calidad

- Lograr la satisfacción de los usuarios, desarrollando un plan de comunicaciones que permita la retroalimentación permanente con las partes interesadas de la institución.
- Establecer programas de mejoramiento continuo para aumentar la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos.
- Lograr la sostenibilidad financiera, apoyados en una adecuada gestión de contabilidad, de tesorería, de cartera y adecuada ejecución presupuestal.
- Adopción de la cultura ambiental, para la conservación, protección y optimización de los recursos naturales.

4.2.2.5 Principios y valores estratégicos

El desempeño de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona- Norte de Santander se regirá por los siguientes principios institucionales.

- ❖ **Humanización:** Garantizar el respeto de la dignidad de la persona y de sus derechos universales, con el fin de ofrecerle asistencia integral con calidez para mejorar la calidad de vida.
- ❖ **Trabajo en equipo:** Unir el esfuerzo de quienes intervienen en los procesos, actuando con armonía, cooperación, compromiso y tolerancia, para lograr el cumplimiento de los objetivos del Hospital.
- ❖ **Integridad:** Actuar de manera coherente a las normas éticas e institucionales, prestando un eficiente servicio a quien lo solicite.

La E.S.E Hospital San Juan de Dios para alcanzar su misión, visión y objetivos en beneficio de la población de Pamplona- Norte de Santander, se regirá por los siguientes valores:

- ❖ **Compromiso:** El hospital está comprometido con la satisfacción de los usuarios y proveedores, a través del cumplimiento de sus funciones, garantizando un servicio integral, acatando las leyes que nos rigen como entidad pública.
- ❖ **Responsabilidad:** El hospital cuenta con un equipo de trabajo que cumple con responsabilidad sus deberes hacia los usuarios, la institución y sus proveedores, garantizando el funcionamiento del hospital, el respeto por el medio ambiente, el sostenimiento financiero y la satisfacción de las necesidades.
- ❖ **Profesionalidad:** El hospital garantiza el correcto funcionamiento de sus procesos, es por ello, que el personal, está en capacitación continua de la mejora de los estándares de calidad.
- ❖ **Ética:** El hospital está enfocado en ofrecer un servicio, que brinde seguridad y confianza a sus usuarios, personal y proveedores. Actuando con transparencia y honestidad.

4.2.2.6 Alcance del sistema de Gestión de Calidad

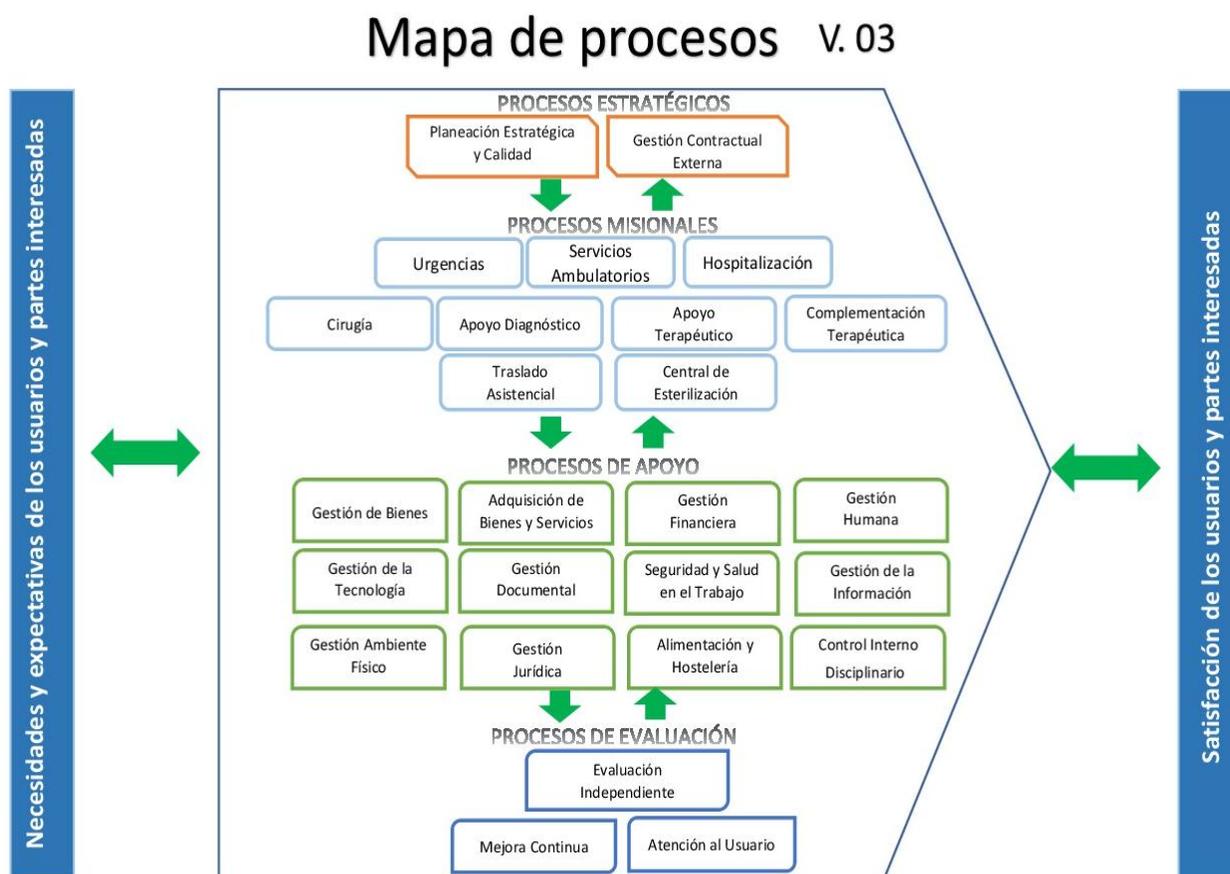
El sistema de gestión de calidad se realizó para el proceso de Gestión financiera de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de pamplona, Involucra a cada una de las personas implicadas en la ejecución de las actividades de los subprocesos.

4.2.3 Modelo de operación por procesos

Se identificaron los procesos y subprocesos, necesario para el cumplimiento de sus actividades que lleven a la satisfacción total de las necesidades y expectativas de sus usuarios, proveedores, empleados y directivos. (Ver anexo C)

4.2.4 Mapa de Procesos

Al actualizar el mapa de procesos se identifica gráficamente la secuencia e interacciones



entre los macro procesos del Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

Figura 16 *Propuesta: Mapa de Procesos E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona. Fuente: Autor*

4.2.5 Caracterización

Se estableció la caracterización de cada subproceso de Gestión financiera, identificando los proveedores, entradas, actividades, responsables, salidas y clientes. se actualizó aplicando el ciclo PHVA. (Ver Anexo D)

Tabla 5 Ficha Técnica Caracterización

 Gobernación de Norte de Santander	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD				
	FICHA DE CARACTERIZACIÓN				
	Código:				
	Versión:				
Nombre Subproceso					
OBJETIVO	<i>Describe la finalidad del proceso</i>				
ALCANCE	<i>Describe la amplitud del proceso, desde donde inicia hasta donde termina.</i>				
RESPONSABLE	<i>Se define el cargo del responsable del proceso</i>				
PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE
<i>Hace la referencia de los proveedores internos o externos que suministran las entradas.</i>	<i>Insumos para la ejecución de las actividades.</i>	P <i>Actividades para planear los procesos</i>	<i>Responsables de la ejecución de las actividades</i>	<i>Resultado obtenido al ejecutar las actividades del proceso</i>	<i>Hace referencia a los clientes internos o externos que reciben las salidas del proceso</i>
		H <i>Actividades para hacer los procesos</i>			
		V <i>Actividades para hacer seguimiento a los procesos</i>			
		A <i>Actividades para tomar acciones de mejora</i>			
RECURSOS					
TALENTO HUMANO		INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE TRABAJO		TECNOLOGICOS	
<i>Talento humano necesario para la ejecución del proceso</i>		<i>Infraestructura donde se realiza el proceso.</i>		<i>Hardware y software</i>	
CRITERIOS DE SEGUIMIENTO Y CONTROL					
<i>Indicadores que permiten evaluar la efectividad, la eficacia y la eficiencia del proceso.</i>					
REQUISITOS LEGALES					
MECI 2014		NORMA ISO NTCGP 1000:2009		NORMA NTC ISO 9001:2015	
DOCUMENTOS ASOCIADOS (Procedimientos/guías/registros, etc.)					
Código		Nombre			
<i>Código del documento</i>		<i>Procedimientos/guías/registros que son requeridos para la ejecución de los procesos.</i>			
APROBACIÓN Y CONTROL DE CAMBIOS DEL DOCUMENTO					
	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ		
FIRMA:					
NOMBRE:					

CARGO:			
---------------	--	--	--

4.2.5.1 Subproceso de Presupuesto

Este proceso inicia con la identificación de necesidades de recursos para la elaboración del presupuesto, ejecución del mismo y seguimiento a este en periodos establecidos, y así tener información disponible para la toma de decisiones. Su objetivo es Elaborar el presupuesto de la E.S.E San Juan de Dios de Pamplona, en función de las necesidades de la entidad, haciendo uso eficiente de los recursos para desarrollar las actividades, alcanzar los objetivos, así mismo, realizar seguimiento para medir el nivel de cumplimiento, para efectuar recomendaciones pertinentes.

4.2.5.2 Subproceso de Contabilidad

Este proceso inicia desde la identificación de necesidades de la información Financiera, elaboración de los estados Financieros hasta el balance comparativo del estado de resultados, para tomar acciones correctivas, preventivas y/o mejora. Su objetivo es Registrar técnicamente la información financiera, de acuerdo a los principios de contabilidad pública generalmente aceptados, emitiendo información razonable para apoyar la toma de decisiones gerencial.

4.2.5.3 Subproceso de Tesorería

Este proceso inicia con la planeación del flujo de efectivo para la elaboración del PAC, el ingreso y pago oportuno de las obligaciones, seguimiento a estas actividades en periodos establecidos, y así tener información disponible para la toma de decisiones. Su objetivo es Garantizar la disponibilidad y control de efectivo, mediante el recaudo oportuno de la venta de servicios, el registro de los ingresos y pago de obligaciones, para cumplir con los compromisos adquiridos por la E.S.E. San Juan de Dios de Pamplona.

4.2.5.4 Subproceso de Cartera

Este proceso inicia desde la recepción de los títulos valores que se generan en el área de facturación, hasta el descargue a satisfacción de los pagos recaudados y la entrega de los documentos relacionados con el cobro a las áreas de contabilidad y presupuesto. Su objetivo es Lograr el cobro diligente y oportuno de los recursos que le corresponden por la prestación de servicios de salud. de la E.S.E San Juan de Dios de Pamplona.

4.2.5.5 Subproceso de facturación

Este proceso Se aplica en toda la E.S.E San Juan de Dios de Pamplona y cubre la facturación de los servicios de salud con cada entidad administradora de planes de beneficios. Su objetivo es Registrar y facturar el 100% de los Servicios de Salud prestados según parámetros de atención establecidos en los contratos de prestación de servicios con las entidades administradoras de planes de beneficios.

4.2.6 Procedimiento

Se actualizaron los procedimientos requeridos para la eficaz ejecución de las actividades del proceso de Gestión financiera. Se modificó el encabezado, pie de página, se incluyeron los flujogramas de todos los procedimientos, se actualizó la versión, el control de registros. (Ver Anexo E)

4.2.7 Instructivos

Un instructivo es un documento donde de forma detallada y secuencial, se describen los pasos para el desarrollo de las actividades de un proceso. En el proceso de Gestión Financiera existen dos instructivos, se les modificó el encabezado, pie de página y se le anexó flujograma. (Ver Anexo F)

4.2.7 Formatos

Son los documentos en blanco que, al ser diligenciados, serán registros que representan la operación de los procesos y permitirán documentar la trazabilidad. (Ver Anexo G)

4.2.8 Manual de funciones

Se determinaron los responsables de la ejecución del proceso de gestión financiera, estableciendo el propósito del cargo, descripción de las actividades esenciales, conocimientos básicos, competencia, requisitos y responsabilidades con la organización. (Ver Anexo H)

4.2.9 Registros

4.2.9.1 Matriz de Riesgo de la E.S.E Hospital San Juan de Dios

Se describe la metodología propuesta para la gestión del riesgo de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona, basado en la guía para la administración del riesgo, del Departamento



Administrativo de la Función Pública (DAFP). (Ver Anexo I)

Figura 17 Metodología: Administración del riesgo, Fuente: Autor.

Etapa 1: Contexto Estratégico:

A través de este paso, se busca conocer las condiciones internas y del entorno que pueden generar eventos que pueden afectar negativamente el cumplimiento de las actividades de la entidad.

Tabla 6 Contexto Estratégico

FACTORES EXTERNOS	FACTORES INTERNOS
Económico: Disponibilidad de capital, emisión de deuda o no pago de la misma, liquidez, mercados financieros, desempleo, competencia	Infraestructura: activos disponibles, acceso a los activos, capacidad.
Medio Ambientales: Emisiones y residuos, energía, catástrofes naturales, desarrollo sostenible.	Personal: Capacidad del personal, salud, seguridad.
Legales y normativos: Cambios de gobierno, legislación, políticas públicas, regulación.	Procesos: Capacidad, diseño, ejecución, proveedores, entradas, salidas, conocimiento.
Tecnológicos: Interrupciones de servicio, tecnología emergente.	Tecnología: Integridad de datos, disponibilidad de datos y sistemas, desarrollo, producción, mantenimiento.

Etapa 2: Identificación del riesgo

El formato de identificación de riesgos permitirá hacer un inventario de los mismos, definiendo las causas con base en el contexto estratégico, una descripción de cada uno y definiendo las consecuencias.

¿Qué puede suceder? ¿Cómo puede suceder?

Proceso: Nombre del Proceso

Objetivo del proceso: Es el mismo objetivo que se ha definido para el proceso al cual se le están identificando los riesgos.

Riesgo: Posibilidad de ocurrencia de un evento que pueda afectar negativamente el desarrollo de la entidad.

Causas (Factores internos o externos): Son los medios, circunstancias y agentes generadores del riesgo.

Descripción: Características generales en las que se observa o manifiesta el riesgo identificado.

Efectos: Consecuencias de la ocurrencia del riesgo sobre la entidad.

Clasificación del riesgo

- **Riesgo estratégico:** Se relaciona con la forma en que se administra la entidad. se enfoca en asuntos globales: Misión, cumplimiento de los objetivos estratégicos, definición de políticas, diseño y conceptualización de la entidad por parte de la alta gerencia.
- **Riesgos de Imagen:** Están relacionados con la percepción y la confianza por parte de la ciudadanía hacia la entidad.
- **Riesgos operativos:** Comprende riesgos provenientes del funcionamiento y operatividad de los sistemas de información institucional, definición de procesos, de la estructura de la entidad, de la articulación entre dependencias.
- **Riesgos Financieros:** Se relacionan con el manejo de los recursos de la entidad, incluyen: ejecución presupuestal, elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes de tesorería y el manejo sobre los bienes.

- **Riesgos de cumplimiento:** Se asocian con la capacidad de la entidad para cumplir con los requisitos legales, contractuales, de ética pública y en general con su compromiso ante la comunidad.
- **Riesgos de tecnología:** Están relacionados con la capacidad tecnológica de la entidad para satisfacer sus necesidades.
- **Riesgo de corrupción:** Posibilidad de que, por acción u omisión mediante el uso indebido del poder, de los recursos o de la información, se lesionen los intereses de la entidad para beneficio particular.

Etapa 3: Análisis del riesgo

El riesgo se mide de acuerdo al impacto y a la probabilidad para ubicarlo en nuestra matriz de calificación, evaluación y respuesta a los riesgos.

Determinar probabilidad

Tabla 7 *Tabla de probabilidad*

TABLA DE PROBABILIDAD			
Nivel	Descriptor	Descripción	Frecuencia
1	Rara vez	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales.	No se ha presentado en los últimos 5 años.
2	Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento.	Al menos 1 vez en los últimos 5 años.
3	Posible	El evento podría ocurrir en algún momento.	Al menos 1 vez en los últimos 2 años.
4	Probable	El evento probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias.	Al menos 1 vez en el último año.
5	Casi seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias.	Más de 1 vez al año.

Determinar consecuencias

Impacto: Forma en la cual el riesgo afecta los resultados del proceso.

Tabla 8 Niveles de Impacto de Ocurrencia del Riesgo

NIVELES DE IMPACTO DE OCURRENCIA DEL RIESGO			
Nivel	Descriptor	Impacto (consecuencias) cualitativo	Impacto (consecuencias) cuantitativo
1	Insignificante	<ul style="list-style-type: none"> ● No hay interrupción de las operaciones de la entidad. ● No se generan sanciones económicas o administrativas. ● No se afecta la imagen institucional de forma significativa. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\leq 0,5\%$. ● Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\leq 1\%$. ● Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor $\leq 0,5\%$. ● Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor $\leq 0,5\%$ del presupuesto general de la entidad.
2	Menor	<ul style="list-style-type: none"> ● Interrupción de las operaciones de la Entidad por algunas horas. ● Reclamaciones o quejas de los usuarios que implican investigaciones internas disciplinarias. ● Imagen institucional afectada localmente por retrasos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\leq 1\%$. ● Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\leq 5\%$. ● Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor $\leq 1\%$. ● Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad. ● Aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor $\leq 1\%$ del presupuesto general de la entidad.
3	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> ● Interrupción de las operaciones de la Entidad por un día (1) ● Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar una denuncia ante los entes reguladores o una demanda de largo alcance para la entidad. ● Inoportunidad en la información ocasionando retrasos en la atención a los usuarios. ● Reproceso de actividades y aumento de carga operativa. Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por retrasos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos. ● Investigaciones penales, fiscales o disciplinarias. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\geq 5\%$ ● Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\geq 10\%$. ● Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor $\geq 5\%$ ● Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor $\geq 5\%$ del presupuesto general de la entidad.

4	Mayor	<ul style="list-style-type: none"> ● Interrupción de las operaciones de la Entidad por más de dos (2) días. ● Pérdida de información crítica que puede ser recuperada de forma parcial incompleta. ● Sanción por parte del ente de control u otro ente regulador. ● Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando el cumplimiento en las metas de gobierno. ● Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por incumplimientos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\geq 20\%$. ● Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\geq 20\%$. ● Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor $\geq 20\%$ ● Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor $\geq 20\%$ del presupuesto general de la entidad.
5	Catastrófico	<ul style="list-style-type: none"> ● Interrupción de las operaciones de la Entidad por más de cinco (5) días. ● Intervención por parte de un ente de control u otro ente regulador. ● Pérdida de Información crítica para la entidad que no se puede recuperar. ● Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave la ejecución presupuestal. ● Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por actos o hechos de corrupción comprobados. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Impacto que afecte la ejecución presupuestal en un valor $\geq 50\%$ ● Pérdida de cobertura en la prestación de los servicios de la entidad $\geq 50\%$. ● Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar el presupuesto total de la entidad en un valor $\geq 50\%$ ● Pago de sanciones económicas por incumplimiento en la normatividad aplicable ante un ente regulador, las cuales afectan en un valor $\geq 50\%$ del presupuesto general de la entidad

Clasificación del riesgo

Tabla 9 *Tipos de Impacto*

Tipo de impacto	Tipos de impacto				
	Insignificante (1)	Menor (2)	Moderado (3)	Mayor (4)	Catastrófico (5)
Imagen	Se afectó al grupo de funcionarios del proceso	Se afectó a todos los funcionarios de la entidad.	Se afectó a los usuarios locales.	Se afectó a los usuarios locales y regionales.	Se afectó a los usuarios en el orden nacional.
Operativo	Ajuste a una actividad concreta	Cambios a los procedimientos.	Cambios en la interacción de los procesos.	Intermitencia en el servicio.	Paro total del proceso.
Legal	Multas	Demandas	Investigación disciplinaria	Investigación fiscal	Intervención, Sanción
Confidencialidad de información	Personal	Grupo de trabajo	Relativa al proceso	Institucional	Estratégico

Estimar el nivel del riesgo:

Tabla 10 *Matriz de calificación, evaluación y respuesta a los riesgos*

Matriz de calificación, evaluación y respuesta a los riesgos					
Probabilidad	Impacto				
	insignificante (1)	Menor (2)	Moderado (3)	Mayor (4)	Catastrófico (5)
Rara vez (1)	B	B	M	A	A
Improbable (2)	B	B	M	A	E
Posible (3)	B	M	A	E	E
Probable (4)	M	A	A	E	E
Casi seguro (5)	A	A	E	E	E

Medidas de respuesta a los riesgos

Tabla 11 *Medidas de respuesta a los riesgos*

MEDIDAS DE RESPUESTA A LOS RIESGOS					
Zona de riesgo	color	Opciones de tratamiento			
		Evitar	Reducir	Compartir o transferir	Asumir
Baja	Verde				x
Moderada	Amarillo		x		x
Alta	Naranja	x	x	x	
Extrema	Rojo	x	x	x	

Tabla 12 *Clases de control*

CLASES DE CONTROL

Controles de gestión	Indicadores de gestión
	Monitoreo de riesgos
	Comité Junta Directiva
	Seguimiento al plan estratégico y operativo
	Seguimiento al cronograma
Controles operativos	Aplicación lista de chequeo, formatos.
	Aplicación de manuales, guías, procedimientos, instructivos.
	Capacitación del personal

	Validación de información
	Copias de seguridad
Controles Legales	Normas claras y aplicadas
	Control de términos

Determinar si los controles están documentados

Esta actividad permite conocer cómo se lleva a cabo el control, quién es el responsable de su ejecución y cuál es la periodicidad para su ejecución.

Determinar si el control que se implementa es automático o manual

Un control se considera automático si utilizan herramientas tecnológicas como sistemas de información o software que permiten incluir contraseñas de acceso, o con controles de seguimiento a aprobaciones o ejecuciones que se realizan a través de este, generación de reportes o indicadores, sistemas de seguridad con scanner, sistemas de grabación, entre otros.

Los controles manuales son políticas de operación aplicables, autorizaciones a través de firmas o confirmaciones vía correo electrónico, archivos físicos, consecutivos, listas de chequeo, controles de seguridad con personal especializado, entre otros.

Determinar si los controles se están aplicando en la actualidad

Se analiza la medida en que los controles no se quedan en el papel y son conocidos y ejecutados, por los responsables

Determinar si los controles han sido efectivos para el tratamiento del riesgo

Un control se considera efectivo, cuando garantiza que el riesgo inherente puede disminuir en probabilidad de ocurrencia y/o severidad, minimizando el riesgo calificado como amenaza o vulnerabilidad.

Tabla 13 *Criterios de Valoración del Riesgo*

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL RIESGO			
Criterios para la evaluación	Evaluaci	Punt	Observacion

	Calificación		Puntaje	Ponderación
	S I	N O		
¿Existen manuales, instructivos o procedimientos para el manejo del control??			15	
¿Están definidos el (los) responsable (s) de la ejecución del control y del seguimiento?			5	
¿El control es automático? (Sistema o software que permiten incluir contraseñas de acceso, o con controles de seguimiento, a aprobaciones o ejecuciones que se realizan a través de este, generación de reportes o indicadores, sistemas de seguridad con scanner, sistemas de grabación, etc.)			15	
¿El control es manual? (Políticas de operación aplicables, autorizaciones a través de firmas o confirmaciones vía correo electrónico, archivos físicos, consecutivos, listas de chequeo, controles de seguridad con personal autorizado, etc.)			10	
¿La frecuencia de ejecución del control y seguimiento es la adecuada?			15	
¿Se cuenta con evidencias de la ejecución y seguimiento del control?			10	
¿En el tiempo que lleva la herramienta ha sido efectiva?			30	
TOTAL			100	

Análisis del Riesgo Residual

Esta etapa busca establecer tanto la probabilidad de ocurrencia del riesgo como la consecuencia o impacto final, teniendo en cuenta la calificación realizada a los controles existentes para gestionarlos.

Tabla 14 *Análisis del Riesgo Residual*

RANGOS DE CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES	DEPENDIENDO SI EL CONTROL AFECTA PROBABILIDAD O IMPACTO DESPLAZA EN LA MATRIZ DE CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y RESPUESTA A LOS RIESGOS	
	Cuadrante a disminuir en la Probabilidad	Cuadrante a disminuir en el impacto
De 0 a 50	0	0
De 51 a 75	1	1
De 76 a 100	2	2

Etapa 5: Definir el tratamiento a través de planes de mejoramiento

El tratamiento de los riesgos involucra identificar las opciones para tratar los riesgos residuales priorizados. El desplazamiento dentro de la matriz de evaluación y calificación determinará finalmente la selección de las opciones de tratamiento del riesgo, así:

- **Evitar el riesgo:** Refiere a las medidas orientadas a prevenir la materialización del riesgo; dicha opción se toma cuando es posible generar al interior de los procesos cambios importantes asociados a mejoramiento de actividades, controles adecuados, rediseño de procedimientos, entre otros.
- **Reducir el riesgo:** Asocia medidas para disminución de la probabilidad (Medidas preventivas) y el impacto (Medidas de protección), que implican menores esfuerzos en términos operativos y de costos.
- **Compartir o transferir el riesgo:** reduce su efecto a través del traspaso de las pérdidas a otras organizaciones, como en el caso de los contratos de seguros o a través de otros medios que permiten distribuir una porción del riesgo con otra entidad, como en los contratos a riesgo compartido.
- **Asumir un riesgo:** Luego de que el riesgo ha sido reducido o transferido puede quedar un riesgo residual que se mantiene, en este caso, el gerente del proceso simplemente acepta la pérdida residual probable y elabora planes de contingencia para su manejo.

Dicha selección implica equilibrar los costos y los esfuerzos para su implementación, así como los beneficios finales, por lo tanto, se deberá considerar los siguientes aspectos como:

- **Viabilidad jurídica:** Velar por que los controles que se van a implantar no vayan en contra de la normatividad vigente.
- **Viabilidad técnica e institucional:** Establecer claramente si la entidad está en capacidad de implantar y sostener a largo plazo nuevas tecnologías u otros mecanismos necesarios para ejecutar el control.
- **Análisis de costo-beneficio:** Prácticamente todas las respuestas a los riesgos implican algún tipo de costo directo o indirecto que se debe sopesar en relación con el beneficio que genera. Se ha de considerar el costo inicial del diseño e implementación de una respuesta (procesos, personal, tecnología), así como el costo de mantener la respuesta de forma continua.
- **Plan de manejo y/o acciones asociadas:** Los planes de manejo son el conjunto de actividades (acciones) encaminadas a realizar el tratamiento del riesgo, en ellos se identifica los responsables, las fechas de cumplimiento y los indicadores para medir la eficacia de las acciones implementadas.

Adicionalmente, si al valorar los riesgos estos resultan en zona de riesgo “Alta” o “Extrema”, se puede formular opcionalmente un Plan de Contingencia cuyo contenido proyecta aquellas acciones inmediatas a ejecutar en caso de la materialización del riesgo. Esto evita que se presente inconvenientes en el cumplimiento de los objetivos de la Entidad.

Etapa 6: Monitoreo y seguimiento

Una vez se han implementado el plan de manejo del riesgo, se debe realizar un monitoreo a través de seguimientos programados, evaluaciones o auditorías. Con esto, se evalúa la efectividad de las medidas y si éstas han impactado en términos de la disminución de la valoración del riesgo o si las circunstancias han podido alterar las prioridades del mismo.

4.2.9.2 Matriz legal E.S.E hospital san juan de dios de pamplona

Se diseñó una matriz legal para asegurar que la E.S.E Hospital San Juan de Dios de pamplona, cumpla con las obligaciones legales de su entorno, en materia de procedimientos que le compete al proceso de Gestión Financiera y a la actividad de la entidad. (Ver Anexo J)

4.2.9.3 Listado Maestro de Documentos y Formatos

Se diseñó un formato en Excel, donde se relaciona toda la información documentada del sistema de Gestión del proceso de Gestión Financiera. Utilizando una estructura adecuada para registrar documentos y formatos relacionados. (Ver Anexo K)

4.5.2.6 Plan de Comunicaciones

Se diseñó una matriz de comunicaciones para definir las áreas y canales de comunicación dentro del proceso de Gestión financiera, con el fin de asegurar el flujo de información adecuadamente. (Ver Anexo L)

4.5.2.7 Indicadores

Se diseñaron indicadores de gestión para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los subprocesos de Gestión financiera, con el fin de ejecutarlos y controlarlos para mejorar continuamente.

El proceso comprendió desde el diseño de una ficha técnica de un indicador (Ver tabla 15. Ficha Técnica Indicador), el instructivo para su adecuado uso, esta ficha quedó estandarizada con encabezado del hospital, Proceso y subproceso al cual se le aplicará el indicador, el objetivo, el alcance, los responsables de su implementación, cualquier proceso de la E.S.E podrá hacer uso de la ficha técnica.

Ver anexo M. Indicadores de Gestión

4.5.2.7.1 Tablero de Indicadores de Gestión

Se diseñó un cuadro de indicadores de gestión para que sirva como guía en la planeación estratégica, con el propósito de resumir el monitoreo que se le deben hacer a los indicadores con el fin de mantener la información actualizada para lograr el alcance de los objetivos de calidad.

Tablero de indicadores: (Ver tabla 16. Tablero de indicadores de Gestión)

Tabla 15 *Ficha Técnica Indicador*

 Gobernación de Norte de Santander	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		
	FICHA TÉCNICA DE INDICADOR		
	Código:	Fecha:	
	Versión:	Página:	

OBJETIVO	Definir las directrices para diligenciar la ficha de indicador de cada uno de los procesos y subprocesos del Hospital San Juan de Dios de Pamplona.
ALCANCE	Este instructivo aplica para todos los procesos y subprocesos de la entidad. Inicia desde que se toma la decisión de crear un nuevo indicador y va hasta la definición de acciones derivadas del resultado del indicador.
RESPONSABLE	Es responsabilidad de cada líder de proceso / subproceso aplicar lo descrito en este instructivo.

DEFINICIONES
<p>Indicador: Son medidas estadísticas basadas en cifras o ratios que se utilizan como criterio para juzgar y evaluar el desempeño de una organización, un sistema o un proceso.</p> <p>Eficacia: Es la capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera.</p> <p>Eficiencia: Es la capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir un efecto determinado.</p> <p>Efectividad: Es sinónimo de eficacia.</p>

CONDICIONES
No aplica

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
<p>Las siguientes indicaciones aplican para el diligenciamiento del formato Ficha técnica de indicadores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Defina a que proceso y subprocesos pertenece el indicador que va a registrar. 2. Describa el tipo de indicador: Eficacia (aprovechamiento de recursos) , Eficiencia (Cumplimiento) o Efectividad (o impacto). 3. Indique quien o quienes son los responsables de la medición, la toma de datos y el análisis de la información que arroja este indicador. 4. Describa lo que se espera medir del objetivo al que está asociado, debe ayudar a entender la utilidad o uso del indicador. 5. La forma en que se expresa el resultado de la aplicación del indicador, esta unidad está en función de la fórmula o método de cálculo utilizado en la construcción del indicador. 6. Mencionar las fuentes de todos los datos que permiten el calculo de la formula para llegar al indicador. 7. Establecer si el indicador a lo largo del tiempo tiene un comportamiento ascendente, descendente, regular o nominal. 8. Describa la clase de indicador: Proceso, S.G.C, Satisfacción del usuario. 9. Defina la delimitación del objetivo en cantidad. 10. Establezca con que frecuencia se registran y se analizan los datos del indicador, ya sea mensual, bimestral, trimestral, semestral, entre otras. 11. Según el indicador establezca la formula. 12. Indique el Periodo al que se le va a aplicar el indicador. 13. Ingrese el numerador y denominador según la formula. 14.El resultado se generará automáticamente. 15. Diligencie el cuadro análisis de la información de cada indicador y en caso de ser necesario tomar acción correctiva o proponer acción preventiva y de mejora. 16. Generar gráfico de indicador.

Tabla 16 *Tablero indicadores de Gestión*

	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
	TABLERO INDICADORES DE GESTIÓN	
	Versión: 00	

PROCESO	INDICADOR	FORMULA	OBJETIVO	TIPO DE INDICADOR	PERIODICIDAD		UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	OBJETIVO DE CALIDAD
					Recolección	Revisión				
G E S T I Ó N F I N A N C I E R A	Satisfacción del Usuario	Medición de la Satisfacción del usuario=(N° encuestas con calificación mayor a 3.0/ No. Total de encuestas Satisfacción del usuario realizadas)*100	Medir el nivel de satisfacción de los usuarios de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona	Eficacia	Mensual	Semestral	%	Sob=100%	Contratista de facturación	1
	Atención a las PQRSF	atención a las PQRSF=(No. PQRSF Contestadas en el tiempo establecido/ No. Total de PQRSF recibidas)*100	Establecer el porcentaje en el cual los procesos dan solución de las peticiones, quejas, reclamos, denuncias y felicitaciones presentadas por los usuarios de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona.	Eficacia	Mensual	Trimestral	%	sob>=98%	Contratista de facturación	1
	Apalancamiento Total	Nivel de Endeudamiento = (Total Pasivo / Patrimonio)	Medir el grado de compromiso del patrimonio de la E.S.E San Juan de Dios de Pamplona con los acreedores.	Eficiencia	Anual	Anual	\$		Lider del Subproceso de Contabilidad	2
	Capital de Trabajo	Capital de trabajo= Activo corriente - Pasivo corriente	Mide la liquidez operativa del Hospital San Juan de Dios, es decir, el remanente luego de liquidar sus activos corrientes (convertirlos en efectivo) y pagar el pasivo de corto plazo.	Eficiencia	Anual	Anual	\$	SOB>= 30% del Presupuesto	Lider del Subproceso de Contabilidad	2
	Solidez	Solidez = Activo total / Pasivo total	Medir la capacidad del pago a corto y largo plazo de la E.S.E Hospital San Juan de Dios.	Eficiencia	Anual	Anual	\$		Lider del Subproceso de Contabilidad	2
	Nivel de Endeudamiento	Nivel de Endeudamiento = (Total Pasivo / total Activo) *100	Medir el nivel de endeudamiento que posee la E.S.E San Juan de Dios de Pamplona.	Eficiencia	Anual	Anual	%	Sob = (0%-40%)	Lider del Subproceso de Contabilidad	2
	Liquidez	Razón corriente = Activo corriente / Pasivo corriente	Medir la capacidad de cumplimiento de la E.S.E San Juan de Dios con los pagos a corto plazo.	Eficiencia	Anual	Anual	\$	Sob>= 1	Lider del Subproceso de Contabilidad	2
	Relación de Rotación de Cartera	Relación rotación de Cartera=(Ingresos promedio por venta de servicios del periodo/Cuentas por cobrar promedio)	Medir el numero de días que demora la E.S.E San Juan de Dios de Pamplona, en recuperar los recursos que factura.	Eficiencia	Mensual	Semestral		Sob>=85%	Lider del Subproceso de Cartera	2
	Cumplimiento plan de desarrollo	nivel de cumplimiento del Plan de desarrollo: (Actividades cumplidas/ Total de actividades)*100	Medir el porcentaje de Cumplimiento de las actividades del plan de desarrollo de la E.S.E San Juan de Dios de Pamplona.	Eficiencia	Trimestral	Trimestral	%	Sob>=85%	Lider del subproceso de Presupuesto	2
	Ejecución del PAC	Ejecución del pac=(Promedio de obligaciones pagadas/Promedio de PAC asignado) * 100	Medir el porcentaje de ejecución del PAC asignado para la E.S.E San Juan de Dios de Pamplona	Eficacia	Mensual	Mensual	%	Sob>=90%	Contratista de tesorería	2
	%De Actualización	%actualización=(Procedimientos, instructivos, formatos actualizados/Total de procedimientos, instructivos y formatos)*100	Medir el porcentaje de documentos actualizados de los procesos de la E.S.E San Juan de Dios de Pamplona	Eficiencia	Anual	Anual	%	Sob>=95%	Subdirección Administrativa	2
	%De Caracterizaciones	%Caracterización=(n° caracterizaciones/Total de subprocesos)*100	Establecer el porcentaje de actualización de caracterizaciones de Subprocesos.	Eficiencia	Anual	Anual	%	Sob>=95%	Subdirección Administrativa	2
	Cumplimiento de Auditorías internas	Porcentaje de auditorías Internas a GF: (Auditorías Internas cumplidas/ Total de Auditorías Internas Planificadas)* 100	Medir el porcentaje de Cumplimiento semestral de auditorías Internas.	Eficiencia	Semestral	Semestral	%	Sob>=95%	Subdirección Administrativa	2
Efectividad del recaudo	Efectividad del recaudo = (Valor cancelado / Valor reclamado)*100	Medir la efectividad en el procedimiento de recaudo de la E.S.E Hospital San Juan de Dios.	Efectividad	Trimestral	Trimestral	%	sob>=90%	Lider del Subproceso de Cartera	2	

4.3 ESTUDIO ECONÓMICO

4.3.1 Inversión Inicial

Para la inversión inicial de la actualización de la información documentada de la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona, se requieren diferentes tipos de activos, como lo son los equipos e implementos necesarios para la ejecución de las actividades.

Tabla 17
Activos Fijos

EQUIPO	CANTIDAD	PRECIO POR UNIDAD	TOTAL
Escritorio	3	\$569.900	\$1.709.700
Silla ergonómica	3	\$219.900	\$659.700
computador de mesa	3	\$1.998.000	\$5.994.000
mouse	3	\$29.999	\$89.997
Fax	1	\$285.733	\$285.733
Teléfono	1	\$389.999	\$389.999
Impresora	1	\$129.900	\$129.900
		TOTAL	\$9.259.029

4.3.1.1 Software ISOTOOLS

Se le recomienda a la E.S.E Hospital San Juan de Dios el invertir en un software que le permitirá a optimizar el sistema de gestión, aportará resultados a corto plazo, dará cumplimiento a las normas ISO de calidad, medio ambiente, seguridad y salud laboral, seguridad en la información y a otros modelos de acreditación. Se eliminará el papel, se reducirán errores. (Base, 2010)

Tabla 18 Tarifas ISOTools

		PRIMER AÑO	CADA AÑO
PAGO ÚNICO PRIMER AÑO	1. Módulo Base		
	Módulo base	\$ 10.045.266	
	2. Módulos		
	Calidad	\$ 6.027.160	
	Medio Ambiente	\$ 4.018.106	
	Seguridad Laboral	\$ 5.022.633	
	Seguridad Alimentaria	\$ 5.022.633	
	Seguridad de la Información	\$ 5.022.633	
	Gestión por competencias	\$ 4.018.106	
	Balanced Scorecard	\$ 14.063.372	
	Cartas de Servicio	\$ 6.362.002	
	Evaluación ISO 9.004	\$ 5.022.633	
	Excelencia	\$ 5.022.633	
PAGO EL PRIMER Y EL RESTO DE LOS AÑOS	3. Usuarios Administradores		
	por usuario	\$ 3.013.580	\$ 3.013.580
	4. Usuarios Responsables		
	Por Usuario	\$ 1.004.527	\$ 1.004.527
	5. Usuarios Operativos		
	Por usuario (MIN 5)	\$ 2.511.317	\$ 2.511.317
6. Usuarios por lectura			
	Por usuario (MIN 5)	\$ 837.106	\$ 837.106
INVERSIÓN TOTAL		\$ 77.013.706	\$ 7.366.528

4.3.2 Egresos

La Actualización de la Documentación presenta gastos de mano de obra, oficina y otros.

4.3.2.1 Mano de obra

En la actualización del SGC, la mano de obra la cumple el profesional Universitario encargado de la ejecución del SGC y dos auxiliares Administrativos que trabajaran como apoyo.

Tabla 19 *Tarifa Mano de Obra.*

NOMBRE	N° CARGOS	SUELDO	SUBSIDIO TRANSPORTE	SALARIO	PRESTACIONES SOCIALES	TOTAL	SALARIO ANUAL	TOTAL
Profesional Universitario - SGC	1	\$3.318.669	\$0	\$3.318.669	CESANTIAS	\$276.445	\$62.334.398	\$62.334.398
					INTERES CESANTIAS	\$33.173		
					PRIMAS	\$276.445		
					VACACIONES	\$138.223		
					SALUD	\$282.087		
					PENSIONES	\$398.240		
					APORTES PARAFISCALES	\$298.680		
					ARL	\$172.571		
Auxiliar Administrativo - SGC	2	\$1.452.662	\$88.211	\$1.540.873	CESANTIAS	\$128.355	\$28.942.147	\$57.884.294
					INTERES CESANTIAS	\$15.403		
					PRIMAS	\$128.355		
					VACACIONES	\$64.177		
					SALUD	\$130.974		
					PENSIONES	\$184.905		
					APORTES PARAFISCALES	\$138.679		
					ARL	\$80.125		
TOTAL MANO DE OBRA								\$120.218.692

Total, mano de obra Anual= \$120.218.692

4.3.2.2 Otros

Al implementar la actualización, se incurrirán en otros gastos, como lo son los servicios públicos, publicidad para difundir información, papelería e hidratación.

Tabla 20 *Valor otros*

CONCEPTO	COSTO ANUAL
Servicios Públicos	\$600.000

Papelería	\$2.500.000
Publicidad	\$300.000
Hidratación	\$864.000
TOTAL	\$4.264.000

El total de los egresos anuales serán la sumatoria de mano de obra, mantenimiento del software y otros.

CONCEPTO	COSTO ANUAL	Tabla 21 Total Egresos
Mano de Obra	\$120.218.69	
Otros	\$ 4.264.000	
Mantenimiento software	\$ 7.366.528	
TOTAL	\$ 131.849.220	

4.3.3 Ingresos

Los ingresos de la E.S.E Hospital san Juan de Dios de Pamplona, corresponden a Ingresos no tributarios por prestación de servicio de servicios de salud y los recaudos por rendimiento financiero.

$$\text{Ingreso} = (\text{Precio venta Unidad}) * (\text{cantidad})$$

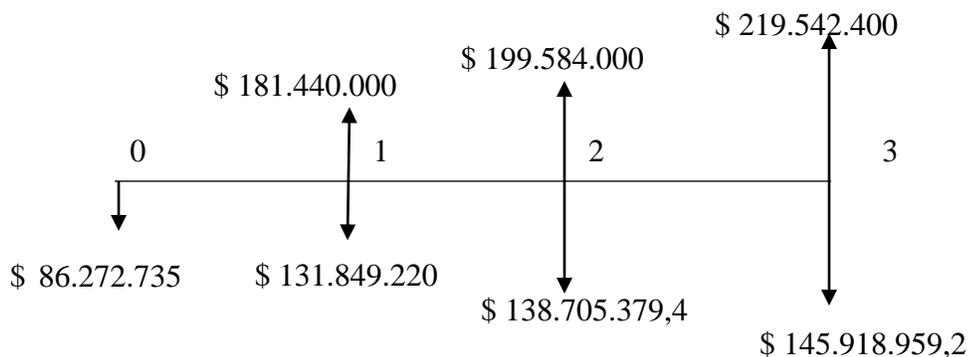
$$\text{Ingreso} = (21.000) * (720)$$

$$\text{Ingreso Mensual} = \$15.120.000$$

$$\text{Ingreso Anual} = \$ 181.440.000$$

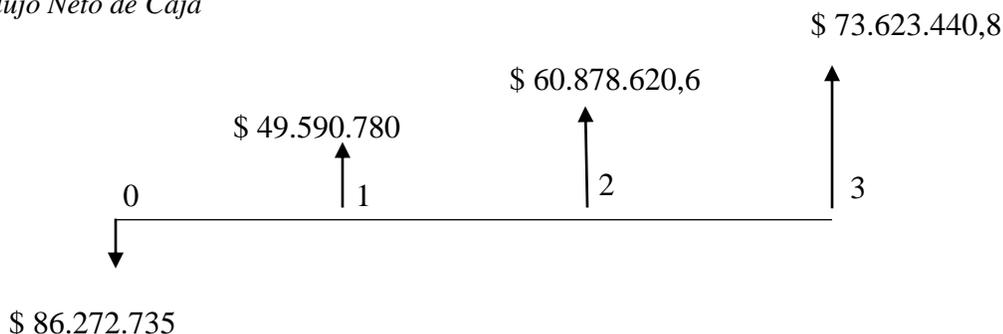
4.3.4 Evaluación Económica

Tabla 22 *Flujo Bruto de Caja*



Se muestra el total de los ingresos y egresos anuales con las tasas de intereses del 1.10 a los ingresos y de 5.2% a los egresos.

Tabla 23 *Flujo Neto de Caja*



4.3.4.1 Valor Presente Neto

Para determinar el valor presente neto se usó un porcentaje de interés de captación del 5.2% anual que es la Tasa de Oportunidad en el Mercado en Colombia

$$VPN (5.2\%) = \frac{Vf}{(1+i)^n}$$

$$VPN (5.2\%) = \frac{76.323.440,8}{(1+0.052)^3} + \frac{60.878.620,6}{(1+0.052)^2} + \frac{49.590.780}{(1+0.052)^1} - 86.272.735$$

$$VPN (5.2\%) = \$ 81.431.475,34$$

4.3.4.2 Tasa Interna de Retorno

La TIR es aquella tasa en la cual la sumatoria de ingresos – sumatoria de egresos es llevado a un valor presente, su valor tiende a cero.

Para que la TIR nos arroje un guarismo o valor exactamente igual al del cálculo en Excel o la calculadora financiera se deben cumplir dos condiciones.

1. que la tasa aplicada en las fórmulas sea consecutiva.
2. que el guarismo o valor que nos arroje la tasa inferior con respecto al valor presente neto sea positivo, y el valor que nos arroje la tasa superior en cuanto al valor presente neto sea negativo.

La TIR financieramente y estadísticamente se captura bajo la siguiente forma:

$$TIR = I_{inf} + (I_{sup} - I_{inf}) \frac{VPN_{tasa\ inferior}}{N^{\circ}\ Absoluta\ VPN\ de\ las\ 2\ tasas}$$

$$TIR = 0.45 + (0.46 - 0.45) \frac{1.032.871,83}{1.122.376,56}$$

$$TIR = 0.4592$$

$$TIR = 45.92\%$$

Valor TIR en Excel

Tabla 24 TIR

INVERSIÓN	1 AÑO	2 AÑO	3 AÑO
-\$	\$	\$	\$
86.272.735	49.590.780	60.878.621	73.623.441
TIR			45,919%

Tabla 25 Valor TIR en Excel

<i>i</i>	VPN
5,20%	81.431.475,34
45%	1.032.871,83
46%	-89504.73

47%	-337.349,157
-----	--------------

Se evidencia una tasa de recuperación de la inversión del 45.92% anual. Lo cual visualiza la rentabilidad anual que el proyecto tendrá al ser ejecutado.

4.3.4.3 Tasa de Recuperación Contable

De acuerdo a la Tasa Interna de Retorno se halla la tasa de recuperación Contable

$$TRC = \frac{TIR}{1 - \left(\frac{1}{1 + TIR}\right)^n}$$

$$TRC = \frac{0.4592}{1 - \left(\frac{1}{1 + 0.4592}\right)^3}$$

$$TRC = 0.6771$$

$$TRC = 67.71\%$$

4.3.4.4 Periodo de Recuperación de la Inversión

$$P.R.I = \frac{1}{TRC}$$

$$P.R.I = \frac{1}{0.6771}$$

$$P.R.I = 1.4768$$

$$P.R.I = 1 \text{ año, } 5 \text{ meses, } 21 \text{ días}$$

Este indicador evidencia una recuperación del capital invertido a un lapso de tiempo de 1 año, 5 meses con 21 días.

4.3.4.5 Relación Beneficio-Costo

La relación Beneficio/ costos compara directamente los beneficios y los costos asociados a un proyecto de inversión con el fin de definir su viabilidad. (Conexión esan, 2017)

Para saber si un proyecto es viable, se debe considerar lo siguiente:

Si $B/C > 1$, indica que los beneficios son mayores a los costos y el proyecto debe ser considerado.

Si $B/C = 1$, significa que los beneficios igualan a los costos. No hay ganancias, el proyecto es indiferente.

Si $B/C < 1$, muestra que los costos superan a los beneficios. El proyecto no debe ser considerado.

$$R \left(\frac{B}{C} \right) = \frac{\sum \text{INGRESOS}}{\sum \text{EGRESOS}}$$

$$R \left(\frac{B}{C} \right) = \frac{165.385.126}{86.272.735}$$

$$R \left(\frac{B}{C} \right) = 1.9170$$

Podemos concluir que, según este estudio económico, la actualización la documentación del sistema de calidad del proceso de Gestión Financiera es viable y por lo tanto su beneficio se verá reflejado en un lapso aproximado 1 año, 5 meses con 21 días.

CONCLUSIONES

- Al realizar el Diagnostico para verificar el cumplimiento de los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2015 por parte de la entidad, se pudo concluir que la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Pamplona obtuvo una calificación global del 50% de cumplimiento de la información documentada del sistema de gestión que pide la Norma, ya que presentó debilidades en los capítulos de contextos de la organización, Liderazgo, Planificación, Apoyo y Mejora. Para mejorar este nivel de cumplimiento se diseñó un plan de mejora para abordar los riesgos y oportunidades.
- En la etapa de actualización y diseño de la documentación se consiguió cumplir el 100% de las actividades propuestas en el plan de mejora. Se actualizó el direccionamiento estratégico, logrando enfocar a la E.S.E hacia la protección del medio ambiente y seguridad en el trabajo. Se actualizó El mapa de procesos de la E.S.E Hospital San Juan de Dios; a partir de cada caracterización realizada se establecieron los documentos y registros necesarios para el cumplimiento de la norma. Con el

propósito de que la entidad mantenga actualizado el sistema de gestión, se modificaron 25 procedimientos y se crearon 5; se diseñó la matriz legal, matriz de riesgos y de comunicaciones para el proceso, finalmente se diseñaron indicadores de gestión como alternativa de medición y control para contribuir a la mejora continua.

- Según el estudio económico la actualización de la documentación del sistema de gestión es viable para la E.S.E Hospital San Juan de Dios, ya que los Ingresos superaran los egresos, y la recuperación de su inversión se hará en menos de dos años, la relación de costos beneficios indica que los beneficios son mayores a los costos y el proyecto debe ser considerado.

RECOMENDACIONES

- Se le recomienda a la organización seguir con la actualización de la documentación de todos los procesos en la organización, para que se logren unificar en el manual de calidad.
- Realizar capacitaciones sobre la importancia del cumplimiento del Sistema de Calidad para la organización.
- Ejecutar y analizar los indicadores propuestos para la medición de la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos de Gestión Financiera.
- Aplicar jornadas de sensibilización para el personal administrativo sobre la administración de los riesgos a los que están expuestos como trabajadores de la entidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Base, M. (2010). TARIFAS ISOTools - SaaS, 2010.

Coaguilla Gonzales, A. F. (2017). Propuesta de implementación de un modelo de Gestión por Procesos y Calidad en la Empresa O&C Metals S.A.C., 358. Retrieved from http://repositorio.ucsp.edu.pe/bitstream/UCSP/15240/1/COAGUILA_GONZALES_ANT_MET.pdf

Eduardo, N., & Melo, R. (2017). DIAGNOSIS FOR THE IMPLEMENTATION OF THE.

Hoja, F., Para, D. E. R., & Academico, S. (2012). i UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER OCAÑA.

Hospinal E, S. (2013). Clima organizacional y satisfacción laboral en la empresa F y D inversiones S . A . C . *Clima Organizacional Y Satisfacción Laboral En La Empresa F Y D Inversiones*, 16, 75–78. <https://doi.org/ISSN: 1560-9146>

ICONTEC. (2005). Norma Técnica Ntc-Iso Colombiana 9000 - 2005, 45. Retrieved from http://www.ceicmo.com/resources/documents/NTC_ISO_9000-2005.pdf

Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación. (2015). Ntc Iso 9001. *Septiembre*.

No Title. (2017).

No Title. (2018).

Sepulveda Garces, Oscar & Villegas Mejía, D. (2014). Documentación del Sistema de Gestión de Calidad, bajo los requerimientos establecidos en la norma ISO 9001:2015 en la empresa Lumicentro. *Documentación Del Sistema de Gestión de Calidad, Bajo Los Requerimientos Establecidos En La Norma ISO 9001:2015 En La Empresa Lumicentro*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Suño, R., Net, A., & Net, Àlvar . Suñol, R. (1991). La Calidad de la Atención. *Ponències I Jornades*, (3), 1–13. https://doi.org/http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf

Cortez, J. (s.f.). *En calidad Blogspot*. Obtenido de <https://encalidad.blogspot.com.co/2017/06/el-ciclo-phva-en-la-norma-iso-90012015.html>

Hospital San Juan de Dios Pamplona. (s.f.). Obtenido de <http://www.hsdp.gov.co/web/index.php/institucional>

Jimenez, D. (11 de 10 de 2014). *PyMEs*. Obtenido de <https://www.pymesycalidad20.com/los-7-principios-de-la-gestion-de-calidad-disiso-90012015.htm>

Conexión esan. (24 de enero de 2017). Obtenido de <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2017/01/el-indice-beneficiocosto-en-las-finanzas-corporativas/>

